

"Connaissance et reconnaissance des cultures"

La prise en charge sanitaire des migrants à l'hôpital de Calais.

Introduction.

Mon intervention s'intéresse à la prise en charge des migrants par les professionnels hospitaliers. L'hôpital est une institution étatique au sein de laquelle les soignants s'engagent à respecter un code de déontologie vis-à-vis des patients dont celui de les soigner sans discrimination. Avec la mondialisation et la France terre d'immigration, soigner l'Autre et comment le soigner dans le pays d'accueil constitue une réelle préoccupation des professionnels de santé ces trente dernières années. Comment le corps médical apprend à connaître cet Autre et comment cet Autre est-il reconnu ? En 2005, l'Ordre des médecins a indiqué que beaucoup de professionnels se sont retrouvés en situation où ils ne savaient pas comment réagir face à certains comportements culturels. Un rapport a donc été publié pour leur rappeler les grandes lignes directrices : il est précisé que les principes de la République française et le code de santé publique codifient la profession de médecin en plus de la déontologie médicale. La plupart des médecins estiment qu'ils doivent rester neutres tout en respectant la culture du patient sauf pour les pratiques allant à l'encontre des lois de la République. Ainsi on voit apparaître dans certains services des interprètes, ou des repas où les pratiques alimentaires sont prises en compte.

Dans ce contexte, il est intéressant de se pencher sur la prise en charge des migrants d'autant qu'ils constituent une population éclectique : le terme "migrant" est un mot valise où sont regroupés des individus de diverses nationalités, religions, communautés, cultures. Soigner sans discrimination c'est aussi accueillir l'indésirable. Les migrants incarnent aujourd'hui une population à la marge, celle qui évolue en dehors du droit commun. Ceux qui ont le statut de "clandestin" par exemple ne peuvent pas avoir accès aux cabinets médicaux de ville. Si la plupart du temps, cette population est prise en charge par une médecine de type humanitaire, elle est vouée à l'être de plus en plus par les institutions étatiques. Il existe actuellement un "bricolage" Etats/associations pour répondre à l'urgence humanitaire. L'organisation mondiale de la santé souhaite à l'échelle européenne une plus grande "réactivité humanitaire" et parle même de "riposte du secteur de la santé". Elle souhaite aider les Etats et les associations à se coordonner afin d'instaurer une collaboration interrégionale et interpays pour renforcer les systèmes de santé et prévenir les maladies transmissibles. On retrouve ce même "bricolage" Etat/association à Calais qui est le terrain d'enquête sur lequel j'étudie la relation entre le

soignant et le soigné migrant.

Quel regard portent les soignants de l'hôpital sur leur patient migrant ? Prennent-ils en compte leur dimension culturelle ? Quelle est la nature de cette prise en charge sanitaire ? Quelles en sont les limites ?

Dans un premier temps, je vous parlerai de cette rencontre entre l'individu en marge qu'est le migrant et l'institution hospitalière et montrerai en quoi la médecine de l'exil est singulière.

Dans un second temps, j'évoquerai la connaissance qu'ont les soignants de la culture de leur patient migrant et les limites que peut représenter la reconnaissance de la culture dans le milieu médical.

Et enfin, je vous expliquerai en quoi les soignants à l'hôpital de Calais ont une reconnaissance plus sociale que culturelle du migrant.

I) La rencontre entre le migrant en marge et l'institution hospitalière.

A. La dépendance des migrants à l'urgence humanitaire.

La médiatisation des migrants entre 2014 et aujourd'hui a permis de révéler la dureté de leur parcours migratoire : on pense à la traversée de la mer méditerranée. Les images qui nous sont rapportées des camps insalubres et du quotidien de misère dans lequel vivent ces migrants, nous rappellent qu'ils sont en situation d'urgence humanitaire. Ils évoluent dans ce que Michel Agier nomme le "couloir des exilés", il s'agit là d'un monde en marge, hors du droit commun et régit par des règles propres dictées par, ou les associations, ou les ONG, ou l'Etat, ou les passeurs. Dans "ce couloir des exilés", les migrants sont placés sous la dépendance de différents acteurs pour survivre. Calais est devenue la ville-symbole de ce qui a été appelée la "crise migratoire" en France, les migrants vivaient dans ce qu'ils surnommaient la "new jungle", le plus grand bidonville d'Europe qui a été rasé en octobre. Il y a toujours eu des camps, squats, jungles à Calais depuis les années 1990 avec l'arrivée des Kosovars qui fuyaient le conflit en Yougoslavie. Ce sont essentiellement les associations humanitaires qui ont pris en charge les migrants jusqu'en 2006. A cette date, il a été décidé que ce soit la permanence d'accès aux soins

de santé (PASS) dépendante de l'hôpital qui les prend en charge exclusivement. La PASS est un dispositif inscrit dans la loi contre l'exclusion de 1998 destiné à toute personne dépourvue de couverture sociale. Elle délivre des soins de premiers secours gratuits et une assistance sociale dont le but est de remettre les personnes dans le droit de commun. La particularité de la PASS de Calais est qu'elle est fréquentée à 99% par des migrants. Les médecins qui interviennent effectuent des vacations.

Transition : Depuis 2006 jusqu'à la création de l'hôpital, seule la PASS prenait en charge les migrants, avec l'augmentation du nombre et la création de la "new jungle", les associations humanitaires ont recommencé à soigner les migrants. Une coordination entre Etat et association a été mise en pratique créant ainsi une médecine de l'exil. La PASS y jouant un rôle central.

B. Calais, "laboratoire d'une médecine de l'exil".

L'évolution de la PASS de Calais ressemble à un mouvement d'accordéon, elle se plie et se déploie selon la situation migratoire. Plus les migrants sont nombreux, plus les moyens alloués à la PASS sont importants. Lors de la création de la "new jungle", plusieurs embauches ont été effectuées, une antenne de la PASS a été ouverte au niveau du centre d'accueil de jour. Elle a été fermée suite au démantèlement de la "new jungle" et l'équipe travaille à nouveau en effectif réduit. On est sur une logique d'adaptation au nombre et à l'urgence de la situation. La PASS peut à la fois apparaître comme un lieu refuge mais aussi comme une barrière immunitaire. Elle semble être celle qui, dans des circonstances où le nombre de migrants est faible, accueille le vulnérable. Marc-Henry Soulet (2003) définit les exilés comme d'« agir faible », puisqu'ils développent des ressources pour s'adapter aux circonstances qui leur échappent en grande mesure, et ont donc très peu de contrôle sur leur contexte de vie. La vulnérabilité est comprise comme ce qui peut être blessé. Il explique que cette acception est révélatrice d'un manque chez l'individu qui l'empêche de se tenir debout ; la vulnérabilité est en quelque sorte une démonstration de l'échec de ses capacités. La souffrance traduit les limites de l'individu qui doit alors être aidé pour la surmonter ; il est celui qui doit être soutenu parce qu'il n'a pas la ressource en lui pour faire face à la situation.

Mais la PASS peut aussi, lors d'un contexte migratoire tendu, agir comme une barrière immunitaire. Roberto Esposito qui rappelle que la communauté invite à l'ouverture à l'autre,

l'immunité au repli. La peur de la contagion oblige alors la communauté à dresser des barrières immunitaires pour se prémunir. « *Qu'un flux migratoire en augmentation soit considéré, complètement hors de propos, comme un des dangers majeurs que courent nos sociétés, est une indication, dans ce domaine-là, du rôle central que joue la question immunitaire. De nouvelles barrières, de nouveaux points de blocage, de nouvelles lignes de séparation par rapport à ce qui menace, ou paraît menacer, notre identité biologique, sociale, environnementale, surgissent partout.*¹ » Les migrants deviennent alors des virus symboliques, des corps étrangers contagieux. Démultipliées, les barrières immunitaires transforment la protection en négation de la vie.

Transition : En nous intéressant dans cette deuxième partie à la place qui est accordée à la culture dans la prise en charge sanitaire du migrant, nous verrons que le mouvement d'accordéon de la PASS dont on vient de parler semble favoriser la dimension culturelle lorsqu'on est sur une logique individuelle et ne la favorise pas lorsqu'on est sur une logique de groupe. Je m'appuie pour cela sur des observations non participantes qui ont été menées depuis 2013.

II) La place de la culture dans la prise en charge sanitaire des migrants à l'hôpital.

A. Les traces de culture et la reconnaissance des cultures à la PASS.

***Du point de vue de l'organisation hospitalière.**

La prise en considération de la différence culturelle des migrants s'observe à travers la présence de l'interprète. Il s'agit à la PASS d'anciens migrants qui sont Afghans et Soudanais. Ils sont présents, pas forcément systématiquement - puisqu'ils peuvent être accaparés par l'assistante sociale ou les infirmiers - lors des consultations pour traduire aux médecins les maux des patients. On observe d'ailleurs que les migrants soudanais viennent plus à la PASS lorsque l'interprète est Soudanais, de même pour les Afghans lorsque l'interprète est Afghan. Il existe aussi d'anciens migrants parmi les médecins ou des médecins qui parlent l'arabe même s'ils restent minoritaires. Pour autant, au contact des migrants, les professionnels apprennent des mots sur le tas que ce soit les infirmiers ou les agent (ASH), il y a même une sorte de fierté à

¹ *Communauté, immunité, biopolitique*, p.133

employer des mots arabes et se faire un peu comprendre. Lors des consultations, on observe une place importante accordée au mime qui témoignent d'un effort réalisé par les professionnels de santé pour être compris. Ils montrent par exemple comment on se sert d'une pipette, ils touchent des parties du corps pour voir là où les migrants ont mal, ils imitent les symptômes comme la toux, la difficulté à respirer pour voir si cela correspond aux symptômes indiqués.

L'hôpital a aussi mis en place en 2013 des consultations psychologiques suite à un rapport de Médecins du Monde faisant état de traumatismes sévères chez les migrants dus au parcours migratoire et à la guerre. L'écoute des récits, la parole est donnée aux migrants, on ne parle plus que de maux du corps mais désormais de souffrance de la psyché, de la difficulté à quitter son pays, celle d'en rencontrer un autre dont la culture est totalement différente. Il faut mettre en avant les souffrances que vit l'individu par rapport à son déracinement. Le récit biographique doit fournir la preuve de la souffrance pour témoigner du degré de vulnérabilité du patient. Nicole Aubert et Claudine Haroche témoignent même d'une « *injonction à se rendre visible* ». Elles expliquent que la société oblige l'individu à s'exhiber de manière incessante pour être reconnu. D'où l'effet pervers aussi des dispositifs de soins gratuits tels que la PASS et dont parle Elhadji Mamadou Mbaye. Il rappelle qu'en une vingtaine d'années, la maladie de l'exilé est passée de la négation à sa reconnaissance et sert comme moyen d'intégration. La maladie est une réalité qu'il faut dire et exposer pour bénéficier de soins et obtenir un titre de séjour pour soins. La maladie facilite l'accès aux droits et en même temps cela crée des situations qui obligent les immigrés à se comporter en malades ou à transformer leur corps sain en corps souffrant.

***La tolérance des soignants face aux expressions de la culture.**

On note aussi une certaine sensibilité à la culture de l'autre parmi le personnel soignant qui travaille à la PASS. On a par exemple une infirmière qui a passé une formation en psychologie transculturelle, elle avait aussi effectué un travail de recherche afin de connaître chacune des ethnies, leurs traditions culturelles et les raisons qui les ont amenées à Calais. Certains soignants évoquent les reportages qu'ils ont regardé sur les migrants et demande des précisions aux interprètes qui ont vécu cette expérience, d'autres parlent d'un livre qu'ils ont lu sur le témoignage d'un Afghan. D'autres professionnels choisissent de partir en mission humanitaire : on a un médecin et deux infirmiers qui sont intervenus au Congo auprès des

femmes enceintes. Il semble exister une forme de militantisme aussi partagé par ces soignants de la PASS. Beaucoup avaient le désir de travailler dans l'humanitaire ou sont intervenus auprès des migrants pendant la période du camp de Sangatte. Les soignants sont tolérants vis-à-vis des formes d'expressions culturelles, c'est ce qui a été observé entre 2013- 2014. On laisse les migrants prier dans la pelouse. On entend la musique arabe dans le couloir, le chant de la prière. Il existe aussi une forme de respect. Par exemple, lors des consultations, beaucoup de femmes de confession musulmane n'osent pas ou ne veulent pas se dévêtir (tous les médecins sont des hommes). Les médecins acceptent, certains ne procèdent pas à l'auscultation, d'autres vont la pratiquer par dessus les vêtements.

On retrouve aussi cette dimension culturelle dans les échanges qui existent entre les migrants et les soignants. Il existe par exemple un décalage culturel entre eux. François Laplantine montre que selon les sociétés, il existe un regard singulier de la maladie. Il existe un modèle exogène où l'on pense que le mal vient de l'extérieur (pollution) ou alors le modèle endogène de l'intérieur (prédisposition caractériel). La conception qui est faite de la maladie oriente la manière dont on prend en charge les patients. Par exemple, un patient indique que tous les deux mois, il fait noir pendant dix minutes devant ses yeux. "Je n'ai pas ça dans mon référentiel!", blague le médecin. Autre exemple, un patient manque de fer, le médecin lui demande s'il mange de la viande, le patient répond que non que sa religion ne le veut pas et s'il le fait c'est en cachette pas devant les autres. Le médecin prescrit alors du fer.

Dans leur pratique, les soignants sont amenés à se renseigner sur les pathologies qui existent dans le pays d'origine (Les subsahariens il faut toujours penser tuberculose). Les médecins posent aussi des questions sur les traitements qui ont été pris dans le pays d'origine et pendant le parcours migratoire avec cette difficulté liée à l'interruption du traitement, le changement de marque ou le manque d'informations concernant les antécédents. Ils découvrent aussi des situations liées à la guerre et au parcours migratoire : le froid de Calais qui rend les broches plus difficilement supportables, les éclats de balle sur les radios, les sections de doigts à cause des barbelés, les marques de torture.

Transition : Nous venons de montrer qu'il existe une tolérance à l'égard de l'expression de la culture à la PASS. Pour autant rappelons que la médecine occidentale dans son premier contact à l'Autre était une médecine de type colonialiste. Plusieurs travaux en sociologie ont montré qu'il existait aussi un racisme culturel dans le monde médical, un racisme qui

perdre encore aujourd'hui.

B. Les limites de la prise en compte de la culture.

***Les formes de discrimination à la PASS.**

Elles existent du point de vue du patient vis-à-vis du médecin, lorsque le patient Soudanais refuse d'être soigné par un Afghan ou inversement. Mais elles sont présentes aussi, même si elles sont rares, dans le rapport soignant-soigné.

D'abord il y a celle qui relève de l'anticipation du préjugé, elle revient souvent lors des consultations de la PASS. Marguerite Cognet, Céline Gabarro, Emilie Adam-Vezina² ont montré que le jugement des médecins augurent les obstacles que vivent leurs patients comme la difficulté pour se nourrir, trouver un logement, etc. Ils anticipent le préjugé mais ne le vérifient pas. On retrouve cela à la PASS, comme le dispositif accueille à 90% des migrants, certains médecins traduisent un mal de ventre systématiquement par une somatisation partant de l'idée que le migrant est forcément victime d'un traumatisme alors que le patient lui indique qu'il a vraiment mal au ventre. Les observations ont permis de dégager plusieurs remarques qui vont dans ce sens : "Il ne doit pas être bien dans sa peau depuis qu'il est ici. », « Il ne donne pas l'impression de quelqu'un qui a beaucoup d'argent de côté, il n'est jamais venu en Europe avant ? », « C'est vrai que dans ces pays là, il donne souvent des piqûres. »

Ensuite, il semble qu'il existe une forme de domination culturelle. Les soignants lâchent des remarques qui ne sont pas comprises par les patients de type : "Tout le monde rentre en même temps, ils n'ont aucune discipline". "Pourquoi on a des Pakistanais ? Ils n'ont pas la guerre dans leur pays". Un patient revient. « Ils vont tous faire ça et on va perdre du temps. Ils sont pénibles, après ils veulent revenir de nouveau. Il y a des priorités, après on perd les autres et les autres ils râlent » , "ils ont toujours besoin qu'on leur fasse des radios". On a par exemple, des professionnels qui le prennent à partie sur la situation politique de son pays. Par exemple, le patient entre, il est Syrien, le professionnel lance : "Bachar!" en plaisantant, ce qui n'a pas du tout fait sourire le patient.

L'influence du contexte politique ou hospitalier peut réduire aussi l'attention portée par le soignant au patient en tant qu'individu avec sa singularité. Là où le contexte politique semble

² Marguerite Cognet, Céline Gabarro, Amilie Adam-Vezina, "Entre droit et qualité des soins", Revue Hommes & Migrations, n°1282, Paris, 2009, p.54-p.65

avoir joué et nous l'avons évoqué en première partie c'est lorsque le nombre de migrants (6000) a augmenté, on a alors assisté à une rationalisation de l'organisation hospitalière avec une présence plus nette de l'administration auprès d'individus qui sont pour la plupart dans l'illégalité. Certains ont d'ailleurs peur de se rendre à l'hôpital craignant d'être dénoncés. Une équipe de l'établissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires (EPRUS) a été dépêchée et l'institut de veille sanitaire a recensé les pathologies au niveau de la "new jungle" afin d'évaluer la présence ou non d'une épidémie ou d'un risque d'épidémie. La PASS devient, comme le pense Jérémy Geeraert, un lieu de catégorisation qui, si en théorie doit inclure les exclus, finit en réalité par les exclure.

La dimension culturelle était alors moins présente à l'antenne de la PASS du centre d'accueil de jour. La singularité de l'individu s'effaçant au profit d'une logique de groupe. Les patients recevaient des numéros et étaient appelés un par un par leur numéro, la priorité alors des soignants était d'effectuer un tri parmi les personnes souffrantes afin de déterminer des degrés de priorité. La température est prise, si la personne a 39, le soignant stabilise en fluo et la fait passer en priorité. Les soignants sont alors amenés à remplir des fiches administratives, à coder leurs actes pour chaque patient. Ce que Nicolas Dodier appelle un "processus d'accélération vis-à-vis des autres". Cette gestion des flux des patients les transforment en cas à traiter ce qui semble annuler leur singularité en tant qu'individu culturellement différent. Il semble aussi qu'au vu du nombre et du rythme à tenir des soignants (car il fallait voir le plus de monde possible), qu'on ne retrouve pas le degré de tolérance qui pouvait exister. On a par exemple une infirmière qui ne voulait pas entendre le chant de la prière des téléphones car ça ajoutait au bruit déjà important et elle voulait se concentrer.

***Soigner en fonction de la culture : le risque de la réduction à une altérité.**

Appréhender le patient du point de vue de sa culture peut aussi engendrer des discriminations. François Sicot et Slimane Touhami³ étudient le travail des professionnels en santé mentale face au patient d'origine étrangère et ils ont enquêté pendant un an pour connaître leur degré de connaissance concernant la culture de leur patient et la place qu'ils lui laissent. La culture peut influencer l'état de santé sur différents points. Ethnocentrisme, racisme voilé, vision réificatrice de l'altérité... sont autant de critiques rapportées par le Comité d'experts sur les services de santé dans une société multiculturelle du Conseil de l'Europe qui attestent d'un

3 François Sicot, Slimane Touhami, "Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leur patient d'origine étrangère", *Anthropologie & Santé* n°10, 2015.

risque de tout interpréter via la culture. "*Le culturalisme consiste à réduire la condition du migrant ou du minoritaire à sa seule altérité culturelle, une assignation de l'autre à son origine qui devient le principal élément de repérage et d'explication de son comportement.*"⁴ Il peut en découler des approches ethniques ou racisantes par les professionnels. S'agissant d'une population étrangère clandestine, l'influence du contexte politique dans la relation de soin est prégnant : "*Toute relation de soin s'inscrit dans un contexte politique qui en structure en partie le sens et le déroulement mais s'agissant d'une population dont la légitimité de la présence en France ne cesse d'être discutée, son poids devient crucial.*" La place que l'on accorde au contexte politique dépend aussi de la trajectoire biographique du professionnel, de son origine, de son histoire. Certains ont un engagement empathique sur la place à donner au migrant en France, d'autres ont avec eux une correspondance religieuse ou nationale et donc un sentiment de solidarité. Ces sociologues distinguent trois grands types de positionnement. Celui de l'universalisme des droits de l'homme est le plus partagé : il postule une égalité et une humanité dans le psychisme, réfute l'idée que la transmission des valeurs, des manières de faire et de penser puissent nécessiter une prise en charge spécifique, sous peine d'une atteinte aux fondements de la République. Ils craignent aussi que cela crée un soin de seconde zone. La deuxième posture est l'universalisme assimilationniste : la différence de l'autre n'a ni à se manifester, ni à être prise en compte. Enfin le troisième positionnement correspond à un différentialisme pratique: le professionnel reconnaît la présence d'identités collectives, la nécessité de prise en compte pour pallier les inégalités de fait, l'incompréhension ou les malentendus qui résultent de la distance culturelle.

Transition: Il semble que les professionnels de santé de la PASS se rapprochent de cette pratique de différentialisme pratique mais aujourd'hui il existe un débat sur la prise en charge sanitaire du migrant et les professionnels de santé s'interrogent sur l'approche : doit-elle être culturelle ou sociale? La première suggère que la culture crée un décalage et est à l'origine de la difficulté d'accéder au soin, d'autres pensent que c'est la situation sociale qui est à l'origine de cette difficulté.

III) Une reconnaissance plus sociale que culturelle.

A) La condition sociale au coeur de la relation soignant-soigné.

⁴ François Sicot, Slimane Touhami, "*Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leur patient d'origine étrangère*", *Anthropologie & Santé* n°10, 2015.

La médecine qui est pratiquée à la PASS est une médecine médico-sociale, les soignants prodiguent les soins de premiers urgences et pratiquent surtout une médecine générale. La dimension culturelle est très peu prise en compte lors de l'interrogatoire, c'est plus l'aspect social qui prime. Où le patient vit ? Qu'est-ce qu'il a mangé au lieu d'accueil ? Est-ce qu'il se protège sexuellement dans la jungle ? Est-ce qu'il marche beaucoup ? Où dort-il ? Où en est-il avec son statut juridique ?

Les maux des patient relèvent de la médecine générale et proviennent aussi des difficultés liées aux conditions de vie. Il y a une part physique (fracture, doigt sectionné, maux liés aux froid, la faim), une part aussi de somatisation et de souffrance psychique, les médecins reçoivent aussi des patients aux pathologies dites lourdes (diabète, problèmes cardiaques). Les conditions de vie sont susceptibles d'aggraver ces pathologies et les soignants finissent par tenir un rôle qui relève du soulagement de la douleur plus que de la guérison.

A la PASS, le personnel ajuste le traitement en fonction des conditions de vie du migrant, cet ajustement varie selon les pratiques des soignants. Par exemple, certains médecins ne donneront pas d'anxiolytiques à une personne qui souhaite aller le lendemain en Angleterre car selon eux il faut un suivi, d'autres en donneront en se disant que comme ça le patient tiendra le coup pour la nuit. Une fois, une infirmière a serré plus qu'elle ne le fait habituellement un bandage au pied car son patient lui a dit qu'il allait franchir les grilles barbelées et monter dans un train la nuit. Elle a serré pour éviter qu'il perde ce pansement. Une autre fois, un médecin a vu qu'un de ses patients avait un très gros problème de dent, il s'est arrangé pour faire passer en priorité ce patient en raison du caractère d'urgence chez le dentiste alors que c'était déjà plein (intervention de deux dentistes deux matinées par semaine à l'hôpital).

Transition : Depuis 1998, l'Etat a choisi une approche sociale pour prendre en charge les exclus dont font partis les migrants. Si l'hôpital, originellement avait une dimension sociale d'accueil du pauvre, celle-ci a failli être oubliée au profit des exploits techniques. La dimension sociale reste à l'hôpital encore déconsidérée.

B. S'occuper des exilés, le « sale boulot » ?

L'expression est empruntée à Everett Hughes qui s'interroge sur le laisser faire des "honnêtes gens" du "sale boulot" par les autres. Il semble que cette notion est opératoire pour

parler de la prise en charge des exilés et on peut même se poser la question : est-ce que les PASS sont des espaces de relégation du « sale boulot » ? Didier Fassin témoigne d'une ambivalence de la PASS en expliquant que ces lieux compassionnels permettent à l'Etat de pacifier les marges et de régler les problèmes sociaux par le champ médical.

De plus au sein des hôpitaux, il semble qu'on délègue aussi comme le disait Hughes le "sale boulot" à certains services ce qui est le cas pour les soins palliatifs par exemple, qui ont permis de reléguer l'accompagnement des patients vers la mort à des soignants formés à cela. Il semble qu'il en soit de même avec la dimension sociale. Marc Bessin montre combien le toxicomane est perçu aux urgences comme un poids par certains soignants qui ne savent qu'en faire et répugnent à le prendre en charge⁵. La précarité renvoie aux corps fragiles, abîmés, au contact direct avec une représentation négative du corps, sont en jeu le goût et le dégoût. Pour autant, à la PASS de Calais, les expressions du dégoûts par rapport au corps sont absentes. Les soignants vont réagir soit par humour. Un patient montre un champignon, le médecin plaisante: "C'est bons les champignons!" D'autres vont simplement faire le constat : "On est en pleine hépatite". "C'est la gale infectée". A aucun moment, les soignants expriment des comportements de dégoût. On va assister plutôt à des comportements visant à réinstaurer du bien être. Les soignants laissent les migrants recharger leurs téléphones à la PASS, les laissent s'allonger sur les chaises dans la salle d'attente, retirer leurs chaussures, étendre du linge sur les grilles qui entourent la PASS ou sur le chauffage. On a l'exemple d'un médecin qui est allé chercher des chaussures dans son coffre pour en donner une paire à un migrant qui avait les chaussures trouées, une infirmière qui a demandé une paire de chaussettes aux vestiaires pour ne pas que le patient abime son pansement dans la boue.

Transition : La dimension sociale, ici la prise en charge sanitaire des migrants, offre-t-elle aux soignants qui y exercent un supplément d'âme?

C. La médecine des exilés, vers une affirmation du care?

Deux logiques semblent se mouvoir à l'hôpital, d'abord une logique de privatisation mais aussi une logique compassionnelle par rapport au soin. Un nouveau managérialisme s'implante au sein de l'hôpital. Le contexte de mutation économique oblige à une rationalisation des coûts dans les différents services. Pour François Steudler l'hôpital devient une entreprise où la

⁵ Marc Bessin, "Le social aux urgences de l'hôpital", Espace Ethique, Ile de France, 2003, p. 1-8.

bureaucratie est au coeur du fonctionnement. La question de la privatisation des établissements hospitaliers est posée et par ricochet celle de la prise en charge médicale du pauvre.

Marie-José Imbert-Huart rappelle que l'hôpital moderne qui donne l'impression de vouloir s'affranchir de son passé comme accueil du pauvre ne pourra pas continuer longtemps dans cette direction. Pour elle aujourd'hui on parle de "malade-dossier" et elle précise : "*Le malade-personne est quelque chose de très difficile à faire revivre dans l'hôpital contemporain.*"⁶

Or la prise en charge des migrants réanime le *care* (prendre soin de) que le *cure* (technique) voulait faire oublier. Le *care* permet de revaloriser l'histoire personnelle du patient et en même temps de développer chez les soignants des qualités humaines. Aux tâches ingrates, il renverse la dévalorisation de certaines pratiques. Le *care* est un moyen de penser l'égalité. Patricia Paperman⁷ pense que le *care* donne de l'importance au sens du travail. L'éthique du *care* constitue un renouvellement de regard sur la vulnérabilité. La perspective du *care* considère que tous les individus, à un moment de leur vie, peuvent être vulnérables est destinataires de soins.

Le *care* participe à la revalorisation des soignants. La prise en charge des exilés nécessite que les soignants développent des qualités relevant du *care* plus que du *cure*. Or, selon nos observations, il semble qu'auprès des soignants qui ont été déclassés (harcèlement, mise à disposition, stagiaire, etc.) des services spécialisés de l'hôpital, la PASS apparaît comme un lieu de réactivation du sentiment d'humanité. Le travail quotidien avec des exilés, patients mis à l'écart, semble du point de vue de certains soignants les réconcilier avec leur profession.

Conclusion : On observe donc une faible présence de la dimension culturelle dans la relation soignant-soigné. L'intérêt pour la culture de l'autre vient du degré de curiosité des soignants à cet égard. La prise en charge sanitaire des migrants est aujourd'hui plutôt sociale, cette dimension constituant encore aujourd'hui un espace de relégation du "sale boulot" et en même temps un espace où le sentiment d'humanité des soignants est réactivé. Néanmoins, on note des manifestations de l'expression culturelle au sein de la PASS qui ne sont pas réprimandées mais qui semblent laisser de côté lorsque la PASS ne joue plus le rôle de soutien du vulnérable au profit d'un rôle de triage, de barrière immunitaire contre le risque d'épidémie.

6 Philippe Sassier, Marie-José Imbert-Huart, Jacques Lebas, "La société, l'hôpital et les pauvres", documentaire de François Chantereau, 1996, couleur, 57 min, Collection Canal du savoir.

7 Patricia Paperman, Pascale Molinier, « L'éthique du *care* comme pensée de l'égalité », Travail, genre et sociétés 2011/2 (n° 26), p. 189-193.