Chloé Tisserand

Sécuritisation de l'espace frontalier et insécurité corporelle des exilés au prisme de pratiques médicales croisées sur trois territoires de la Côte d'Opale

Regards Sociologiques, n°63, 2024, pp. 41-65

Depuis les accords du Traité du Touquet en 2003, la frontière franco-britannique a été positionnée côté français afin d'empêcher une migration dite « clandestine » vers l'Angleterre. Dès lors, le territoire de la Côte d'Opale du Montreuillois à l'arrondissement du Dunkerquois dans le Pas-de-Calais est soumis à un processus de sécuritisation qui se concrétise par une surveillance spatiale accrue et une défiguration architecturale des bords de mer. Les exilés adoptent alors de nouvelles stratégies de traversée : celles par voie maritime se sont amplifiées. Elles produisent des dommages corporels directs mobilisant ainsi les acteurs de santé. Trois types de médecines humanitaire, hospitalière et légale en témoignent. Cet article s'attache à retranscrire la façon dont les mutations spatiales et matérielles frontière produisent de nouvelles épreuves corporelles et des modifications sur le travail médical et de soin.

Since the Treaty of Le Touquet agreements in 2003, the Franco-British border has been placed on the French side in order to prevent so-called «clandestine» migration towards England. From then on, the territory of the Côte d'Opale - from Montreuillois to the Dunkerquois district - in Pas-de-Calais is subject to a process of securitization which takes the form of increased spatial surveillance and architectural disfigurement of the edges of the river. The exiles then adopted new crossing strategies: those by sea became more widespread. They produce direct bodily harm, thus mobilizing health actors. Three types of medicine – humanitarian, hospital and legal – bear witness to this. This article aims to transcribe the way in which the spatial mutations of the border produce new bodily challenges and modifications to medical and care work.

Mots-clés :Médecines, Frontières, Migrations, Côte d'Opale, Espace maritime.
Keywords : Medicine, Borders, Migrations, Opal Coast, Maritime space

Le monde du XXe siècle est « entré en mobilité »[1]. Pour autant, il existe toujours une inégalité des déplacements[2] : tout individu ne dispose pas des mêmes droits à la mobilité selon son pays et les passeports officialisent la différenciation de régimes de déplacements. C'est pourquoi, pour atteindre l'Europe forteresse[3] , les populations hors Union européenne inscrites dans une migration forcée sont contraintes de franchir ses frontières illégalement[4]. La crise de l'accueil de 2015 par cette Europe face à l'arrivée d'exilés[5] a favorisé l'érection de murs et a multiplié l'émergence des espaces-frontières. Ainsi apparaissent des architectures de type forensic qui défigurent les espaces urbains et naturels au profit d'un système de surveillance et de contrôle des frontières. Ce système de capture[6] de plus en plus sophistiqué, engendre des décès aux portes de l'Europe et en son sein[7]. On assiste à l'échelle internationale à l'implantation de logiques participant à la création d'« un monde de refermeture »[8] plutôt qu'à des logiques qui tendent à considérer que les migrations sont inhérentes à nos sociétés[9] ou qu'elles sont nécessaires, notamment à la survie de l'espèce humaine. À cet égard, l'empêchement de la mobilité se traduit par une gouvernance répressive des corps en mobilité[11]. L'usage de technologies de pointe transforme ces populations à la marge en « individus à risque »[12] et dont il faut empêcher la circulation. Le biopouvoir érige aussi des « frontières intelligentes »[13] où le corps des exilés sert de moyen d'extraction de données biométriques. Les usages de celles-ci sont divers : elles peuvent être mobilisées en vue de vérifier les identités des individus du côté des institutions ou de gérer des opérations du côté humanitaire [14].

[1] Cf. Wihtol de Wenden Catherine, *Faut-il ouvrir les frontières ?,* Paris, Presses de Sciences Po, 2013.
[2] Diaz Delphine dans : Ferrucci Jean-Dominique, *Le passeport, La frontière de papier,* ARTE, 2020, 17 mn (Émission *Faire l'histoire. Par le prisme des objets*).
[3] Cf. Woollard Catherine, « Circuler dans la forteresse Europe », *Revue Projet*, n° 369, 2019, pp. 27-41.
[4] Cf. Laacher Smaïn, *Le Peuple des clandestins*, Paris, Calmann-Lévy, 2007.
[5] Héran François, « Crise des réfugiés, crise de l'hospitalité », *Intervention au Collège de France,* Paris, 14 octobre 2016 [en ligne].
[6] Cf. Bernardot Marc, *Captures*, Paris, Édition du croquant, 2012.
[7] Cf. Kobelinsky Carolina et Le Courant Stefan (dir.), *La mort aux frontières de l'Europe. Retrouver, identifier, commémorer*, Neuvy-en-Champagne, Le passager clandestin (coll. Bibliothèque des frontières), 2017.
[8] Cf. Vallet Elisabeth, *Borders, Fences and Walls. State of Insecurity?,* Ville ?, Ashgate (coll. Border Regions Series), 2014.
[9] Héran François, *Migrations et soci étés,* Paris, Fayard, Collège de France (coll. Leçons inaugurales), 2018, p.74 ; et voir aussi : Gemenne François et Agier Michel, Soyons réalistes : *10 raisons d'ouvrir les frontières*, BibliObs, 2015 [en ligne].
[10] Cf. Quintana-Murci Lluis, « Une perspective génétique sur notre histoire ; migrations humaines et adaptation à l'environnement », *in* Patrick Boucheron (éd.), *Migrations, réfugiés, exil,* Paris, Odile Jacob, 2017, pp. 33-60.
[11] Sur ce point, voir : Schmoll Camille, « Le corps des autres dans l'Europe des frontières », Outis. Revue de philosophie (post-)européenne, 2011, n° 1, pp. 121-128. ; Guenebeaud Camille, « Le corps face à la frontière. Étude de la répression des migrants sans-papiers à la frontière franco-britannique », *Corps*, n° 14, 2016, pp. 31-39 ; Guénif-Souilamas Nacira, « Le corps-frontière, traces et trajets postcoloniaux », *in* Mbembe Achille (dir.), *Ruptures postcoloniales: Les nouveaux visages de la société française*, Paris, La Découverte, 2010, pp.d217-229.
[12] Cf. Ceyhan Ayse, « Les technologies européennes de contrôle de l'immigration. Vers une gestion électronique des "personnes à risque" », *Réseaux*, n°ôr 2010, ppn150.
[13] Cf. Lou Roméo, « Pour les migrants, la biométrie tout au long du chemin », *RFI*, 26 juin 2021 [en ligne].
[14] Cf. Macias Léa, « Les outils numériques de l'humanitaire sont-ils compatibles avec le respect de la vie privée des réfugiés ? », in Héran François (dir.), Dossier « Chiffrer les migrations : à quelles fins ? », *De facto* [en ligne], 15 janvier 2020.

Dans ce contexte, des modes de subversions ou des actions de contournement des logiques répressives émanant des exilés se forment[15]. «J'ai un *game*», précise un exilé, installé provisoirement sur l'habitat non ordinaire (HNO)[16] de Loon - Plage dans le Dunkerquois, aux bénévoles de Médecins du Monde (MDM) pour leur justifier son refus de se rendre à l'hôpital. Un game à la frontière signifie une tentative de passage organisée. Soudainement, ce mot renvoie mon imaginaire aux univers virtuels du jeu vidéo: la traversée des frontières ressemble alors à un jeu de plateforme avec ses avatars venus des quatre coins du monde. Sauter dans les airs, éviter les obstacles, les pièges, courir, grimper sont autant d'actions qui testent la capacité corporelle, autant «de manières d'être au monde»[17]. Comme dans ces jeux ludiques, les décors se succèdent: espaces terrestres (montagneux, désertique) et espaces maritimes. Ce jour - là, les bénévoles de MDM distribuent aux exilés les numéros d'urgence nécessaires en cas de naufrage en mer. La scène est surréaliste, relèverait de la virtualité d'un jeu d'action. Or, le franchissement illégal des frontières est bel et bien une réalité quotidienne tragique où les exilés sont des «Super Mario» à leurs dépens. En Afrique, ils sont parfois nommés «les aventuriers»[18], car cette décision de partir relève du courage et de l'exploit, ou harragas «brûleurs de frontière» notamment au Maghreb[19]. Des héros dont le corps nécessite d'être en bonne santé parce qu'il est incessamment éprouvé ; celui - ci est testé dans ses performances d'action et ses échecs les ramènent à sa fragilité organique.

C'est «l'altération des chairs»[20] qui mène à une existence diminuée. Comme j'ai pu le documenter dans le nord de la France, la matérialité des frontières[21] heurte et blesse les «corps traversés»[22]. La frontière franco - britannique se matérialise en France, à terre ; elle est «solide»[23] , composée de barbelés, de grilles, d'un centre de rétention administratif (CRA), de multiples patrouilles de forces de l'ordre. Elle est devenue «liquide»[24] puisque désormais des exilés tentent la traversée directement par la Manche sur des embarcations. La mer est depuis survolée par l'avion de Frontex, elle fait l'objet d'une surveillance plus active de la part des acteurs de sécurité. Des patrouilles de gendarmes se relaient dans les dunes de jour comme de nuit. De plus, à l'échelle locale, à Calais, des logiques de rejet, d'éloignement[25] se déploient à l'égard des exilés. À titre d'illustration, d'énormes rochers ont été posés dans la ville pour empêcher les regroupements ou les prémices d'une installation. À l'échelle d'une vie d'exil, les maux se superposent de façon temporelle sur des populations qui «n'en finissent pas d'arriver»[26]. Les «corps incorporent» comme le souligne Camille Schmoll[27]. On recense des doigts sectionnés, des fractures, des hématomes liés aux violences policières, à celles des passeurs, des plaies par arme blanche en cas de rixe, des brûlures, des entorses, des polytraumatismes…

Ainsi apparaissent le «corps - frontière»[28] et la frontière qu'on pourrait définir ici comme une nouvelle pathologie politique dont la nosologie prendrait sa source dans une sécurisation progressive. Le terme employé dans les *critical security studies* de «sécuritisation»[29] qui correspond au déploiement de moyens démesurés au nom de la sécurité est

---

[15] Cf. Tazzioli, Martina, Valdivia Garcia Ana & Saint - Saëns Isabelle, «Subvertir la frontière biométrique : anonymat et contre - usage de l'identification», *in* Migreurop (dir.), *Atlas des migrations dans le monde : Libertés de circulation, frontières et inégalités,* Paris, Armand Colin, 2022, pp.112 - 113.

[16] Cf. Bernardot Marc, Le Marchand Arnaud & Santana Catalina, *Habitats non ordinaires et espaces - temps de la mobilité*, Terra, 2014.

[17] Cf. Koster Raphaël, *Le jeu vidéo comme manière d'être au monde : socioanthropologie de l'expérience vidéoludique,* Thèse de sociologie (Craipeau Sylvie et Gras Alain dir.), Paris, Université Panthéon - Sorbonne Paris I, 2013.

[18] Cf. Bredeloup Sylvie, «L'aventurier, une figure de la migration africaine», *Cahiers internationaux de sociologie,* n°125, 2008, pp.281 - 306.

[19] Cf. Arab Chadia, «Le "hrague" ou comment les Marocains brûlent les frontières», *Hommes et Migrations, Nouvelles figures de l'immigration en France et en Méditerranée,* n°1266, 2007, pp.82 - 94.

[20] Tels que l'évoquent : Butnaru Denisa & Le Breton David, *Corps abîmés,* Laval, Presses de l'Université Laval, 2013.

[21] Cf. Guenebeaud Camille, «Le corps face à la frontière. Étude de la répression des migrants sans - papiers à la frontière franco - britannique», *Corps*, n°14, 2016, pp.31 - 39

[22] Cf. Tisserand Chloé, Calais, *Une médecine de l'exil,* Paris, Presses Universitaires de Vincennes, 2023.

[23] Cf. Bernardie - Tahir Nathalie, Schmoll Camille, «Introduction : Dérive des frontières, naufrage de l'Europe», *in* id., *Méditerranée: des frontières à la dérive,* Neuvy - en - Champagne, Le passager clandestin (coll. Bibliothèque des frontières), 2018, pp.7 - 28.

[24] ***Ibid***.

[25] Cf. Guenebeaud Camille, «Au - delà des murs. Maintenir l'ordre à la frontière franco - britannique», *Carnets de géographes,* n°15, 2021 [en ligne].

[26] Laacher Smaïn, «Éléments pour une sociologie de l'exil», *Politix,* 69, 2005, p.106 [en ligne].

[27] Cf. Schmoll Camille. «Le corps des autres dans l'Europe des frontières», *Outis. Revue de philosophie (post -)européenne,* n°1, 2011, pp.121 - 128.

[28] Cf. Guénif - Souilamas Nacira, «Le corps - frontière, traces et trajets postcoloniaux», *art. cit.*.

[29] Cf. Balzacq Thierry, «Théories de la sécuritisation, 1989 - 2018», *Études internationales*, n°49, 2018, pp.7 - 24.

mobilisé dans cet article. Nous verrons comment en fragilisant les corps, ce processus engendre une insécurité corporelle chez des populations mises à l'écart. Cette sécuritisation est singulière selon les territoires : ces derniers possèdent leur « propre signature corporelle » puisqu'on recensera davantage des gelures qui attaquent les tissus de l'organisme et des amputations à Briançon à la frontière franco - italienne en raison de la présence de montagnes enneigées et davantage de cas d'accidents traumatologiques à l'hôpital de Calais liés aux passages par camions. La frontière blesse ; elle tue aussi. 420 morts depuis 1999 à la frontière franco - britannique en juillet 2024 sont enregistrés.

Des mobilisations associatives dénombrent ces victimes et cherchent leur identité[30]. Ce « chantage de conservation de la vie » où la mort constitue le « point ultime du pouvoir »[31] participe de l'expression d'une « nécropolitique » en Europe[32] dont les acteurs médicaux sont des témoins.

Comment les transformations paysagères et architecturales successives à la frontière franco - britannique affectent - elles de façon différenciée les corps des exilés ? En quoi le travail médical rend - il compte d'une sécuritisation caractérisée à une frontière donnée ? De quelle manière ce processus oblige - t - il les professionnels de santé à repenser leurs pratiques ?

Cet article tente d'y répondre à travers une réflexion portée sur l'intrication entre une spatialité violente d'une frontière à trois niveaux de localités et l'intervention médicale et de soin sur chacune d'elles. Il s'appuie sur un travail ethnographique réalisé sur la Côte d'Opale, à la frontière franco - britannique, frontière dont le contrôle a été externalisé par la Grande - Bretagne[33] depuis les accords du Touquet en 2003. Cet espace géographique continue de faire l'objet de transformations architecturales de type *forensic* au gré de l'évolution des déplacements migratoires.

Démarche d'enquête sur trois territoires

Mon travail a trait aux territoires du Dunkerquois, du Calaisis et du Boulonnais. Pour répondre à la problématique exposée dans cet article, je reviens dans un premier temps sur l'intervention humanitaire pratiquée par Médecins du Monde (MDM) dans un habitat non ordinaire (HNO) du Dunkerquois. L'association est longtemps intervenue à Calais. Elle a contribué en 2006 à la création de la permanence d'accès aux soins (PASS) de l'hôpital de Calais. MDM intervient en première ligne sur le terrain. L'association concentre désormais ses moyens sur les HNO du Dunkerquois depuis le retour de Médecins sans frontières (MSF) en 2023 et la présence de la Croix - Rouge à Calais. J'ai suivi de septembre à décembre 2023, l'association lors de ses maraudes et de ses consultations en clinique mobile. L'équipe de sortie constituée d'un référent (cadre salarié de Médecins du Monde) fonctionne toujours par binômes pour la médiation, l'accueil des patients, la clinique mobile (présence d'un médecin bénévole) et le transport des exilés vers l'hôpital. Les membres de l'association sont des bénévoles citoyens retraités ou issus de divers milieux professionnels, du secteur de la santé, de l'Éducation nationale entre autres. Mes observations avaient l'intention d'être non participantes, mais face au manque de moyens humains, j'ai dû endosser le rôle de bénévole à mes dépens. Par conséquent, mon recueil de données empiriques oscille entre ces deux modes, l'observation distanciée et l'observation action.

Dans un deuxième temps, je m'intéresse à l'intervention hospitalière en m'appuyant sur une enquête réalisée dans le cadre de mon doctorat[34] entre 2013 et 2020. Elle constitue une monographie de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de l'hôpital de Calais, au sein de laquelle, j'ai mené des entretiens semi - directifs (une trentaine) et des observations non participantes. Pour définir les profils des professionnels qui ont des trajectoires éclectiques, j'ai dressé des catégories. La première, qui correspond à ces soignants du « dehors », est celle des « praticiens libéraux ». Ces soignants ont choisi de s'orienter vers l'activité libérale parce qu'il ne leur était pas possible naguère de pratiquer la médecine générale à l'hôpital. Une dizaine de ces médecins effectuent des vacations à tour de rôle à la PASS au sein de l'hôpital et ne sont pas salariés de cette institution.

[30] Cf. Kobelinsky Carolina, « Tracer les morts et les disparus aux frontières », in Filippo Furri et Linda Haapajärvi (dir.), Dossier « "People not numbers" : Retrouver la trace des morts aux frontières », *De facto,* n°38, juin 2024 [en ligne].

[31] Cf. Karsenty Serge, « Thomas (Louis - Vincent) Mort et pouvoir », *Archives de sciences sociales des religions*, n°52, vol.2, 1981, pp.297 - 298..

[32] Cf. Schmoll Camille, « Chapitre 6. Frontières à l'intersection des rapports de pouvoir », *in* Amilhat Szary Anne - Laure & Hamez Gregory (dir.), *Frontières : Capes - Agrégation Histoire - Géographie,* Paris, Armand Colin, 2020, pp.56 - 72

[33] Cf. Rodier Claire, « Externalisation du contrôle des flux migratoires: comment et avec qui l'Europe repousse ses frontières », *Migrations Société,* n°116, 2008, pp.105 - 122.

La deuxième catégorie est celle des « soignants salariés de l'institution ». Elle regroupe surtout les infirmiers (neuf rencontrés) qui sont issus du monde hospitalier et ont travaillé dans des services spécialisés (pneumologie, réanimation, traumatologie...). On recense aussi quelques médecins qui ont préféré effectuer leur carrière à l'hôpital avec, parmi eux, un urgentiste, un pédiatre à la retraite, un pédopsychiatre. De cette catégorie, nous pouvons distinguer trois sous-catégories significatives. En premier lieu, ceux que l'on appellera les « philanthropes des étages ». Ce sont ces soignants qui ont migré d'un service spécialisé vers la PASS, ou qui ont circulé de service en service, à l'instar du médecin coordinateur de la PASS qui est également actif aux urgences, dans le service gériatrique, au centre de rétention administrative et au centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ou encore comme cet infirmier qui travaillait en traumatologie, aux urgences, et qui œuvre désormais à la PASS. Ces soignants ont acquis des compétences et expériences liées à chacun des services qu'ils ont traversés. À la PASS, ils deviennent des sortes de piliers sur lesquels peuvent s'appuyer les novices. Puis, deuxième sous-catégorie, nous trouvons les « médecins exilés » qui sont à la PASS au nombre de quatre. Originaires d'Afghanistan, ils ont été recrutés en 2015 pendant l'épisode de la « new jungle »[35]. Comme leurs patients, ces soignants ont fui la guerre et ont emprunté les routes de l'exil avec comme avantage plus ou moins certain pourrait-on dire de se singulariser aux yeux des bénévoles de la société d'accueil qui les repèrent du fait de leur qualité de médecin[36]. Ces soignants sont parfois passés par une expérience dans l'interprétariat en France aux côtés d'associations. L'hôpital a aussi eu recours à l'embauche d'interprètes afghans, soudanais, érythréens qui sont d'anciens exilés arrivés à Calais ou à Sangatte. Les soignants exilés exercent dans un contexte où leurs statuts de professionnels étrangers peinent encore à évoluer (Déplaude, 2011), car ils restent « invisibilisés » (Wolmarck, 2012). Ces soignants exilés qui exercent à la PASS recomposent le trombinoscope médical de l'hôpital. En effet, leurs profils sont différents de ceux des médecins étrangers recrutés dans les années 1990 et qui proviennent surtout de pays anciennement colonisés ou placés sous protectorat français. Les médecins afghans forment ainsi une minorité parmi les médecins extracommunautaires puisque leur origine n'apparaît pas parmi les dix principaux pays des médecins nés en Europe ou hors d'Europe et exerçant en France (Cnom, 2014).

Enfin, parmi le personnel hospitalier, nous trouvons « les soignants reclassés ». Diverses raisons viennent expliquer un tel reclassement professionnel : un arrêt maladie prolongé, un épisode de harcèlement, de l'épuisement ou du mal-être professionnel. Ces soignants ont donc des trajectoires professionnelles qui ont été bouleversées et ils se retrouvent en situation de fragilité ou de vulnérabilité.

Ma dernière réflexion sera articulée à une pré-enquête démarrée en 2022 effectuée au sein de l'Unité médico-judiciaire (UMJ) de Boulogne-sur-Mer. Ce service est constitué de cinq équivalents temps plein de médecins, d'une psychologue et de trois secrétaires. À ce stade, il s'agit d'un travail de pré-enquête, par conséquent, la restitution s'appuie pour le moment sur quelques observations de terrain et d'entretiens semi-directifs (deux avec grille d'entretien et plusieurs conversations informelles).

Avertissement sur les photos

À l'inverse des photos pour lesquelles j'ai demandé l'accord des patients et des professionnels dans les PASS et à l'UMJ, les photos prises sur le terrain de Loon-Plage l'ont été avec mon téléphone portable subrepticement et à l'insu des personnes photographiées. J'ai effectué ce choix en raison de l'insécurité et des tensions vives sur ce terrain. Cette position inconfortable et qui pose des problèmes éthiques a été choisie surtout pour ne pas surajouter de la tension-générée par la visibilité de ce type d'appareil-dans un contexte déjà tendu. Je ne voulais pas non plus être assimilée sur le terrain à une journaliste et créer une peur chez les patients ou une méfiance qui serait venue contrecarrer l'acte de soin des bénévoles. Aussi, j'ai fait ce choix sachant que je m'engageais à respecter l'anonymat des personnes photographiées lors de la publication du travail. D'emblée, lors de la prise photo, j'évitais autant que faire se peut de photographier les visages.

[34] Cf. Tisserand Chloé, *Calais, une médecine de l'exil, op.cit.*

[35] La *« new jungle »,* campement hypermédiatisé formé entre 2014 et 2016 en périphérie de Calais et qui comptait selon les associations 10 000 exilés, 7 500 selon la préfecture.

[36] Cf. Tisserand Chloé, « Médecine à la frontière: le recours aux professionnels de santé afghans en contexte d'urgence humanitaire », *Revue francophone sur la santé et les territoires,* Dossier « *Healthy circulation : products, knowledge, people on the move »,* 2019 [en ligne].

Agir pour la préservation de la vie et de la dignité en terrain hostile

Bien qu'elle engage la prise de risque et la mise en danger[37], l'ultrasécurisation des frontières n'empêche pas la mobilité et n'a pas raison de la détermination des exilés[38]. L'installation de nouveaux arsenaux toujours plus sophistiqués contribue à la mortalité des exilés puisque ceux-ci sont amenés à prendre des risques plus importants pour contourner les dispositifs de surveillance. Ce monde contemporain obsédé par la culture du risque[39] produit finalement, pour une catégorie de la population, un monde d'insécurité et d'exposition au risque. Le report de la responsabilité sur les exilés traduit en réalité une négation de leur condition et du caractère contraint que leur migration suppose[40].

Une médecine entravée : l'aggravation du dénuement sous l'effet de logiques de dissuasion de l'action humanitaire

Photo 1 : Ce plan du site est affiché dans le local de Médecins du Monde. Il représente le terrain d'intervention de l'association. On y voit la départementale D601 qui sépare au nord la commune de Mardyck et au sud celle de Loon-Plage sur lesquelles migrent les exilés au gré des évictions. En raison de ces multiples changements spatiaux, ce plan s'avère nécessaire pour l'équipe de sortie dont les membres diffèrent à chacune des sorties (trois par semaine) pour déterminer les lieux de stationnement « idéaux » afin de mener à bien l'action humanitaire. ©Chloé Tisserand.

De part et d'autre de la départementale D601, l'habitat non ordinaire (HNO), nommé le « camp de Pont-à-Roseaux », s'étend sur les communes de Loon-Plage et de Mardyck situées dans le Dunkerquois (Photo 1). Ces deux communes se trouvent à côté des points stratégiques (aires d'autoroute, port) pour les passages illégaux des exilés. Cette « population en route »[41] est généralement reléguée en périphérie des villes de la Côte d'Opale. Le terme « HNO » est préféré au mot habituel de « camp », car ce concept emprunté à Marc Bernardot cultive « des rapports de statut, à l'espace et au temps singuliers ce qui explique son caractère multiforme et variable ». Les HNO questionnent l'épreuve de l'hospitalité. Le terme camp suppose un espace sur lequel se dressent des constructions

[37] Cf. Rekacewicz Philippe, « Mourir aux portes de l'Europe », *Visionscarto*, 28 avril 2014 [en ligne].

[38] Cf. Defossez Anne-Claire et Fassin Didier, « Militariser nos frontières est une mise en scène coûteuse et inefficace », *Alternatives économiques,* 6 janvier 2024.

[39] Cf. Castel Robert, « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°47-48, juin 1983. pp.119-127

[40] Cf. Fassin Didier, « Observations sur la condition d'exilé », *Séminaire François Héran, Collège de France,* 18 janvier 2021 [en ligne].

[41] Pour reprendre : Cambrezy Luc, « Crise des migrants ou crise de l'asile ? », Journée *Crise des migrants : décentrer le regard*, Beauchemin Cris (Ined) et Primon Jean-Luc (Unice-iPOPs) (dir.), INED, 18 mars 2016.

ordonnées avec une organisation déterminée par un acteur institutionnel[42]. Or, le terrain dunkerquois laisse entrevoir un dénuement abyssal puisque les exilés vivent dehors, en autogestion, avec des interventions ponctuelles et des coordinations lâches entre une dizaine d'ONG variées. Il est difficile de quantifier le nombre de personnes sur ce HNO en raison des multiples mobilités, mais les distributions de repas et petits déjeuners servent de baromètre en plus des chiffres préfectoraux. À titre d'exemple, le 22 septembre 2023, la préfecture indiquait que 500 personnes étaient sur le HNO. Les associations ont comptabilisé 300 déjeuners délivrés. En novembre, 1700 personnes étaient recensées pour 700 repas délivrés le 17 novembre 2023.

Après avoir été expulsés du HNO de Grande-Synthe, commune avoisinante, les exilés survivent là, dans des bois qui parsèment cette zone industrielle portuaire. Le site fait d'ailleurs l'objet d'un plan de prévention des risques technologiques. Les besoins élémentaires sont assurés essentiellement par des associations. Il n'est pas rare qu'elles manifestent pour réclamer des points d'eau ou un lieu de distribution fixe (photo 2).

Photo 2 : Médecins du Monde et d'autres associations se réunissent autour d'une distribution alimentaire improvisée pour les automobilistes sortant de la zone commerciale d'Auchan Grande-Synthe. L'action, associée à une distribution de tracts, vise à sensibiliser les citoyens au manque de lieu de distribution fixe sur le HNO de Loon-Plage. À l'issue de cette action, les autorités préfectorales ont finalement déterminé un lieu de distribution alimentaire fixe sur la zone, mais dont l'emplacement a été critiqué par certains des acteurs, car il éloigne davantage les exilés des noyaux urbains. ©Chloé Tisserand

Dans cette configuration, les exilés s'apparentent à des « surnuméraires » au sens de Robert Castel[43], ils sont ceux « qui n'ont pas de place pour des raisons qui ne sont pas de leur fait » et à des pauvres au sens de Georg Simmel[44] , ils sont à la fois lointains parce qu'ils sont maintenus à la marge de la société et proches puisqu'ils sont inclus à celle-ci par un lien d'assistance privée.

L'éloignement de ces espaces d'intervention humanitaire des centres-villes (14 km de Dunkerque et 5,1 km de Grande-Synthe) complique la tâche quotidienne des bénévoles de Médecins du Monde. En effet, la durée du trajet en utilitaire entre l'hôpital de Dunkerque et le HNO (16,3 km) s'étend jusqu'à vingt minutes pour seulement un aller. Par conséquent et parce que les horaires d'activités des bénévoles et des praticiens hospitaliers sont inextensibles, ce temps de transport et aussi le nombre de places disponibles dans les véhicules (dix) privent des patients d'une prise en charge hospitalière.

Sur le terrain, l'intervention médicale pâtit d'une concurrence interassociative en raison de la hiérarchisation des besoins décidée par les patients : l'accès à la nourriture et à l'eau est vital et privilégié au détriment de la santé. Le rapprochement spatial entre les associations médicales et de distribution alimentaires peut se révéler problématique. En effet, il n'est pas rare que des bagarres éclatent au milieu de files d'attente pour un repas, qui, en situation de dénuement, devient objet de tension. Cette violence peut atteindre les acteurs installés à proximité ; c'est pourquoi le découpage de l'espace pour un partage des emplacements fait l'objet d'une concertation en amont afin d'établir une distanciation entre les acteurs et leurs différentes activités. Or, la recherche d'un emplacement dans un espace circonscrit est rendue difficile en raison de contraintes sécuritaires liées à un rejet des acteurs en présence. D'abord, les agents des entreprises installées sur la zone portuaire industrielle ne souhaitent pas de regroupements humanitaires à l'entrée ou trop proches de leur établissement. Par conséquent, suivant une logique de sécuritisation de l'espace, des rochers et des plots en béton ont été installés pour empêcher l'accès à certains chemins

[42] Cf. Agier Michel, « Le chaos et les camps. Genèse du gouvernement humanitaire », *in* Paugam Serge (dir.), *Repenser la solidarité*, Paris, PUF, 2011, pp.797-815.

[43] Cf. Castel Robert, *Les métamorphoses de la question sociale,* Paris, Folio (coll. Essais), 1995.

[44] Cf. Simmel Georg, *Les Pauvres,* Paris, Allia, 2009 [1905].

de la zone, des grilles devant des entreprises sont érigées, des agents de sécurité sont engagés pour éloigner les exilés et les associations. Les populations sont déplacées au gré des déboisements.

Les bénévoles sont susceptibles de recevoir des amendes de stationnement comme cela a déjà été constaté à Calais selon un rapport sur le harcèlement policier envers les bénévoles publié en 2018. Ces ONG avaient dénoncé « une mise sous pression des bénévoles constante », « des contrôles d'identité récurrents », des entraves multiples aux distributions à travers « des contraventions injustifiées » ou encore des « poursuites judiciaires »[45].

En second lieu, l'imprévisibilité des réactions des passeurs menace la sécurité des patients et des équipes (*Encadré 1*).

Encadré 1

Les nouveaux bénévoles arrivent à l'antenne de Médecins du Monde un peu avant les autres. Le responsable de la logistique leur dédie un temps pour les alerter sur les règles de sécurité et conduites à tenir en fonction du protocole de sécurité divisé en code couleurs selon des niveaux d'urgence. L'encadrant leur précise : « La situation s'est dégradée ; il y a de l'agitation, beaucoup de passeurs et beaucoup de passages. Il y a déjà eu des tirs par balles et des personnes qui ont été tuées ou blessées. Si le référent de sortie dit : "on bouge", on ne doit pas discuter. » Il ajoute : « C'est rare quand on est en niveau 1. Sur le terrain, on ne donne pas son numéro personnel. On ne prend pas de photos. Et on se positionne pour ne pas avoir à manœuvrer et pour pouvoir partir tout de suite. S'il y a un conflit, il n'y a pas d'intervention. S'il y a un souci, il faut voir avec le référent sorti. Il faut rester prudents, il y a des couteaux, des armes. D'un seul coup, tout peut basculer. »

Tous les bénévoles se retrouvent ensuite autour de la table de réunion. « On est combien autour de la table ? 13 ! Superstition ou pas ?! », demande un membre de l'association en plaisantant, ce qui sous-tend aussi un niveau de tension palpable avant la sortie sur le HNO. [Carnet de terrain, septembre 2023.]

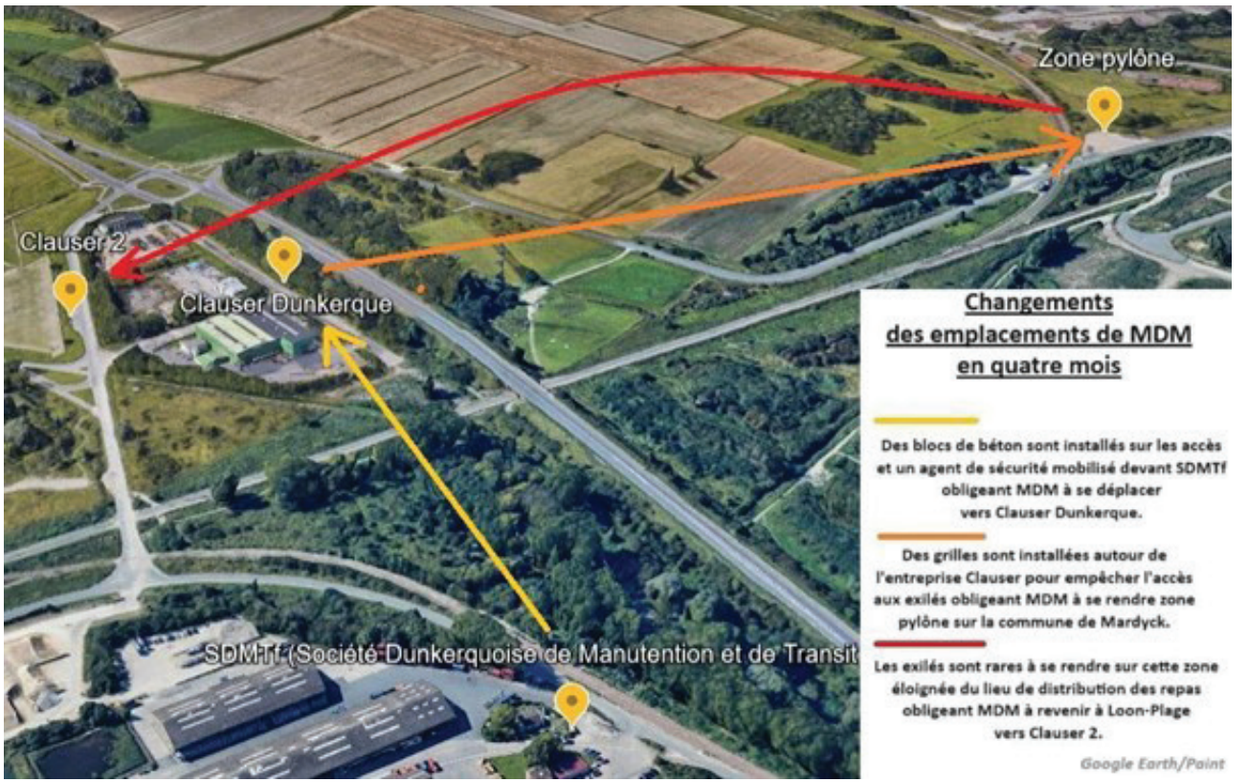
Cet espace à la marge non contrôlé est connu dans les colonnes de faits divers de la presse régionale pour ses morts par balle ou par arme blanche. Depuis leur apparition dans les années 2000, les HNO du Dunkerquois sont officieusement réputés pour leur réseau de passeurs plus organisés et violents en comparaison à ceux des HNO de Calais. Depuis le démantèlement de la « new jungle » de Calais en 2016, on assiste à un regain de tensions, notamment intercommunautaires dans le Dunkerquois puisque ce HNO, habituellement fréquenté par des Afghans, des Kurdes et des Iraniens, l'est désormais par des personnes originaires d'Afrique, qui ont quitté le Calaisis, agglomération voisine, et où des expulsions policières s'effectue désormais tous les deux jours[46].

L'exposition au risque est telle que Médecins du Monde a élaboré un protocole de sécurité pour ses équipes. Au moindre coup de feu, la sortie est annulée tant et si bien qu'à une période critique, l'ONG a interrompu ses actions « d'aller vers » pendant plusieurs semaines. Tout comme elle raccourcit ses heures d'intervention sur le terrain l'hiver en raison de la baisse de luminosité.

En moins de quatre mois, Médecins du Monde a été contrainte de changer quatre fois de point stratégique d'intervention (carte 1), l'éloignant toujours un peu plus du point névralgique des distributions alimentaires, ce qui implique pour les patients des déplacements plus longs s'ils veulent se nourrir et être soignés dans la même journée. On imagine sans peine que beaucoup parmi eux, d'autant plus s'ils sont malades, renoncent à arpenter ces kilomètres.

[45] Voir : L'Auberge des migrants et *alii., Calais : le harcèlement policier sur les bénévoles,* Rapport d'études, juillet 2018 [en ligne].

[46] Voir : L'Auberge des migrants et alii., Calais : le harcèlement policier sur les bénévoles, Rapport d'études, juillet 2018 [en ligne].



Cette absence de repères temporels et géographiques journaliers saborde aussi le travail d'information mis en place par Médecins du Monde. L'équipe de médiation distribue aux exilés des *new arrival guide* (NAG), imprimés recto verso sur une feuille A4 et traduits en plusieurs langues. Ils contiennent des informations précieuses relatives aux horaires, aux emplacements et aux missions des diverses associations actives sur le site. Ce travail de regroupement des données est fastidieux. Or, les organisations de chacun des acteurs sont aléatoires et dépendent fortement des évènements fortuits : une mairie qui décide d'interrompre les douches dans son gymnase, une expulsion policière, une rixe violente, etc., ces déroutes logistiques répétées obligent les acteurs de terrain à repenser une nouvelle organisation rendant caduques les NAG qu'il faut sans cesse réactualiser. Les marges de manœuvre des équipes de MDM conditionnées aux vicissitudes réduisent leur ambition humanitaire au minimalisme de l'action.

Déployer les soins de confort en zone de désaffiliation sociale et prévenir l'exposition au risque de mort

Photo 3 : Le HNO du Dunkerquois est insalubre. Les pieds sont sales, les plaies infectées ; c'est pourquoi des bains de pieds sont proposés par MDM aux exilés avant d'entrer en consultation médicale. Ce patient, en claquettes alors que c'est l'hiver, tente de nettoyer son abcès au pied. ©Chloé Tisserand

Encadré 2

Les bénévoles déplient les chaises une à une pour créer une salle d'attente éphémère en plein air en bordure d'un rail de chemin de fer. Les exilés s'approchent au compte-goutte. Un médiateur est accroupi devant une bassine et parle au patient pendant que celui-ci pose ses pieds dans la bassine alimentée par l'eau des jerricanes. Les bains de pied dans des bassines s'enchaînent aux portes de la clinique mobile installée dans un fourgon de MDM (*Photo 3*).

Juste à côté des patients, se trouve une table sur laquelle sont posés des thermos de thé, des jerricanes d'eau, des caissons de chaussettes neuves, des kits d'hygiène. Les exilés se servent volontiers. [*Carnet de terrain*, septembre 2023].

La relégation urbaine des populations dans des conditions de vie indignes est propice aux atteintes majeures à la dignité. Inscrits dans une temporalité suspendue au passage transfrontalier et maintenus dans le dénuement, les exilés sont affectés par les maux de l'attente. Des soins infirmiers et médicaux sont prodigués tandis que d'autres bénévoles multiplient les gestes de confort pour créer un semblant de bien-être.

Photo 4 : Sur cette photo, au premier plan, une flaque d'eau s'est constituée après des jours de pluie. En arrière-plan, les usines. Médecins du Monde a été contraint de se déplacer sur cette zone pylône située sur la commune de Mardyck, car les emplacements habituels à proximité des entreprises côté Loon-Plage ont été clôturés. ©Chloé Tisserand

Sur ce terrain, ce qui marque d'abord d'emblée, c'est la boue. Elle apparaît sous l'effet des multiples passages, des piétinements répétés sur un sol qui forme des magmas visqueux. On l'observe sur des sandales en plein hiver, mélangée à la pluie lors des inondations qui accélèrent l'enfoncement des tentes dans la terre et sur les roues des camions qui filent à vive allure malgré la présence de familles marchant le long des routes. La boue endommage les pansements, la propreté du geste infirmier. Dans le « camp de Pont-à-Roseaux », la nature est hostile. Les exilés se présentent aux médecins de MDM avec des piqûres d'hyménoptères (guêpes), d'acariens (puces), des morsures d'arachnides (tiques, araignées) qui s'infectent et provoquent des abcès. Le HNO est un espace dépourvu de dispositifs d'hygiène (absence de toilettes, de douches). La déviation du canal de Bourbourg dans laquelle se lavent les exilés est une eau stagnante « de médiocre qualité » et de « qualité passable » selon le schéma d'aménagement et de gestion des eaux[47].Une eau susceptible d'infecter des plaies. Le dénuement s'observe aussi à travers l'impossibilité d'accéder à une alimentation de bonne qualité. Des associations ravitaillent en eau des cuves et délivrent des barquettes de nourriture provenant en grande majorité de dons. Médecins du Monde proposent des jerricanes en plastique que les exilés peuvent remplir. Les exilés achètent aussi des denrées à l'hypermarché à quelques kilomètres comme le prouvent les charriots laissés sur les hauteurs du pont de la départementale qui surplombe le HNO. Des problématiques relatives à la conservation et à la qualité de la nourriture se posent.

L'environnement social des patients une vie dans la nature, une exposition aux aléas climatiques est délétère pour les corps en proie à toutes sortes d'affections ; même si les arbres deviennent des alliés sous lesquels les exilés peuvent se cacher et se protéger des intempéries du nord. Les abris construits à l'aide de bâches rappellent celles qu'on voyait déjà à Calais dans la « *jungle* » de 2009. L'intervention humanitaire met alors en œuvre « ces petits riens qui [dans ce contexte] font tout »[48]. Un verre de thé chaud, un pansement, des soins de confort, une

[47] Syndicat mixte de la Côte d'Opale, *État des lieux du SAGE du Delta de l'Aa. Atlas,* Schéma d'aménagement et de gestion des eaux, SAGE et Gest'eau, décembre 2005.

écoute, un acheminement vers l'hôpital… Parce que l'environnement est impropre à la guérison, le care vient à la rescousse du cure[49]. Le soin et la boue s'opposent à la «boue et la matraque»[50]. Ces microactions expriment la sollicitude, visent à rétablir une dignité au cœur de «la fabrique de l'invivable»[51]. Cette valeur a été qualifiée par Hélène Thomas de «réactionnaire» qui considère qu'elle marque une rupture avec le principe d'égalité[52] en étant remplacée par le principe d'équité. Aussi, la politologue indique que cette valeur sous-tend l'idée que les pauvres privés de dignité sociale seraient indignes moralement. Or, elle souligne que la valeur d'un individu ne se mesure pas à son statut social. Tout comme la dignité doit être en postulat, dissociée de la notion d'engagement[53]. Néanmoins, ses atteintes existent et l'indignité constitue aussi une rupture du lien d'humanité. La sauvegarde de la dignité devient «le principal enjeu des relations entre les individus» :

«C'est uniquement par une démarche collective, par la formation d'organisations, de mouvements collectifs dévoués à cette tâche, que la défense de la dignité peut se révéler efficace. La simple proclamation de la dignité à travers des textes, fussent-ils sacrés, ne suffit pas à la rendre accessible aux dominés»[54].

Cette mobilisation exerce cette «idée du souci, de la sollicitude qu'il faut porter à l'égard de la vulnérabilité biologique, sociale et culturelle qui caractérise les êtres humains dans le monde technologique moderne»[55]. Ce «bien commun (...) au fondement du lien social»[56] «se réfère aussi à une totalité, une cohérence à préserver»[57].

Le HNO de Loon-Plage se trouve à une heure à pied de la mer du Nord ; les bus gratuits permettent de réduire le temps de trajet comme en témoignent les groupes d'exilés baluchons et sacs plastiques au bout des bras qui s'amassent à l'arrêt de bus le plus proche. Cette présence surréaliste présage du risque encouru. À l'opposé de cette dynamique de scotomisation se forment des résistances volontaires ou involontaires associatives et institutionnelles qui s'ancrent et composent avec la réalité. Il est compliqué pour les bénévoles de se résoudre à cette fatalité ; ils s'obligent toutefois à prendre en compte cette volonté irrémédiable des patients à traverser. C'est pourquoi les bénévoles de MDM s'inscrivent dans une action de réduction des risques (*Encadré 3*).

Encadré 3

Trois exilés s'approchent de l'équipe de médiation de Médecins du Monde. Ils sont arrivés la veille dans le HNO de Loon-Plage. On leur tend un NAG Guide des Nouveaux Arrivants traduit en différentes langues qui contient sur une page recto verso les numéros de secours en mer. En sorani, le médiateur linguistique explique les dangers que comporte la traversée. Il enjoint les patients à appeler les secours au moindre problème à bord de l'embarcation. Les patients regardent attentivement, concentrés et finissent par garder le papier précieusement dans leur poche. [Carnet de terrain, 22 septembre 2024.]

[48] Tisserand Chloé, Calais, *Une médecine de l'exil, op.cit.*
[49] *Ibid.*
[50] Scarantino Luca Maria, «La boue et la matraque. Réflexions sur l'indignité», *Diogène*, n°253, 2016, pp.126-134.
[51] Selon : Fleury Cynthia, *La clinique de la dignité*, Paris, Seuil (coll. Le compte à rebours), 2023.
[52] Cf. Thomas Hélène, *Les vulnérables, La démocratie contre les pauvres*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, février 2010.
[53] Cf. Savadogo Mahamadé, «Dignité et engagement», *Diogène*, n°253, 2016, pp.54-61.
[54] *Ibid*, p.58.
[55] Kemp Peter, «Du bon usage de l'idée de dignité», *Diogène*, n° 253, 2016, p.95.
[56] Boni Tanella, «Qu'est-ce qu'une vie digne ?», *Diogène*, n°253, 2016, p.111.
[57] Kemp Peter, «Du bon usage de l'idée de dignité», *Diogène*, n° 253, 2016, p. 95.

En transmettant, par exemple, l'information nécessaire (photo 5) à la préservation de l'intégrité physique face aux logiques de désintégration de la frontière.

Photo 5 : Le médiateur donne un NAG traduit dans la langue du patient. Il explique les risques encourus lors de la traversée en mer et lui montre les numéros d'urgence à contacter en cas de difficulté à bord de l'embarcation. ©Chloé Tisserand

Prévenir le drame, anticiper le risque de mort en mer, mais aussi sur les axes routiers et ferroviaires où peuvent survenir les risques de chute mortelle, d'électrocution et d'accident, l'action préventive existe pour accroître la chance de survie des patients tout en respectant leur autonomie, constitutive de la dignité. La socioanthropologue, Sylvie Bredeloup, rappelle que la migration représente dans la perception africaine un «moyen d'émancipation», une «aspiration de l'ailleurs» : «L'aventure migratoire s'identifie totalement aux risques encourus et à l'intensité de la vie vécue ; elle permet à l'homme d'advenir et de s'aguerrir»[58]. Elle s'intéresse aux Zaïrois désargentés qui quittent leur résidence pour devenir des «creuseurs de diamants» à la frontière angolaise. Ils sont considérés comme des héros, des guerriers en capacité de surmonter l'adversité. Dans cette acception, le franchissement des frontières deviendrait un rite de passage vers une vie meilleure. Cette transgressivité «manière de forcer le passage en brisant le mur d'impuissance ressenti» conjurerait le sort d'une souffrance plus grande comme le rappelle David Le Breton sur les conduites à risque des adolescents, telles que décrites dans la scarification : «Tentatives d'exister plutôt que de mourir. Jouer avec la mort sans se laisser dévorer. [|..] Les conduites à risque conjurent une catastrophe du sens, elles en absorbent les effets destructeurs en essayant de reprendre la main»[59]. Comme les adolescents, les exilés sont en grande majorité des jeunes. L'exposition au risque serait une façon de reprendre le contrôle de leur destin, de leur vie, mais qui, à la frontière franco - britannique, peut aussi rappeler les limites du corps. C'est pourquoi les équipes de MDM alertent sur les risques encourus.

[58] Bredeloup Sylvie, «L'aventurier, une figure de la migration africaine», *Cahiers internationaux de sociologie,* n°125, 2008, pp. 281 - 306, p.294

[59] Le Breton David, «Les conduites à risque des jeunes comme résistance», *Empan,* n°1, vol.57, 2005, p.91.

> « Bon, il y a une reprise des passages, donc une reprise de la prévention. On distribue les numéros de secours, mais il faut toujours expliquer. Il ne faut pas que le patient se dise: "Allez j'ai un numéro, ça va aller !" Il ne faut pas dédramatiser les choses », insiste un cadre de MDM pendant le point de situation.
> [*Carnet de terrain,* octobre 2023]

Or, ces messages préventifs s'entrechoquent avec la dédramatisation du risque et la mise à distance de la conscientisation par les patients qu'a pu constater Carolina Kobelinsky dans ses travaux. L'anthropologue note un apprivoisement du risque encouru en « le transformant en matière à rire »[60]. Ce choix des patients de l'orientation de leurs micro-déplacements inscrits plus largement dans une migration contrainte est donc pris en considération par les bénévoles de MDM au nom du respect à l'autonomie.

Photo 6 : À droite, la PASS de Calais avec ses murs qui se couvrent de mousse avec le temps. À gauche, le corps principal de l'hôpital inauguré en 2012. La structure médicale donne l'impression à première vue de constituer un espace de relégation pour les exilés. Il apparaît que cette mise à l'écart participe de la séparation entre précaires et non précaires, entre exilés et non exilés. Mais cette stigmatisation serait déstigmatisante. Elle est, en effet, vidée de son sens négatif et défendue par la direction de l'hôpital et les cadres ; elle protègerait au contraire les patients précaires des regards vexatoires et discriminants des non précaires non exilés fréquentant les urgences. Sur la base des témoignages des soignants, il m'a été possible de reconstituer l'ambiance aux urgences. En 2006, des Calaisiens disaient se sentir incommodés par le bruit ou les odeurs ; ils se plaignaient des exilés qui « salissent le hall de l'hôpital » ; ils se sentaient lésés et ne comprenaient pas pourquoi les « migrants » étaient privilégiés en passant prioritairement aux urgences.

Restaurer les capacités et l'intégrité corporelles au sein des hôpitaux

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) de Calais et de Dunkerque constituent des lieux d'acceptation de la mobilité. Implantés sur un territoire traversé par des migrations respectivement depuis les années 90 et à partir des années 2000, les professionnels de santé de la PASS de Calais (photo 6) ont appris à s'adapter aux passages éphémères de leurs patients exilés qui constituent à 90% leur patientèle.

À l'accueil d'enregistrement, l'absence de contrôle sur la véracité des identités et informations transmises témoigne du degré de tolérance à l'égard de la condition des patients. Tout comme l'intégration de médiateurs linguistiques démontrent une forme d'aller-vers. Aussi, les soignants ont dû composer avec la frontière, appréhender sa matérialité comme une nouvelle maladie ; elle devient un « facteur de risque traumatique » signale Chloé Lecarpentier[61] qui l'a aussi constaté à Briançon. La frontière est alors un nouvel élément à prendre en considération dans l'administration des soins.

[60] Cf. Kobelinsky, Carolina, « Exister au risque de disparaître. Récits sur la mort pendant la traversée vers l'Europe », *Revue européenne des migrations internationales,* n°2-3, vol.33, 2017, pp.115-131.

[61] Cf. Lecarpentier Chloé, *Problématique médicale et sociale d'une vague migratoire nouvelle sur Briançon : bilan d'une année de prise en charge et vécus des parcours de soins,* Thèse de médecine (Pabst Louise dir.), Marseille, 2019.

Dehors/dedans : de la réification par l'État à la réhumanisation institutionnelle

Les patients se rendent à pied, en bus gratuits ou sont acheminés en navette transport par les associations jusqu'aux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) des hôpitaux de Dunkerque et de Calais. Toute l'ambivalence de l'État réside symboliquement dans cette jonction dehors/dedans. Dehors, « c'est la maison de la guerre », écrit Marc Bernardot[62] en ajoutant, le HNO est « l'habitat de l'incertain et du danger (...) la matérialisation et la manifestation de conditions d'inhospitalité, en particulier dans les villes, où les êtres en quête d'abri doivent se contenter d'interstices impropres, ou rendus tels à l'habitat, de recoins sombres et exposés aux vents et à l'écroulement, aux équipements répulsifs. Dans les terres non urbaines, ce seront les zones humides, voire inondables, sous la menace d'éboulement, des ruines, des friches et des espaces arides ou escarpés qui accueilleront et repousseront les habitants de fortune ».

Cet environnement produit des agressions qui heurtent l'intimité psychique et physique. Celle-ci n'est pas, comme l'indique Cynthia Fleury « une atteinte corporelle lambda. L'atteinte à l'intimité fait vaciller le sujet dans son aptitude proprioceptive »[63]. L'odeur importune par exemple « contribue à entretenir cette terreur justificatrice dans laquelle la bourgeoisie se complaît »[64]. La psychanalyste évoque cette porosité d'une identité avec son milieu. Un psychiatre de l'hôpital de Calais signifiait que ses patients exilés s'identifiaient « à des rebuts, à des détritus ». Confidence qui semble traduire l'incorporation des logiques de rejet, de réification aux relents coloniaux par ceux qui en sont victimes. Cette mise au ban de la société, selon Marc Bernardot[65], serait une résultante d'une pensée néoconservatrice qui a déclaré « la guerre aux migrants » formant ainsi un parallèle avec les guerres iroquoises du XVIIe siècle qui étaient fondées sur la captation des fourrures et des scalps. Les drones, les barbelés, les clôtures, ce déploiement de cette architecture forensic qui crée des urbicides, témoignent d'une transformation spatiale sur la Côte d'Opale. Évoluant dans un environnement clos, les exilés sont « enfermés dehors [66].

À l'inverse, « dedans », c'est l'institution hospitalière qui incarne une mission historique d'accueil et de service public.[67]L'hôpital, un bâtiment protégé des intempéries, un espace de répit où les patients se réchauffent en plein hiver, un sas de décompression, un lieu de soin. On observe les patients enlever leurs chaussures, retirer leurs chaussettes pour les pendre sur le chauffage. Certains en profitent pour s'assoupir. Le rapport de l'État est ici inversé. « Le simple fait d'être accueilli à la PASS, c'est une attention à l'individu, une prise en charge organique ne peut qu'avoir une dimension positive », souligne à cet égard un médecin libéral comme d'autres professionnels de santé (Encadré 4). S'occuper des plus faibles nécessite un surcroît d'éthique. « L'indifférence de la médecine à leurs risques propres est une question éthique majeure »[68]. Soigner les exilés, c'est aussi soigner le clandestin, la personne en situation irrégulière (la majorité des patients de la PASS) le plus souvent menacée d'expulsion par les autorités, c'est soigner le passeur, soigner le taliban. « Toute institution naît d'un refus. Refus d'une fatalité, d'un ordre injuste des choses »[69].

[62] Bernardot Marc, « L'habitat non ordinaire et les hospitalités. Utilités, immunités et sociétés », *SociologieS*, Dossiers « *HospitalitéS. L'urgence politique et l'appauvrissement des concepts* », 2018 [en ligne, consulté le 27 septembre 2018].

[63] Fleury Cynthia, *La clinique de la dignité, op. cit.,* p.53.

[64] Cf. Corbin Alain, *Le miasme et la jonquille,* Champs Flammarion, 2001.

[65] Cf. Bernardot Marc, « Mobilité, hybridité, liquidité : un architexte de la globalisation ? », *Variations,* n°21,2018 [en ligne].

[66] Kobelinsky Carolina, Makaremi Chowra, *Enfermés dehors, Enquête sur le confinement des étrangers*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, mars 2009.

[67] Cf. Chauvenet Antoinette, *Médecines au choix, médecine de classes,* Paris, PUF (broché), 1978.

[68] Cf. Sicard Didier, *L'éthique médicale,* Paris, PUF (coll. Que sais-je ?), 2017.

[69] Ricard Antoine, « Aux bons soins », *Mémoires*, n°77, 2020, p.2.

Encadré 4

«Ma volonté, c'est aussi d'avoir un métier qui soit au service des autres. Je me sens utile pour ces personnes, je réponds à un besoin», signale un médecin libéral.

«Il me manquait l'utilité aux autres. Je voulais être plus utile à l'humain au sens large. Je crois que j'ai toujours eu un problème avec l'injustice, j'ai toujours été attirée plus vers les gens qui ne peuvent rien à leur situation», remarque une psychologue.

Un autre répète comme une litanie ce que ses parents lui ont enseigné: «Il fallait toujours aider l'autre, aider l'autre, c'était comme un formatage.» Pour lui, ce métier est aussi une façon de rendre à ses parents ce qu'ils lui ont donné, «c'est quelque chose de louable, je rends par l'action, c'est important de soigner de manière décente».

On ressent aussi les influences de l'éducation chez d'autres praticiens. «Je suis athée, mais j'ai des principes de vie comme la solidarité et l'humanité», souligne un psychiatre.

Quand un troisième raconte que «depuis tout petit, la présence de quelqu'un qui n'est pas bien, ça ne m'a jamais plu, c'est un élément qui m'a guidé vers la médecine». Un médecin libéral de 55 ans embraye: «J'avais envie d'exercer la médecine autrement et auprès de populations défavorisées.»

Soigner le «clandestin» constitue un oxymore qui sous-tend l'acte d'accueillir l'indésirable. Le soin est «ce pas de côté» comme l'étudient Michel Hastings, Bénédicte Héraud et Anne Kerlan[70] en revenant sur le terme «d'accueillance» employé par Thierry Paquot: «Le potentiel d'accueillance sera également défini par l'ensemble des dispositions socioculturelles, émotionnelles et éthiques qui déterminent le comportement de l'accueillant et lui permet de donner du sens à ses logiques d'action.» Soigner le «clandestin», c'est donc accepter de l'accueillir entre ses murs.

Cette sollicitude manifeste «l'invention d'un ethos plus soucieux de la différence de l'autre»[71] et se traduit par une adaptation professionnelle. Ainsi, les protocoles routiniers sont repensés et témoignent d'un éloignement avec la standardisation dans un système médical non pensé pour les «populations en route[72].

Encadré 5

«J'essaie de ne pas donner de trucs trop volumineux et pas beaucoup de médocs, car ils pouvaient se les faire voler ou les perdre. On savait que les tubes de Voltarène® allaient se crever donc on donnait dans des pots à urine durs; on ne faisait pas de bandes avec quelque chose de souple, soit on faisait du strapping, [soit] on donnait une attelle. De même, le suppositoire, ce n'est pas la peine; un comprimé effervescent ne sert à rien [non plus], car ils n'ont pas de bol; il leur faut un comprimé qu'ils avalent tout de suite», détaille un infirmier. [Entretien semi-directif, 2017.]

Les dentistes aussi s'adaptent: «là, on ne ferme pas la dent infectée de façon à ce qu'il y ait un échange qui soit plus sain. Je donne plus de traitements médicamenteux qu'en cabinet, je prescris plus d'antibiotiques, car je ne sais pas comment ils vont réagir une fois dehors. Je ne peux pas le lui demander, au cas où, je fais comme s'il allait être dans le pire des cas, donc il faut qu'il ait ça.» [Entretien semi-directif, 2017.]

[70] Cf. Hastings Michel, Bénédicte Héraud et Kerlan Anne, «Du côté de chez l'accueillant. Contribution à une histoire du sens pratique de l'hospitalité», *Hommes & Migrations,* n°4, 2018, pp.9-15.

[71] Fleury Cynthia, *Le soin est un humanisme,* Paris, Gallimard, 2019, p.8.

[72] Cf. Cambrezy Luc, «Crise des migrants ou crise de l'asile?», *loc. cit.*

Les bricolages sont autant de manifestations de la réactivité des soignants, ils témoignent aussi de cette tension entre morale collective et éthique individuelle dont parlent Didier Fassin et Jean-Sébastien Eideliman pour détailler les économies morales:

« Les êtres humains arbitrent entre ces différents ensembles et décident d'agir en fonction de leur propre évaluation des situations : ils sont donc amenés à prendre des décisions au nom de critères moraux, rencontrant parfois des dilemmes, et à éprouver des affects, voire à entrer en conflit les uns avec les autres. »[73].

Les pratiques médicales et les interactions soignants-soignés révèlent une volonté des professionnels de santé qui ne sont pas des « réceptacles passifs »[74] de lutter contre le discrédit qui pèse sur les exilés (Encadré 6).

Encadré 6

« Quand j'ai annoncé à mes parents que j'allais travailler là-bas, les premières réactions de mes parents, ça a été des réactions négatives. Ma mère m'a dit : "Tu vas te faire violer. Tu vas te faire attaquer...", mais bon j'ai des parents qui ont 80 ans maintenant et qui voyaient les réfugiés par l'intermédiaire des bagarres », justifie une infirmière.

« Je me souviens quand j'ai pris ce poste, j'avais tous les types de réactions dans mon entourage proche du "c'est génial" à "Oh, mais t'es folle !" », se remémore une psychologue. Les soignants assument plus ou moins de parler de leur métier avec leurs proches. « Ce n'est pas que je n'osais pas, c'est que je me suis dit : "Tiens, je ne vais pas trop en parler, trop... pas cacher parce que..." »

Cet infirmier souffrait de l'image qu'il incarnait en travaillant à la PASS, l'image d'un « pro-migrant » pour son entourage ; il exprime à demi-mot que c'est aussi ce qui l'a entre autres poussé à partir.

Ils sont plus prompts à défendre leur fonction face aux critiques des professionnels des autres services ou lors de rencontres extra-familiale. Ils usent alors de la provocation, de l'ironie ; certains se plaisent à relever le défi et se mettent en tête de convaincre ceux qui les dénigreraient comme un challenge. On songe à cette psychologue maniant l'ironie avec un voisin raciste ; à ce médecin libéral qui philosophe, « ce qui compte, c'est l'action que nous menons. Le regard des autres nous importe très, très peu » ; à cette infirmière qui affirme, « moi je ne me sens pas mal à l'aise vis-à-vis des autres, c'est plus les autres qui se sentent mal à l'aise. Moi ça m'est déjà arrivé d'entendre : "Ouais, bah de toute façon, c'est un migrant. C'est bon quoi le rendez-vous, de toute façon il ne viendra pas." Ce genre de choses... Après c'est eux qui déconnent, c'est pas nous », affirme une infirmière.

Cette interface dehors (*hostis*)/dedans (*hospes*) révèle la contradiction de l'État dans ces actions entre la mise en application de politiques de rejet et la préservation de principes d'humanité.

Réparation et renforcement corporels : permettre la mobilité des désaffiliés

Les sapeurs-pompiers amènent aux urgences des patients en état d'hypothermie après avoir tenté de traverser la Manche, les chirurgiens des blocs opératoires sont confrontés à des traumatismes graves des membres suite à des chutes de camion, les réanimateurs tentent de sauver la vie de personnes exilées blessées par arme blanche ou à feu lors de rixes intercommunautaires ou avec les passeurs. En février 2018, aux abords de l'hôpital, des tirs ont été entendus impliquant une centaine d'exilés de différentes communautés avec un bilan lourd : une vingtaine de blessés, dont quatre grièvement. Le personnel de la PASS panse et effectue des soins post-hospitalisation.

[73] Fassin Didier & Eideliman Jean-Sébastien, « Introduction. Défense et illustrations des économies morales », in id. (dir.), *Économies morales contemporaines,* Paris, La Découverte, 2012, p.10.
[74] *Ibid.*

Encadré 7

Le médecin à l'infirmière : « Pour la personne au coup de couteau, il a rendez-vous avec le chirurgien. » Le patient rejoint le lit d'examen ; le médecin ausculte son thorax. « Il a un pneumothorax et de l'air passe sous la peau ; il a un décollement pneumothorax à cause du coup de couteau », commente le médecin. « C'est normal ; le chir a vu sa radio, il n'y a rien de particulier. La douleur va baisser en fonction. » Le patient est torse nu, le docteur tire le rideau. Le médecin : « Il a des douleurs résiduelles de la glace ; la plaie est encore là, ça va tirer sur les muscles. » L'infirmière lui retire les fils. « On va lui donner un traitement antibiotique et du paracétamol pour arrêter. » L'infirmière : « J'ai remis un pansement ; il peut le laisser jusqu'à demain. » Le médecin : « Il revient dans une semaine, mercredi. Il dort dans la jungle. » [Carnet de terrain à la PASS de Dunkerque, 9 mai 2018].

L'exilé va mesurer tout au long de son trajet sa capacité biologique à endurer les épreuves qui sont multiples. Il expérimente les limites de son corps. Les barbelés, ce « mur d'interdiction le moins cher, qui a fait ses premières armes dans la grande prairie américaine »[75] contre les Indiens, n'en finit pas de faire des ravages. Un médecin estimait se trouver « aux frontières du réel ». La peau est une « accroche au monde »[76] et raconte les épreuves et heurts des trajectoires d'exil. Les professionnels de santé réceptionnent des personnes blessées (coupures, fractures, brûlures, hématomes) par la matérialité de la frontière[77] ou celles dont les affections se sont aggravées (plaie surinfectée). À la PASS, le corps « fait retour », et « s'impose dans toute sa présence au moment même où il pâtit »[78]. Disposant d'un accès direct au plateau technique, la PASS est aussi une structure d'orientation vers des soins plus complexes ou spécialisés

Les blessures résultant de politiques d'empêchement de la mobilité sont susceptibles dans certains cas de retarder la marche. La maladie et la blessure marquent une rupture entre deux états et « font naître quelque nostalgie à l'égard du bien perdu »[79]. La prise en charge médicale et les soins infirmiers participent alors à restituer au corps ses capacités et son autonomie. Ils redonnent « aux individus leur aptitude et souveraineté dans ce qu'ils sont ; comprendre que la vulnérabilité est liée à l'autonomie, qu'elle la densifie, qu'elle la rend viable, humaine ; travailler à faire que cette vulnérabilité soit pour autant la moins irréversible possible »[80]

Photo 7 : Une infirmière, qui est arrivée dans le service récemment au moment de la prise photographique, a appris à faire des bandages plus protecteurs. ©Chloé Tisserand

[75] Quétel Claude, *Histoire des murs,* Paris, Perrin, 2012, p.68.
[76] Cf. Le Breton David, *Adolescence et conduites à risque, op. cit.*
[77] Cf. Guenebeaud Camille, « Le corps face à la frontière… », *art. cit.*
[78] Cf. Gaille-Nikodimov Marie, « De la relégation du corps par les techniques médicales à la relégation du corps par la maladie : un corps en quête de reconnaissance et d'ajustement », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, n°1, vol.1, 2007, pp.151-165.
[79] Larre David. « Les fonctions de l'acte de soin », *Laennec*, n°2, vol.52, 2004, p.47.
[80] Fleury Cynthia, *La clinique de la dignité, op. cit.*, p.5.

L'exemple qui l'illustre le plus clairement s'observe à travers la pose du bandage (Photo 7). Les infirmiers s'évertuent à enrouler autour du membre blessé plusieurs couches afin de renforcer le bandage, ils le serrent aussi de sorte que le patient ne le perde pas au moment de la traversée. Les patients ressemblent alors à des Bibendum comme Maufrais le décrivait en parlant des soldats dans les tranchées pendant la Première Guerre[81]. Les soignants prennent donc en charge ces « pieds de vagabond »[82] , ces « pieds de tranchée »[83] souvent atteints par des phlyctènes (ampoules) dues à une marche intensive et à la fermentation de la saleté dans des chaussures qui ne sont pas adaptées à la taille du pied parce qu'elles sont récupérées auprès des bénévoles. L'acte infirmier, naguère qualifié parfois de « maternel », est ici un acte compassionnel de réparation et de restauration des corps abîmés. L'intégrité, principe complémentaire de la dignité, signifie littéralement « ce qui n'a pas été touché, endommagé ou altéré » et devrait au contraire être respectée et protégée. L'acte de réparation participe à la « sauvegarde de ce que l'on veut conserver »[84]. Dès lors, sur le chemin de l'exil, les soignants sont ceux qui maintiennent les exilés debout, leur redonnent de la force, leur permettent de poursuivre leur projet. Réparer est un acte médical qui fait levier sur ce qui fait obstacle à la vie[85].

De plus, la gratuité des soins permet une égalité en santé et une accessibilité aux médicaments qui soulagent la douleur, même si la prescription de certains est contrôlée[86]. Cette « politique anti-utilitariste » empêche les soignants d'être transformés en « chasseurs de prime »[87]. Soigner est une solidarité active au cœur du politique qui permet de répondre aux besoins et dangers de l'existence humaine et sociale : le soin constitue « un effort pour guérir »[88]. Même si l'objectif de guérison est circonscrit aux aléas de l'environnement social des patients une vie dehors.

Une propagation des logiques mortifères de la terre vers la mer : la gestion des naufrages

La réforme de la réorganisation territoriale de la médecine légale de 2010 (révisée en 2012) a abouti à la création d'unités médicojudiciaires (UMJ). L'UMJ qui rayonne dans le nord du département du Pas-de-Calais est située à Boulogne-sur-Mer dans un des modulaires empilé et qui forment un bâtiment surnommé le « Titanic », annexe distincte du bâtiment principal de l'hôpital. Les légistes, qui interviennent sur réquisition judiciaire, examinent les corps des victimes dans les sous-sols du centre hospitalier. Pourtant, la mortalité des exilés « par la frontière » médiatise et visibilise davantage cet exercice médicolégal d'ordinaire calfeutré et en marge[89] , et c'est seulement à partir de 2017 que cette science médicale née en 1532 a été reconnue comme une spécialité au même titre que la médecine d'urgence.

Photo 8 : Comme pour la PASS de Calais, les médecines dites à la marge se situent dans des modulaires ou des préfabriqués, séparées du corps principal de l'hôpital. Ici, l'UMJ est au rez-de-chaussée du préfabriqué qu'on aperçoit en premier plan avec des liserés bleus. ©Chloé Tisserand

L'incursion des morts d'exilés dans l'activité de l'UMJ

Les légistes sont amenés à intervenir auprès des exilés dans les consultations « dites du vivant ».

[81] Cf. Maufrais Louis, *J'étais médecin dans les tranchées,* Paris, Laffont, 2008.
[82] Cf. Hassin Jacques, *L'émergence de l'abord médicosocial des populations sans toit stable,* thèse de sociologie (Mafessoli Michel dir.), Université Paris Descartes, le 12 décembre 1996.
[83] Cf. Declerck Patrick, *Les naufragés. Avec les clochards de Paris,* Paris, Terre humaine (coll. Poche), 2001.
[84] Cf. Fleury Cynthia, *La clinique de la dignité, op. cit.*
[85] Cf. Collière Marie-Françoise, *Soigner... le premier art de la vie,* Paris, Masson, 2001, 1996.
[86] Rodriguez Jacques et Tisserand Chloé, « Soigner à la frontière », *Socio-anthropologie*, n°43,2021, pp.23-37.
[87] Batifoulier Philippe et al., « Présentation », Revue du MAUSS, n° 41, 2013, pp.5-21.
[88] Worms Frédéric, *Le moment du soin, à quoi tenons-nous ?,* Paris, PUF, 2010.
[89] Cf. Boursier Léa, « Des médecins qui ne guérissent pas : Enjeux du travail en médecine légale », [*In Analysis*], n°2, 2020, pp.226-231.

D'abord, dans le cadre de l'instruction des dossiers de demandes de protection émises par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA)[90], les exilés peuvent recourir aux consultations médicales pour obtenir un certificat attestant des violences subies afin d'appuyer leur demande et de solidifier leur dossier. Ce document est remis par les médecins légistes qui confrontent ou confortent la parole des patients aux traces corporelles. Ces preuves ou absences de preuves sont consignées dans le dossier juridique du patient qui sera soumis aux juges chargés de statuer sur l'attribution d'une protection internationale.

Les médecins légistes effectuent aussi, mais rarement pour l'UMJ de Boulogne-sur-Mer des tests osseux décriés[91] par la profession qui visent à déterminer la minorité d'un patient exilé.

Les spécialistes pratiquent également des examens pour attester de l'absence de mutilations sexuelles féminines (MSF)[92]. À ce titre, lors d'une demande d'asile en raison d'un risque encouru de MSF en cas de retour au pays d'origine, l'OFPRA impose un certificat médical pour les patientes mineures. En plus, un autre certificat peut être apporté, selon la volonté des patientes, par la mère de l'enfant prouvant qu'elle a bien été victime de MSF. Ces missions auprès des exilés sont mineures en comparaison aux consultations post-mortem qui concernent davantage cette catégorie et qui participent à une évolution de l'activité professionnelle des légistes.

Photo 9 : Le légiste s'apprête à procéder à l'examen de corps à l'Unité médico-judiciaire (UMJ) de Boulogne-sur-Mer d'un exilé happé par un train (Encadré 7). ©Chloé Tisserandl

[90] Cf. Laacher Smaïn, *Croire à l'incroyable. Un sociologue à la Cour nationale du droit d'asile,* Paris, Gallimard, 2018.,

[91] Cf. Lamarche-Vadel Gaëtan, «Tests osseux pour les mineurs étrangers isolés», *Multitudes*, n°63, pp.151-158.

[92] Sur ce point, lire, entre autres : Andro Armelle & Lesclingand Marie, «Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances», *Population*, n°2, vol.71, 2016, pp.224-311 ; Gillette-Faye Isabelle, « État des lieux des mesures législatives contre les mutilations sexuelles féminines», *Droit et cultures,* n°79, 2020, pp.77-95.

Dans le nord de la France, la frontière s'étend et s'épaissit[93]. Sur la Côte d'Opale, les mobilités migratoires se sont transformées à mesure de la sécuritisation de l'espace : longtemps circonscrites à la ville de Calais, elles sont survenues ensuite au nord - est du Calaisis dans le Dunkerquois où le port et les aires d'autoroute de camions constituent des points stratégiques pour la traversée illégale. En 2015, les ports et le Tunnel sous la Manche ont fait l'objet d'un renforcement sécuritaire qui a eu des incidences sur les stratégies de passage. Récemment, depuis 2020 et la survenue du Covid, c'est désormais au sud - ouest du Calaisis au niveau du Boulonnais et du Montreuillois que les exilés tentent de traverser cette fois directement par la mer à l'aide d'embarcations de fortune (carte 2). Un militant, soutenu par un groupe décès[94], a recensé sur une carte 402 morts[95] connus au 7 mars 2024 depuis 1999[96] à la frontière franco - britannique. De sauvetages en naufrages, l'espace maritime a progressivement été placé sous surveillance et militarisé, rappelant le processus déjà en cours en mer Méditerranée[97].

Photo carte 2 : Cette carte montre l'évolution des déplacements migratoires suite à la sécuritisation de l'espace. En effet, l'instant marque le renforcement des contrôles dans le Calaisis (autour de Calais) sur des points stratégiques de passage. Par conséquent, les exilés ont tenté le passage par la Manche plus au sud - ouest de Calais dans le Boulonnais (autour de Boulogne - sur - Mer) et du Montreuillois (autour de Montreuil - sur - Mer et Berck). Ces différentes zones font l'objet d'un renforcement sécuritaire (T2) qui se traduit par l'installation de caméras de vidéosurveillance dans les communes en bord de mer et une surveillance par des patrouilles militaires. ©Chloé Tisserand

[93] Fassin Didier, « Épreuves de la frontière (Géographies) », *cours au collège de France*, 12 avril 2023 [en ligne].

[94] Le groupe décès rassemble des bénévoles associatifs ou indépendants et œuvre pour redonner aux exilés décédés leur dignité à travers des protocoles de deuil, d'identification, de reconstruction des liens avec les familles.

[95] Carte élaborée par Maël Galisson et Nicolas Lambert. À consulter sur : *Observatoire des migrants morts à Calais,* https://neocarto.github.io/calais/

[96] Le Mémorial de Calais est accessible avec ce lien : https://apps.lesjours.fr/morts - calais/

[97] Cf. Heller Charles & Pezzani Lorenzo, « Traces liquides : enquête sur la mort de migrants dans la zone frontière maritime de l'Union européenne », *Revue européenne des migrations internationales,* n°3 - 4, vol.30, 2014, pp.71 - 107.

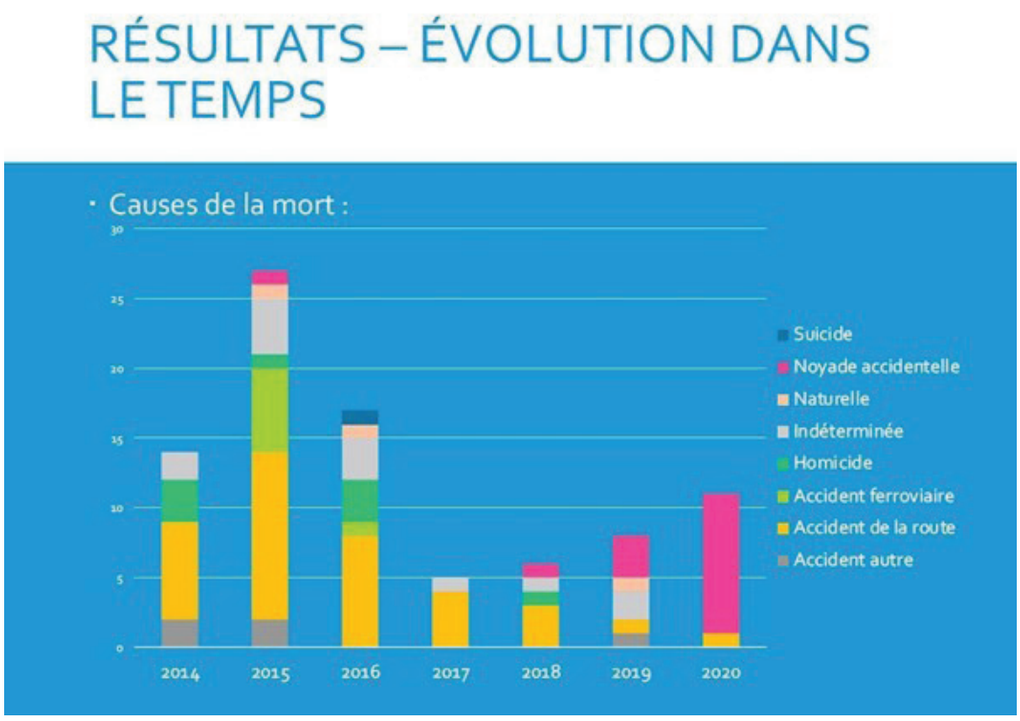


Photo 10 : Cette étude a été réalisée par les équipes conjointes de l'UMJ de Boulogne-sur-Mer et de l'Institut médicolégal (IML) de Lille[98]. Elle présente les différentes causes de décès à la frontière. Les noyades accidentelles ont pris de l'ampleur dès 2020 au moment du Covid et des confinements. Ainsi ce graphique présente à travers les formes de décès, l'évolution des moyens empruntés pour traverser la frontière. ©UMJ/IML

Par conséquent, la mort des exilés est devenue multimodale et multi-sites le long du littoral de la Côte d'Opale (Photo 10). Les légistes boulonnais qui interviennent sur l'ensemble de ce territoire sur les morts traumatiques doivent tenir compte de ce nouveau paradigme. L'étude quantitative[99] menée à l'initiative des légistes du centre pivot (UMJ Boulogne-sur-Mer et Institut médicolégal [IML] de Lille) suite à une succession de décès en 2015 recense les causes de la mort des victimes exilées (noyades, homicides, accidents ferroviaires…).

Encadré 8

Le corps dans la housse est posé sur la table d'examen. En l'ouvrant par la fermeture éclair, le légiste me prévient et par extension ses deux assistants que le corps est très abîmé : « Le haut du crâne est découpé et il est à part, on ne voit plus trop la tête. » La victime a été happée par un train. Les soignants procèdent au retrait des vêtements. Le légiste observe le corps, de face, de dos et partage les lésions constatées à sa montre connectée qui enregistre les données pour le rapport. « On a une petite lésion parcheminée à droite au niveau cervical, multiples lésions parcheminées cutanées de ripage bilatéral, déformation d'état des membres à tous les étages : bras, coudes, avant-bras, poignets, doigts, cuisses sur plusieurs niveaux des deux côtés avec des fractures ouvertes… », énumère un légiste. [Carnet de terrain, UMJ*]

*La date n'est pas précisée en raison du secret médical et judiciaire qui assure la protection des victimes.

[98] Cf. Ghoul Caroline, Morbidelli Philippe, Koundé Bernard, Mesli V., Chochois Stéphane & Hedouin Valéry, *Épidémiologie des examens thanatologiques à l'unité médico-judiciaire de Boulogne-sur-Mer et à l'Institut médicolégal de Lille,* Institut Médico-Légal, Centre hospitalo-universitaire de Lille, France et Unité Médico-Judiciaire, Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer, France, 2021.

[99] Cf. *ibid.*

Cette intervention sans ménagement de la mort touche une population majoritairement jeune[100], la moyenne constatée est de 26,4 ans selon cette étude et un quart des victimes sont mineures, il s'agit d'hommes surtout.

La singularité de la pratique thanatologique à l'égard des victimes exilées réside dans la difficulté à les identifier (photo 11) ; les correspondances avec l'ADN, critère primaire d'identification sont susceptibles d'échouer. En effet, l'assignation à la clandestinité[101] des exilés, angoissés à l'idée d'être expulsés, les oblige à rester dans l'anonymat, à ne laisser aucune trace de leur identité comme en témoigne leur opposition au relevé des empreintes digitales. Cet impératif d'anonymat est constitutif de cette migration forcée.

Photo 11 : Un pied gauche a été retrouvé sur une plage du littoral. Le médecin légiste effectue des prélèvements (génétiques et toxicologiques) sur les phanères, ici l'ongle du pied pour « faire parler ce pied », indique-t-il. Un prélèvement sur l'os peut « doubler les chances d'obtenir un capital génétique exploitable », précise-t-il. Le médecin légiste relève la marque et la pointure de la chaussure. Au regard d'une partie du pied squelettisée, le médecin légiste explique que le pied est resté longtemps dans la mer. Il suppose que cela peut-être un pied d'exilé, mais ce point à déterminer relève de l'enquête policière qui dans bien des cas ne les informent pas des suites ; les légistes étant des collaborateurs de justice, ils interviennent sur une partie de l'enquête ; ce qui peut s'avérer frustrant pour ces professionnels. ©Chloé Tisserand

L'autre problématique rencontrée sur l'identification des victimes exilées est liée à leur environnement social. La configuration du lieu est primordiale pour un légiste : il sera plus aisé d'identifier un mort dans une maison où il existe « un matériel de comparaison d'ADN » (peigne à cheveux par exemple) qu'un lieu extérieur telle une plage. là où les corps des exilés sont fréquemment retrouvés. Les techniques scientifiques de la médecine légale atteignent parfois leurs limites dès lors, les dossiers sont établis sous X. Sensibles à cette difficulté notamment pour ce qu'elle peut représenter pour des familles, les légistes de l'UMJ réfléchissent à terme à créer une base de données ouverte destinée aux enquêteurs, bénévoles, familles.

« Identifier quelqu'un, c'est établir les caractères propres d'une personne en vue de démontrer sa singularité et son caractère unique : identifier, c'est singulariser (...). Le terme "identification" appliqué aux personnes désigne donc à la fois la singularisation, la différenciation et la reconnaissance »[102].

Ce registre numérique permettrait de mutualiser la collecte d'informations concernant les victimes et ainsi d'aider plus facilement les familles à identifier leur proche.

Naufrages de masse : une redéfinition des pratiques professionnelles du travail thanatologique

La pratique de la médecine légale sur vingt-sept corps[103] est inédite pour la petite équipe de l'Unité médico-judiciaire (UMJ) de Boulogne-sur-Mer. Or, la mer, nouvelle voie de passages illégaux, présage du risque de nouveaux naufrages. L'anticipation de ce risque a fait l'objet de réflexions au sein de la corporation médicale : des retours d'expérience autour du naufrage du 24 novembre 2021 ont été organisés. Les traversées par voies ferroviaires ou routières ont engendré des morts, mais qui étaient à de rares exceptions près isolés[104] contrairement à la mer qui tue en masse. Cette nouvelle configuration de l'espace frontalier a obligé les légistes à repenser

[100] On songe aux trente-neuf Vietnamiens retrouvés morts dans un camion frigorifique en octobre 2019.
[101] Cf. Laacher Smaïn, *Le Peuple des clandestins,* Paris, Calmann-Lévy, 2007.
[102] About Ilsen & Denis Vincent, « Introduction », id. (dir), *Histoire de l'identification des personnes*, Paris, La Découverte, 2010.
[103] Survenus pendant le naufrage du 24 novembre 2021 dans la Manche.
[104] Voir note 99.

leurs pratiques à la lumière des morts collectives. C'est pourquoi cette médecine légale à la frontière peut s'inscrire dans le champ d'intervention du « forensic turn »[105] non tant par son nombre qui n'atteint pas ce que donnent à voir les morts collectives type guerres, massacres, génocides[106],[107] mais bien par son processus répétitif de mort. Le naufrage s'ajoute désormais comme nouvel enjeu contemporain.

Encadré 9

« Il y avait deux chaînes d'identification. On s'est dit : "on fait un corps chacun par chaîne." On faisait une pause pour le déjeuner aussi parce qu'on s'était mis en route en pleine nuit. On a adapté les chaînes [dans l'après - midi] en fonction du premier corps qu'on avait fait le matin et pour voir si c'était bien huilé [après un débriefing]. Le corps reste toujours sur la même table (...) quand on a fini la chaîne avec le premier corps, toute l'équipe passe au deuxième. (...) On a le corps qu'on déshabille vêtement par vêtement, un par un et pas tout d'un coup. Pendant ce temps les gendarmes prélèvent les empreintes digitales et les odonto étudient la mâchoire (empreintes, radiographies, relevé de soins ou lésions dentaires antérieurs) (...) » Un légiste, qui est intervenu sur un naufrage de masse. [Entretien semi - directif, 2021]

Cette gestion des morts en masse (Encadré 9) induit pour les légistes de nouvelles cadences qui peuvent s'apparenter à un travail à la chaîne tel qu'on peut le trouver dans l'industrie automobile[108] ou à cette répétition des gestes que l'on trouve dans les abattoirs[109]. D'autant plus que les autopsies durée du travail plus longue sont généralement systématisées sans que cela soit forcément nécessaire pour les légistes. Mais ce type de décès retient l'attention des médias et donc des autorités qui préfèrent éviter toute polémique ou mise en doute de la qualité de l'enquête.

Ces naufrages posent aussi des défis émotionnels pour les légistes confrontés à la mort en groupe qui peut concerner des familles. À travers la collecte des données corporelles lors des différents examens, les légistes reconstituent en partie les circonstances du drame. L'un d'eux décrivait de mystérieuses brûlures au niveau des chevilles des noyés « par frottements » plutôt que par brûlures thermiques ou liquidiennes (contact avec l'huile de moteur). Le récit de l'un des survivants du naufrage leur a permis de comprendre que ces marques correspondaient à des personnes qui s'accrochaient désespérément à ceux qui tenaient encore l'embarcation par leurs chevilles pour éviter la noyade. Cette part d'humanité qui s'extrait des manipulations organiques et anatomiques est susceptible de questionner le légiste.

Interrogés sur le rapport à la mer qu'entretiennent les légistes, il est possible de saisir des transformations psychologiques suite à la confrontation avec la mort des exilés dans le cadre de naufrages (Encadré 10). L'expérience subjective des professionnels face aux décès d'exilés en mer mobilise plusieurs registres émotionnels : le saisissement de l'impensé, la rumination après un vécu inédit, l'appréhension face à l'éventualité de futurs naufrages.

[105] Carol Anne & Dreyfus Jean - Marc, « Médecine légale, morts de masse et *forensic turn », Histoire, médecine et santé,* n°16, 2021, pp.109 - 117.
[106] Anstett Élisabeth, « Des Cadavres en masse. Sociétés et sciences sociales face à l'impensé », *Techniques* & *Culture,* n°1, vol.60, 2013, pp.126 - 143.
[107] Clavandier Gaëlle, « Introduction », id., *La mort collective : Pour une sociologie des catastrophes*, Paris, CNRS (coll. Sociologie), 2004
[108] Cf. Durand Jean - Pierre, Stewart Paul & Castillo Juan José (dir.), *L'avenir du travail à la chaîne. Une comparaison internationale dans l'industrie automobile,* Paris, La Découverte (coll. Recherches), 1998.
[109] Cf. Muller Séverin, « Le temps du démontage. L'adaptation collective aux contraintes de production dans un abattoir », *in* Linhart Danièle (dir.)*, Le travail nous est compté,* Paris, La Découverte, 2005, pp.215 - 234.

Encadré 10

Un légiste : « En général, je ne me baigne pas beaucoup. Si je commence à penser à mon métier, je vais commencer à penser aux noyés. Ce qui change, c'est que je regarde si je vois des bateaux. Revenir dans la vie réelle chez toi confronté à ta vie de famille ; c'est là où j'ai pris conscience du drame. Les exilés, ça me touche particulièrement parce que demain on peut tous être exilés, en fuite de notre pays, on ne sait pas et on va se projeter dans le cas de la fuite. Puis, on va être confronté, car quand on fouille on va trouver des photos, des papiers, qui ont une vie qui ont la nôtre et peuvent plus se rapprocher que d'autres situations de décès. Beaucoup sont confrontés à la misère dans notre métier, mais il existe plusieurs types de misère. Là tu te dis c'est toutes classes sociales confondues qui sont dans la même merde tous ensemble. » [Entretien semi - directif, 2023]

Un autre légiste : « Tu te dis là maintenant c'est la mer et ça va pas s'arrêter. La mer, on ne va pas pouvoir mettre des barbelés sur tous les endroits et ça ne va pas s'arrêter. Ça va être un vrai souci pour eux. C'est 30 km, mais qui sont les plus… Ils ne les imaginent pas comme étant les plus difficiles, mais qui sont sans doute je veux pas dire les plus risqués quand tu vois tout ce qu'ils ont traversé mais ça paraît quelque chose de facile, mais c'est un leurre, ça va créer des drames. Quand on voit le premier on se dit bah voilà maintenant que ça va continuer, c'est certain. Ça, c'est le moyen de passage ultime. » [Entretien semi - directif, 2023]

En effet, le regard porté sur la mer change et est susceptible de modifier des comportements comme le refus d'aller se baigner. L'horizon est scruté. Les médecins légistes peuvent se retrouver en situation de vulnérabilité face à « l'effet - miroir »[110]. Enfin, la mer laisse aussi la sensation de morts à venir « sans bornes », situation génératrice d'appréhensions.

Conclusion

La sécuritisation s'insinue à l'échelle microlocale comme en témoigne le HNO du Dunkerquois, émanation de la rétention de la mobilité. Le rejet institutionnel conjugué aux menaces informelles produit un contexte d'insécurité pour les acteurs humanitaires. Leur intervention est entravée, ce qui a pour conséquence de réduire la visée et portée de leur action. Tout comme leurs marges de manœuvre sont faibles en raison des logiques fortes de dissuasion ou de démoralisation qui se jouent sur un espace tenu à l'écart des centres - villes et compliquent la tâche des bénévoles. L'émergence des passages directement par la mer complique une situation déjà difficile sur le terrain en produisant un nouveau risque avec lequel l'intervention médico - humanitaire doit désormais composer. Il leur faut prévenir le drame pour préserver la vie tout en respectant l'autonomie des patients. Le surréalisme de la frontière oblige les bénévoles de Médecins du Monde à s'inscrire dans un minimalisme du soin en configuration inhospitalière et impropre à la guérison. Ils tentent de conserver des interstices d'humanité par un artisanat du confort et une gestuelle d'empathie, d'atténuer les atteintes à la dignité dont sont victimes quotidiennement les exilés.

Ces atteintes à la dignité, résultat de politiques sécuritaires de rejet des étrangers en situation irrégulière, prennent corps sous la forme de blessures, d'affections, de dommages. La frontière touche les corps de façon multiforme. Les professionnels de santé s'apparentent alors à des raccommodeurs et les hôpitaux deviennent des instances de restauration des capacités. L'acte de réparation permet la mobilité, la remise en état de marche du corps entrant ainsi en contradiction avec les impositions de la frontière. Par conséquent, l'État français expose à travers ces conflits de valeurs et ces processus discordants à la fois de réification versus réhumanisation, toute son ambivalence.

Enfin, la perte de la vie humaine manifeste le paroxysme de la violence de la frontière. Les naufrages en mer du Nord et dans La Manche

[110] Lire sur ce point : Tisserand Chloé, « Médecine à la frontière : le recours aux professionnels de santé afghans en contexte d'urgence humanitaire », *art. cit.*

[111] Cf. Baszanger Isabelle, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.

[112] Selon les termes de : Attali Jacques, *L'économie de la vie,* Fayard, Paris, 2022.

ouvrent une ère de massification des décès dont les légistes sont l'un des premiers témoins. Leur activité rend compte de cette mort multimodale de victimes juvéniles dans leur grande majorité ; celle-ci pose des enjeux d'identification, d'adaptations des pratiques professionnelles, de résistance émotionnelle.

À la frontière franco-britannique, la médecine humanitaire s'attèle sur les corps usés, la médecine hospitalière sur les corps blessés, la médecine légale sur les corps fragmentés. Ces trois segments professionnels[111] sont reliés à des référentiels de valeurs sociales, républicaines, de service public et relèvent de l'économie morale, de « l'économie de la vie »[112]. Loin de se positionner dans une négation de la condition d'exilé, des acteurs de santé la considèrent ; l'adaptation contribuant à une réhumanisation du soin[113].

Ces différents constats nous amènent à nous interroger sur la normalisation de la défiguration paysagère et militarisation de cet espace à terre comme en mer. Les acteurs de santé d'un territoire donné peuvent-ils s'accoutumer à l'usure, à la blessure ou à la mort répétée d'individus en situation de désaffiliation sociale ? Le travail médical et de soin qui est présenté dans cet article comme des formes de résistance prévention, réparation, humanisation à la sécuritisation participant à la désintégration des corps, peuvent-ils garder cette même portée si ce processus s'inscrit dans la durée ? En ces temps de crispations identitaires, jusqu'où la sécuritisation peut-elle enfermer un territoire et jusqu'où la « main gauche »[114] de l'État peut-elle maintenir des valeurs d'humanité au sein de la société ?

---

[113] Destremau Blandine et collectif Entrelacs (dir.), *Migrations. Une chance pour le système de santé ? (Ré)humaniser le soin,* Paris, Doin, 2022.
[114] Bourdieu Pierre, *Sur l'État, Cours au Collège de France 1989-1992,* Paris, Seuil, 2012.