

Introduction

Interroger le système de santé à la lumière d'expériences de soins aux migrant·es

Au départ, il y a une intuition... ou plutôt un sentiment, partagé par les autrices et les auteurs de ce groupe éditorial, que les besoins de santé des migrants et des migrantes ne sont pas à voir, comme souvent, par le prisme de problèmes ou de difficultés médicales. Chacun et chacune d'entre nous a partagé un ensemble de questions pour alimenter son propre espace professionnel de réflexions. Nous avons exploré diverses expériences de prise en soin et d'accompagnement en santé sur le terrain français et avons été étonné·es par les capacités d'innovation de certaines équipes soignantes face à ces patient·es venu·es d'ailleurs. L'Institut convergences migrations (ICM) nous a permis de mettre en commun l'observation de ces expériences. Ce projet est donc né de ces nombreuses rencontres et de notre envie de saisir un sujet qui mérite bien plus que des raccourcis ou des slogans réducteurs.

Depuis des années, en France, la prise en charge médicale des hommes et des femmes migrantes et leur accès aux soins font l'objet de débats et de polémiques. Par exemple, l'Aide médicale d'état (AME) est régulièrement remise en question, emblème de combats politiques pour certains, objet idéalisé de militance pour d'autres. Les oppositions sont souvent fortes, voire polémistes, camp contre camp, symbole contre symbole, oubliant qu'une grande partie des bénéficiaires de l'AME font surtout partie des personnes les plus vulnérables. Légitimes ou illégitimes, ils et elles vivent aux portes de nos hôpitaux, au cœur de nos villes, cumulant souvent des fragilités médicales, sociales et de santé mentale. Leur état de santé est altéré par des conditions d'existence et administratives difficiles.

Ce système de santé pensé comme accessible à tout le monde, construit autour de valeurs de solidarité et d'un principe de mutualisation du risque, subit la pression de la croissance démographique, du vieillissement de la population, de la transition épidémiologique et de l'explosion du coût des techniques médicales. En parallèle, l'élargissement du champ des interventions médicales, l'évolution des modèles de prises en soin, plus longs, proposant une participation plus active des patients, complexifient une offre de soins qui mobilise des acteurs de plus en plus spécialisés, rendant plus difficile pour ces spécialistes une approche globale de la personne et alourdissant le fardeau thérapeutique pour les patients et leurs aidants. Tous ces éléments

contribuent, en partie, au paradoxe que notre système, financé par la solidarité, devient de plus en plus inégalitaire. En effet, la France fait partie des pays occidentaux où les inégalités sociales de mortalité et de santé sont les plus élevées et ne régressent pas (HSCP, 2010). Les patientes et les patients les plus vulnérables, fragiles économiquement, isolés, accèdent difficilement aux programmes de prévention et de soins, lorsque ceux-ci sont peu adaptés à leur situation. Les disparités territoriales, les inégalités d'accès aux acteurs et à l'offre de soins, le non-recours ou le renoncement aux soins (Desprès, 2013), les conditions de vie et certains types d'activité professionnelle participent à élargir le fossé entre différentes catégories sociodémographiques, expliquant les écarts de mortalité entre les cadres et les ouvriers, entre les femmes et les hommes. De nombreuses voix s'élèvent pour lutter contre cette iniquité sociale et territoriale. D'autres s'inquiètent de la remise en question de notre système de financement solidaire et de l'explosion des dépenses maladie, poussées parfois par des prix de médicaments très élevés. Ce débat est vif et a été récemment renouvelé par la pandémie de la Covid-19 qui a fortement questionné notre modèle hospitalier, rappelé l'importance, pour notre économie, de professions exposées mais socialement peu valorisées et mis brutalement à l'ordre du jour, la notion de « coût d'une vie » (Gatinois, 2020). Mais que viennent faire, alors, dans ce panorama, les patients migrants ?

Il s'agit, ici, de parler moins d'immigration que d'accès aux soins des plus fragiles. L'accès aux soins des populations migrantes est donc une facette majeure d'une question plus globale, essentielle, de justice et de solidarité, d'égalité, de fraternité et d'humanité, de cohérence économique aussi. Celle de l'accès aux soins de toutes les populations en position de vulnérabilité.

En France, depuis des années, des initiatives se développent pour faciliter l'accès à la santé des personnes migrantes et pour accompagner leur parcours de prévention et de soins. Ce sera, ici, un service où des personnels infirmiers et sociaux accueilleront, orienteront, accompagneront des personnes en situation de précarité vers l'accès au système de soins. Là, un réseau de patients s'organisera pour faire face à une maladie chronique frappant au premier chef des personnes d'ascendance africaine. Dans un établissement hospitalier, le développement formel, ou *de facto*, d'un service attentif aux situations particulières que rencontrent les migrants malades offrira des conseils, des ressources ou des temps d'interprétariat. Ailleurs encore, des médecins constitueront un collectif qui promeut l'intégration de la question des migrations dans la formation médicale initiale, en tentant de renouer les liens du monde médicosocial et du soin avec les nombreuses institutions d'enseignement supérieur, des cursus et séminaires qui traitent de la santé des migrants. Dans un centre médicosocial, des psychiatres proposeront des consultations groupales de psychiatrie transculturelle.

Les initiatives sont donc nombreuses, diverses et montrent bien l'attention que certains portent à ces patients venus d'ailleurs, hier loin de nous et aujourd'hui si près, dont les besoins ne sont que le rappel du caractère universel de la maladie et de la souffrance.

Néanmoins, ces réponses ne visent-elles pas, avant tout, à faire face au défi qu'est ladite « crise des migrants » pour le système de santé français ? Y faire face, c'est d'abord absorber l'intensification des flux migratoires vers les pays occidentaux et de nombreux autres pays du pourtour méditerranéen, qui fait suite aux révoltes arabes de 2011 et aux successions de crises internationales comme celle de la Syrie, du Sahel ou de la République Démocratique du Congo. Ensuite, il

existe l'obligation, réelle ou ressentie, d'intégrer l'originalité de la situation des personnes en situation de migration du point de vue de la santé et de l'accès aux soins. Faudrait-il, alors, développer, autour de leur accès aux soins de santé, des dispositifs dédiés, ou, dans une réaction défensive, cloisonner, contingentier, limiter l'accès de populations considérées comme allogènes à notre système de santé, afin d'en maîtriser les périmètres et les coûts ? Quelles conséquences pourraient découler, pour la santé publique, du non accès aux soins des personnes originaires de pays du sud ? Tous ces sujets ont poussé les acteurs médicaux et médicosociaux et du soin, à se mobiliser, à inventer et surtout à remettre en question le système de santé actuel.

S'agit-il, alors, de « nouvelles questions de santé publique au cœur des enjeux sociétaux » (Desgrées du Loû, 2018), portées notamment par l'ICM ? Certes, un nombre croissant de travaux traitent de ces questions pour la France métropolitaine (Wihtol de Wenden, 2017). Ils font le constat des besoins spécifiques ou communs des personnes en migration, notamment liés aux conséquences de leurs conditions de vie dans le pays d'origine, aux épisodes terribles et traumatisants vécus pendant le voyage et aux conditions qui leur sont faites dans le pays d'arrivée (Fassin, 1997). Ils font également état des difficultés dans l'accès aux soins, imputables autant à des facteurs d'ordre culturel et linguistique qu'à des déficits de droits.

Dans cet ouvrage, nous souhaitons décaler notre posture : non pas faire de la santé des personnes migrantes notre objet, mais partir des réponses apportées à leurs besoins pour proposer un regard en miroir sur le système de soins, offrant la perspective d'une position constructive. Nous sommes donc guidés par une triple question :

- Que révèlent ces approches, et leurs dysfonctionnements, en matière de soin et d'accompagnement ?
- Quelles initiatives se font jour de la part des migrants eux-mêmes et de leurs familles, des soignants et des intervenants sociaux ?
- En quoi ces initiatives sont susceptibles de répondre aux difficultés de nos systèmes de soin pour prendre en charge, au-delà des maladies, des personnes malades ?

En d'autres termes, comment la migration nous incite-t-elle à repenser nos modes de prise en charge, soit à (*ré*)humaniser les soins ?

Nous nous inscrivons donc dans une perspective de « sciences sociales du possible », celles qui s'engagent dans la Cité et prêtent attention aux initiatives, engagements et inventions pratiques, qui souvent demeurent sous les radars des analyses macrosociales, en les considérant comme des germes de transformation. Notre ouvrage prétend ainsi contribuer à une réflexion porteuse de changements, non seulement à l'égard des migrants, mais de toute la population usagère des services de santé.

■ Interroger la place des migrants dans le système de soins

Tout d'abord, les hommes et les femmes en migration ne sont pas que des personnes soignées mais aussi des soignants, comme des milliers d'employés dans les institutions hospitalières, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les services d'aide à domicile. Le constat en est fait par Michèle Delaunay au dernier chapitre du livre. Cet aspect des liens entre santé et migration, très massif et visible, interroge les relations entre migration et travail (politiques nationales d'immigration « choisie », discriminations d'origine et de genre dans l'accès à l'emploi, stratégies professionnelles de candidats à la migration en France). Ces questions dépassent le cadre de l'ouvrage et n'y seront pas traitées. Plutôt, les contributions révèlent ici des modes et des espaces d'administration du soin peu travaillés par la recherche en France : des soignants migrants se positionnent sur le marché du soin alternatif, agissent dans l'espace domestique comme parents *caregivers* de leurs enfants atteints de maladie chronique, dans les interstices des structures de santé, ou encore rassemblent des ressources contre la maladie au sein d'associations de patients. Par leurs actions et leurs témoignages, ils nous éclairent sur les insuffisances et les dysfonctionnements du système de santé et de ses institutions. Ils nous rappellent aussi l'interdépendance entre soignants et soignés dans la mondialisation des échanges de savoirs et de pratiques de soin.

Nous faisons l'hypothèse que l'arrivée massive de migrants a rendu visibles des questions que la routine de la gestion ordinaire des migrations reléguait dans des espaces spécialisés. La « crise des migrants » a ainsi fait émerger, dans des champs sociaux communs, un certain nombre de questions, telles l'hospitalité (Agier, 2018), ou encore la dignité. Ces questions ont été formulées non seulement sous des angles pratiques, mais également en termes politiques, suscitant des réactions hostiles ou des mobilisations de solidarité. La cause médicale a parfois été absorbée par des enjeux plus idéologiques, qui dépassent et déposèdent le migrant lui-même de sa demande de soins. Comment alors dans cet entrelacs d'enjeux médicaux, administratifs, sociétaux et politiques, penser, à sa juste place, le besoin et la réponse de soins ?

Début 2020, surgissait la crise sanitaire de la Covid-19, qui allait intensifier l'effet de projecteur des vulnérabilités et inégalités de santé. À l'heure du confinement, des milliers de migrants vivaient dans des camps de fortune, dans les rues ou dans des habitats collectifs surpeuplés, et n'étaient pas en mesure d'adopter des conduites préconisées pour réduire les risques de contamination. Du côté des praticiens en santé, cette crise a constitué une effraction massive. La mobilisation qu'elle a engendrée et la centralité médiatique qu'elle a acquise ont débouché sur des réactions émotionnelles de panique, et des difficultés à prendre du recul, semblables à celles provoquées par une crise humanitaire. Or, il n'est pas certain que, pour des personnes ayant vécu des situations traumatisantes de conflits et de violence, cette crise ait eu la même portée. Comment comprendre les angoisses d'un Occident ultraprotégé, quand on a vécu la traversée de la Méditerranée, les camps de Lesbos ou Moria, les geôles libyennes, les abus de pouvoir ou le viol ? On s'interroge actuellement sur le fait que l'isolement, les logements surpeuplés et la détresse

économique découlant du confinement aient pu favoriser le développement de souffrances psychologiques, des renoncements aux soins et des problèmes de santé plus importants que la Covid-19 elle-même.

Cependant, nous avons considéré que l'effet de loupe de l'événement, en attirant l'attention sur cette seule pathologie, tendait à estomper les temporalités longues ou aiguës d'autres situations de maladie ou de souffrance. Nous avons ainsi décidé de ne pas faire de la pandémie de coronavirus un objet en soi, ce à quoi s'attachent de nombreux projets de recherche actuellement, mais d'intégrer cette crise aux situations que nous analysons sur nos terrains respectifs. Si elle n'est pas au centre de cet ouvrage, la crise de la Covid-19 apparaît comme un révélateur supplémentaire de formes particulières de vulnérabilité : logement, comment se confiner ? Accès à l'hygiène, comment acheter masques et gels ? Langue, comment comprendre les consignes ?

Interroger la place des migrants dans le système de soins est donc ici un outil heuristique : cette démarche permet de mettre en lumière et en visibilité la façon dont notre système est organisé, entre une centralisation et une décentralisation des instances décisionnaires, et dans la rigueur de la réduction des coûts. Elle révèle des choix de politiques publiques, les césures des parcours de soins et des prises en charge qu'engendrent ces manques et incohérences : difficultés d'entrée dans un parcours de soin, défaut d'accompagnement, de prise en compte de complexités linguistiques et de littératie, d'incompréhension du fonctionnement des administrations de la santé et de la protection sociale, de faiblesse de communication entre soignants et patients, entre acteurs médicaux et sociaux, ignorance des conditions de vie réelle des patients. Elle révèle aussi l'importance cruciale de dispositifs de médiation, d'organisations formelles ou informelles de la société civile, et celle du travail bénévole, investi dans de nombreuses formes d'accompagnement. Le projet d'humaniser ou de réhumaniser le soin, qui est celui de nombreux soignants et des auteurs de ce livre, suppose d'étudier les conditions de production et de réception du soin, conformément à la démarche des humanités médicales (Lefève, Thoreau, Zimmer, 2020). Interroger la place des migrants dans le système de soins permet ainsi de mettre au jour des frontières : frontière du soin, soins à la frontière, frontières du droit, frontière de l'altérité, frontière entre le biomédical et le psychosocial, entre la ville et l'hôpital, entre les soins de santé primaires et les approches ultraspécialisées, la frontière comme une limite mais aussi comme un espace à conquérir, frontières d'âge, de statut, de visibilité.

Les migrants interpellent la limite qui est souvent tracée entre le visible et l'invisible, ce sans quoi le système ne fonctionnerait pas. Les pratiques qui se développent autour des migrants, ou par eux, nous incitent à reconnaître et valoriser, pour le présent et pour un futur transformateur, cette part invisible des soins et notamment du soin de santé. Nous postulons donc que cette reconnaissance et cette valorisation peuvent contribuer à donner un nouveau souffle à un système de santé et d'aide sociale traversé de multiples tensions : épuisement des personnels, modalités de financement des établissements incapables de prendre en compte la part de l'humain dans leur fonctionnement, de valoriser le temps consacré à appliquer les acquis des humanités médicales, etc.

Nous proposons d'appréhender cette question, non seulement en partant de la vulnérabilité, mais aussi de la force des migrants, de leurs capacités et compétences, avec pour objectif de remettre en question certains regards victimaires et de montrer, non seulement comment les migrants inventent ou trouvent des ressources pour faire face à leurs divers besoins, mais aussi la façon dont ils suscitent des innovations, de la créativité, de l'engagement de la part de multiples acteurs professionnels ou bénévoles, dans les processus d'accompagnement. Ainsi, nos objets – études de cas et réflexions – pourront concerner le soin médical (l'accès aux soins, au savoir médical et le déploiement des soins) mais aussi plus généralement l'accès aux droits, le bien-être, la sociabilité, l'attention et l'échange humain. Nous soulignons que les migrants peuvent être eux-mêmes des soignants, apportant une perspective de prise en charge plus globale et humaine aux patients présents sur le territoire français. À ce titre, ils contribuent à l'accès aux soins des migrants usagers mais aussi à la (ré)humanisation du système de santé français principalement fondé sur une vision biomédicale. Nous soulignons aussi combien les accompagnements déployés autour du parcours de soins des migrants patients pourraient être précurseurs d'une indispensable adaptation de l'offre de soins à la transition épidémiologique en cours : l'explosion des maladies chroniques dans la population générale pousse en effet à une transformation des modèles de relations thérapeutiques, vers une plus grande participation des patients à leur parcours de soins.

■ **Les personnes migrantes, des patient-es à part ?**

Dans cet ouvrage, nous n'adoptons pas de définition *a priori* de « la » personne migrante. Selon les périmètres des différents chapitres, il pourra s'agir de personnes récemment arrivées, au terme d'un long et pénible passage, et dont les épreuves les ont profondément marquées ; de personnes vivant en France depuis des durées variables, avec ou sans documents de séjour, dans des conditions plus ou moins précaires, voire ayant acquis la nationalité française par naturalisation ou naissance ; de parents (parfois de niveau socioéconomique supérieur subissant un déclassement social en France) accompagnant des enfants malades, ayant pu bénéficier d'un titre de séjour pour soins ; de personnes en procédure de demande d'asile, ayant de ce fait droit à la couverture maladie universelle (PUMA) comme d'autres ont recours à l'AME ; ou encore, parfois, de personnes dotées de multiples ressources et compétences, de personnes venues suivre des études universitaires puis qui sont restées pour diverses raisons. Nous contribuons ainsi à déconstruire la catégorie « migrants », établie dans une altérité souvent radicale, à partir de caractéristiques supposément partagées – culture, langue, croyances, conditions de vie – pour laisser le champ ouvert à des singularités propres à chaque patient et au-delà, à chaque personne.

Comme on le verra, la situation migratoire, pour spécifique qu'elle soit, notamment en termes linguistiques et de droits sociaux, est extrêmement diversifiée, et se traduit par divers niveaux et cumuls de vulnérabilités. Elle est aussi contiguë avec d'autres situations sociales, culturelles ou linguistiques qui ne seraient pas spontanément rattachées à la migration : pauvreté, précarité d'existence, faible niveau de langue française et de littératie, souffrance psychique. La situation migratoire est aussi dynamique et évolutive, presque par définition : elle est appréhendée comme un passage, inscrite dans des temporalités plus ou moins longues, vers un objectif qui peut être

un autre passage, une installation, le recouvrement de la santé, un investissement économique, un meilleur avenir pour ses enfants : l'écoulement du temps et le processus d'acculturation reconstruit les identités dans le contexte migratoire.

Dans les chapitres de cet ouvrage, la situation de migrant au regard de la santé et de l'accès aux soins sera mise en regard avec l'horizon d'*universalité* qui fonde le système de santé. L'horizon d'*universalité* est nécessaire, non pas tant par raison morale et humanitaire que par pragmatisme – les politiques de santé publique concernent, *de facto*, les personnes présentes sur un territoire, voire au-delà – et par éthique politique – en régime démocratique, la légitimité d'un système de santé ne peut reposer que sur un présupposé d'égalité des vies (Fassin, 2018). Pour autant, la mise en œuvre de l'*universalité* se trouve ici confrontée aux dispositifs de solidarité et à leur versant financier, administratif et politique.

■ De la vulnérabilité et des ressources

Poser la question de la place des personnes en situation de migration dans notre système de santé, c'est considérer que ces dernières expriment ou manifestent des besoins de prise en charge et de soins. Rappelons d'abord les résultats récents d'une vaste étude statistique menée auprès de plusieurs milliers de migrants, sous la conduite de chercheurs de l'INED, de l'INSEE et d'autres organismes de recherche. Celle-ci a montré qu'en France, comme dans d'autres pays occidentaux d'immigration, les migrants sont à leur arrivée en meilleure santé que la population générale de ce pays, de même âge et de même statut socioéconomique (Hamel et Moisy, 2016). La grande majorité d'entre eux ne pèse donc que très peu sur le système de santé durant des années. En revanche, selon la même étude, leur santé se dégrade plus rapidement du fait de conditions de vie délétères. À ces migrants, dont la santé physique ou mentale s'altère, s'ajoute une minorité de réfugiés et d'exilés dans des conditions catastrophiques, et de migrants en recherche de soins. Ces femmes et ces hommes présentent des blessures physiques ou psychiques, des maladies infectieuses ou chroniques, des maladies mentales, qui constituent parfois la cause et souvent la conséquence de leur état de migrant et des épreuves qui l'accompagnent. Outre ces besoins, ces personnes présentent souvent un niveau élevé de *vulnérabilité*, ou plutôt un cumul de vulnérabilités : précarité économique, logement de fortune, isolement social, faible maîtrise de la langue et des fonctionnements sociaux, administratifs et institutionnels, etc. Souvent, c'est en raison de ces vulnérabilités que les personnes développent certains symptômes ou les accentuent, et c'est également en raison de leur vulnérabilité qu'ils ou elles reçoivent une aide ou un accompagnement spécifique dans leur parcours de soins. Or, nous faisons le constat que, en dépit du travail des intervenants sociaux en son sein, le système de santé, de façon assez paradoxale, est assez peu préparé à affronter la vulnérabilité multidimensionnelle des patients. Ce sera l'un de nos arguments : cette vulnérabilité, partagée par tout patient, mais marquant des trajectoires de vie plus que d'autres, est un levier important pour susciter des initiatives de la part de soignants, de personnels sociaux, de familles et de proches. Celles-ci ne se limitent pas à une assistance humanitaire, mais font partie intégrante des protocoles de soins. Pour les soignants et notre système de soins, pour ce qui fonde les bases de notre conception de la solidarité face au risque de la

maladie, il est bon d'analyser comment les acteurs de soins ont tenté de s'adapter aux besoins de ces patients venus d'ailleurs, vulnérables parmi la masse des autres vulnérables. Car de ces expériences de terrain, et des débats et des controverses qui les ont portés, nous pourrions trouver l'énergie et les modèles pour moderniser et projeter notre système de santé solidaire dans un avenir qui ne renoncera pas aux valeurs d'universalité et d'équité.

Plusieurs contributions mettent en lumière l'importance d'une approche du soin qui ne se limite pas au biomédical, mais inclut des approches délibératives – entre soignants et personnels sociaux, entre soignants et patients – par lesquelles les soignants construisent *avec leurs patients* le projet de soin. En effet, une telle pratique de la négociation et de l'explicitation se révèle d'autant plus nécessaire que le patient est éloigné des normes sanitaires et du comportement présumé d'un « bon patient » (Crignon-De Oliveira, 2010). Cette nécessité remet sur le métier la discussion sur la liberté du patient, sa collaboration, tout comme son entendement et son consentement à l'égard des parcours qui lui sont proposés. Les chapitres de cet ouvrage illustrent à quel point des soignants, dans cette relation avec des patients migrants, recourent à la parole, la confiance, le partenariat et l'échange interdisciplinaire.

Différents métiers ont été constitués pour formaliser, structurer ou consolider ce halo d'engagement, de médiation et d'accompagnement. Des parcours et modes de recours ont été organisés pour aménager et rendre accessibles certains de ces services aux personnes vulnérables, et particulièrement aux migrants précaires. Des personnels soignants et sociaux se mettent en réseau pour échanger, se concerter, apprendre ensemble, et mieux accompagner des personnes en situation difficile. Certaines de ces initiatives et organisations seront évoquées dans notre ouvrage. Nous souhaitons également mettre en visibilité d'autres processus, souvent humbles et peu reconnus, qui contribuent à la mise en œuvre effective du soin, tel le rôle de voisins, de parents, le travail d'amour et le travail domestique au quotidien, l'interprétariat et les démarches d'interculturalité, la création d'espaces de dialogue et d'accueil, une simple présence, des témoignages d'empathie, la mise à disposition de temps et d'écoute. Cet ouvrage témoigne et illustrera ainsi la diversité des activités, actions, acteurs, formes d'engagement, qui s'enchevêtrent et s'articulent dans des expériences de parcours au sein du système de santé.

Ce faisant, nous espérons susciter une réflexion sur l'importance du *soin* au sens large (interdépendance, attention à l'autre, présence et temps dédié, humanité) dans nos dispositifs de soins de santé, et le travail de ceux et celles qui le rendent possible, accessible et porteur de bien-être. En effet, bien que les institutions françaises, dans leur histoire, aient institutionnalisé de multiples mécanismes de solidarité, dont certains sont adressés aux migrants, réguliers ou sans papiers, il nous semble que l'attention portée aux aspects techniques et financiers, d'une part, et aux procédures bureaucratiques, de l'autre, relèguent hors champ (de l'analyse, des projections, de la conscience des besoins), de nombreuses dimensions qui constituent un système de soin, au sens large de *care*, et qui le font fonctionner concrètement. Pourtant, nombre d'interventions humaines relèvent de cette sphère : du travail gratuit, non reconnu, ou payé de la main à la main, des pratiques magico-religieuses, des savoirs ancestraux ou/et populaires.

Nous montrons aussi que la migration est une compétence, greffée, combinée, articulée avec des connaissances et savoirs enracinés dans des cultures et des parcours de formation, et dans des trajectoires et expériences sociales, familiales et individuelles. Les personnes migrantes détiennent et mobilisent de multiples ressources, dans leur interlocution avec les soignants et personnels du système de santé. Les migrants aspirent à accéder aux savoirs biomédicaux ou en possèdent déjà, notamment lorsqu'il s'agit de maladies ayant pour origine les régions tropicales. Se pose alors le problème non seulement de l'accès au savoir mais aussi à la reconnaissance de leurs savoirs médicaux par les professionnels de santé. Dans leur parcours au sein du système de santé, ces ressources et compétences surgissent avant tout dans les interstices : souvent, elles sont réputées de faible utilité, voire néfaste au protocole des soins dispensés par des professionnels. Or, plusieurs témoignages cités dans les chapitres de cet ouvrage démontrent que l'association du patient à sa propre trajectoire de soin est un élément clé de la réussite de ce parcours, pourvu qu'un dialogue soit instauré entre les soignants, leurs patients et plus largement un réseau ou une communauté thérapeutique. Nous soulignons ainsi que l'entremêlement des savoirs et compétences profanes et savantes se révèle essentiel dans la construction du parcours de soins, et qu'il remet en cause la construction du pouvoir dans la relation de soin : entre des soignants sachants et des patients ignorants.

Au-delà, les personnes en migration et leurs savoir-faire font également partie de l'offre de soins : par l'intégration, au sein même des protocoles de soins, de pratiques venues d'ailleurs, et destinées parfois à des personnes de la même origine, parfois présentées comme des alternatives, mais souvent aussi généralisées comme complémentaires aux savoirs de la médecine occidentale. Mais aussi, par l'insertion, en position fréquemment subalterne, dans le système de soins, de praticiens étrangers diplômés, dont les compétences ne sont pas reconnues en France. D'autres encore se voient contraints à la reconversion, n'exerçant leur art que dans les déserts de l'offre de soins. Ces cas mettent en lumière les processus institutionnels et sociaux de dévalorisation des savoirs venus d'ailleurs, qualifiés d'*autres*.

■ Présentation des chapitres de l'ouvrage

Ces chapitres résultent d'enquêtes, d'entretiens et d'observations qui visent à mettre en valeur la parole des intervenants du système de soin et la présentation de points de vue, de situations singulières et histoires d'épisodes de vie de diverses personnes. Ils laissent donc une large part à des citations *verbatim* et des textes que nous avons sollicités pour cet ouvrage. Ce choix méthodologique et d'écriture concourt à mettre en scène des expressions subjectives, des regards différenciés, parfois en désaccord. Nous lui prêtons une double vertu : en premier lieu, dans une perspective empirique, les citations *in extenso* permettent de dépasser l'analyse de cas cliniques, pour aborder les personnes – les soignants autant que les soignés – dans leur humanité et leur complexité, appuyant de ce fait notre posture selon laquelle il est important de comprendre l'ensemble des conditions de vie, physiologiques, psychiques et culturelles des personnes migrantes pour mieux les soigner, et que c'est ce qu'essaient de faire les personnes que nous avons interrogées. En second lieu, il s'agit d'un choix méthodologique et d'écriture propre aux sciences

sociales : les personnes ne sont pas réductibles à des catégories – ici, surtout celle de « migrants », ou encore de « malades chroniques » – et le croisement des regards disciplinaires est propice à une appréhension des ambivalences et brouillages, qui peuvent engendrer une créativité d'analyse. Les appartenances disciplinaires du groupe Entrelacs sont diverses : sociologie, anthropologie, histoire, sciences de l'éducation, médecine. Cette démarche d'entrelacement des références culturelles, disciplinaires, spatiotemporelles, nous rassemble. Elle se reflète aussi dans les modes d'écriture des chapitres qui composent cet ouvrage. Le ton, les arguments, les sources et témoignages recueillis, sont autant de manifestations d'une volonté de croiser les points de vue et de chercher ailleurs, autant qu'en soi-même, ce qui peut nous faire progresser ensemble.

Ce livre s'ouvre sur le chapitre coordonné par Simeng Wang, *Pluralité des savoirs, des pratiques et des recours thérapeutiques*. Il s'agit de savoirs et de pratiques thérapeutiques initialement développés hors du territoire français, et de nos jours pratiqués de manière institutionnalisée ou informelle dans la société française, par des praticiens migrants, leurs descendants, et/ou par des thérapeutes sans ascendance migratoire. À partir de quatre sites d'observation et terrains d'enquête, ce chapitre se focalise sur trois types de savoirs thérapeutiques dits « alternatifs » (toucher clinique, médecine chinoise et médecine ayurvédique). Ce chapitre commence par un texte introductif (S. Wang), qui propose d'abord un état des lieux des travaux scientifiques relatifs à la circulation transnationale des médecines dites « alternatives », puis présente les niches écologiques du développement des savoirs thérapeutiques venus d'ailleurs sur le sol français. Il problématisé enfin les apports de ces savoirs thérapeutiques dits « alternatifs » aux patients, aux praticiens, aux relations thérapeutiques et au système de santé français. S'en suivent quatre textes : le premier documente la pratique du toucher clinique – désignant l'examen direct du patient par auscultation, palpation ou percussion afin d'identifier d'éventuelles anomalies – dans une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) à Calais (J. Rodriguez et C. Tisserand) ; le deuxième texte regroupe un entretien et une observation participante effectués auprès d'un praticien des pratiques corporelles de Qi Gong dans un hôpital de l'AP-HP en Île-de-France (R. Harizi) ; le troisième examine le développement du marché du *care* autour de la santé périnatale à destination des femmes d'origine chinoise en France (S. Wang) ; et le dernier est tiré d'entretiens menés avec un praticien fondateur d'un centre thérapeutique de la médecine ayurvédique à Paris (N. Commune).

Dans le deuxième chapitre *L'accompagnement dans le parcours de soins. La différence n'est pas pathologique*, les autrices, Blandine Destremau et Delphine Leroy, montrent que le travail d'accompagnement des personnes migrantes se focalise quelquefois sur un impératif de soins. Pourtant, l'accompagnement est bien plus large et nécessite une multiplicité d'acteurs et d'actrices dont les compétences sont rarement mises au jour. Il peut s'agir du travail de médiation, d'organisation, de mise en réseau, d'interprétariat, du travail social et communautaire (réalisé et organisé par des professionnels ou des associations), de celui d'une équipe de soins pluridisciplinaire en milieu hospitalier, de consultations transculturelles ou bien de dispositifs informels buissonniers ou d'heureux hasards. Les médiations qui se mettent en place de la part d'associations, voisins, amis, traducteurs ou autres membres des communautés témoignent du besoin et de la diversité de ces accompagnements, dont on pourrait penser qu'ils seraient également profitables à une grande partie de la population. Ce chapitre est fondé sur plusieurs entretiens avec des médecins,

personnels infirmiers et travailleurs sociaux qui interviennent soit dans des établissements de santé, soit dans des associations et des centres sociaux municipaux. Les pratiques décrites s'appuient sur des récits d'expérience et évoquent les enjeux d'intercompréhension indispensables à des usages et conduites respectueuses des patients.

Agnès Lainé et Maria Teixeira ont coordonné le troisième chapitre intitulé *Les malades au cœur de la relation de soin : le partage des connaissances comme condition*. Dans ce chapitre, les autrices se saisissent d'une maladie de l'hémoglobine, la drépanocytose, comme exemple tout à la fois des maladies rares, des maladies génétiques et des maladies chroniques qui constituent des défis contemporains au système de santé. Dans le contexte de telles pathologies, la production, l'acquisition et le partage des connaissances entre soignants et soignés sont un enjeu crucial de soins adaptés. Affectant particulièrement des populations migrantes, cette maladie offre à leur étude un observatoire des transformations des relations thérapeutiques, de ce qui les rend efficaces ou dysfonctionnelles dans un système de santé lui-même en transformation, organisé en réseaux de soins sur le territoire national. Le chapitre s'ouvre sur un article centré sur l'accès aux soins et aux savoirs, les deux termes étant envisagés ici comme interdépendants. Il est fondé sur des entretiens approfondis réalisés auprès de personnes concernées par la drépanocytose, parents d'enfants malades et jeunes adultes drépanocytaires. Puis les autrices laissent la parole à deux témoins : l'interview de Constant Vodouhé illustre la place croissante des associations de patients en contexte de circulations mondialisées des personnes, des savoirs et des techniques. Le témoignage de Sandrine Mensah montre les innovations que des soignants apportent pour perfectionner leurs dispositifs d'accompagnement et les adapter constamment à ces familles particulièrement vulnérables sur le plan psychologique, familial et social.

Le chapitre 4 aborde ensuite la question des *Parcours de vie, parcours de soins par le biais de la réflexivité des pères en situation migratoire*. Dans le cadre du dispositif de la consultation de psychiatrie transculturelle, où Doris Bonnet et Daniel Delanoë ont effectué la recherche qu'ils présentent dans cet ouvrage, la famille migrante est accueillie par un groupe de thérapeutes venant pour certains d'autres pays. Par bribes successives, quelquefois avec un interprète, le parcours pré-, per- et post-migratoire est reconstitué à travers ses épreuves et son inscription dans l'histoire familiale souvent méconnue par les enfants, qui découvrent la valeur héroïque du voyage de leurs parents. Soudain, ces derniers sont accueillis comme sujets de leur histoire. La reconnaissance du traumatisme souvent non-dit et transmis comme un corps radioactif, invisible et délétère aux enfants, permet à ceux-ci de s'en affranchir au moins en partie, tout au moins de ne plus en porter le poids. Le dispositif multiculturel offre une légitimité aux explications de l'infortune faisant intervenir, dans certains cas, le monde invisible, que les parents n'ont quasiment jamais l'occasion de partager avec des professionnels d'ici. L'accueil des histoires de sorcellerie, de possession, des âmes des ancêtres conduit progressivement les familles à aborder les conflits familiaux transgénérationnels, qui eux aussi pèsent sur les enfants. C'est dans ce contexte que des pères ont pu exprimer leur inquiétude, leur colère, leur désarroi devant la difficulté à éduquer leurs enfants en situation migratoire, entre violence éducative et renoncement, menace de renvoi au pays et finalement reconstruction narrative de la filiation, autorisant enfin une affiliation, aussi souhaitée que redoutée, au monde de la société d'accueil. Des dispositifs, des concepts et des méthodes qui peuvent contribuer à repenser la parentalité en situation migratoire.

Le dernier chapitre est celui de Christophe Adam : *La vulnérabilité des migrants, une opportunité pour former les soignants ?*. L'idée de ce chapitre vient d'abord d'un constat : les patients issus de la migration poussent les médecins à réfléchir, à bouger, à se questionner. S'agit-il d'un constat isolé ou d'une réalité partagée ? L'auteur s'appuie sur des ateliers de réflexion organisés avec ses confrères, médecins généralistes, sur un corpus de thèses de médecine générale soutenues depuis dix ans et des interviews de trois médecins grands témoins. Des points de convergence ressortent de ces données : la vulnérabilité est une préoccupation unanime chez les soignants. Les migrants sont des patients à haut risque de santé parmi d'autres, révélant aux soignants leur propre vulnérabilité dans le système de santé actuel. Les questions qu'ils posent sont complexes mais donnent l'occasion de croiser les regards avec d'autres compétences et de soigner autrement, avec des protocoles mais pas uniquement. Ils fournissent aussi une occasion de se former à une approche globale et interdisciplinaire d'une problématique de santé. Allons-nous alors saisir cette opportunité ?

Blandine Destremau avec Christophe Adam, Doris Bonnet, Agnès Lainé,
Delphine Leroy, Maria Teixeira et Simeng Wang

Références

- Agier M. *L'étranger qui vient. Repenser l'hospitalité*. Paris, Éditions du Seuil, 2018.
- Crignon-De Oliveira C, Gaille M. *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Réflexions critiques, analyses en contexte et perspectives historiques*. Paris, Seli Arslam, 2010.
- Desgrées du Lou A. « Migrations et santé : des (nouvelles) questions de santé publique au cœur des enjeux sociétaux », *Questions de santé publique 2018* ; 34 https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2019/01/IRSP-n%C2%B034.web_.pdf
- Desprès C. Signification du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. *Sciences sociales et santé* 2013 ; 31 : 71-96.
- Fassin D, Morice A, Quiminal C. Les lois de l'inhospitalité. *Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*. Paris, La découverte/Essais, 1997.
- Fassin D. *La vie. Mode d'emploi critique*. Paris, Éditions du Seuil, 2018.
- Gatinois C. Covid-19 : au printemps, chaque vie sauvée aurait « coûté » 6 millions d'euros. *Le Monde*, 28 octobre 2020. https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/10/28/covid-19-au-printemps-chaque-vie-sauvee-aurait-coute-6-millions-d-euros_6057637_823448.html
- Hamel C, Moisy M. « Migration et conditions de vie. Leur impact sur la santé », in Cris Beauchemin, Christelle Hamel et Patrick Simon : *Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France*. Éditions de l'INED (chapitre 9), 2016, pp. 263-287.
- HCSP. *Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris, La Documentation française, 2010.
- Lefève N, Thoreau F, Zimmer A. Introduction, in *Les humanités médicales*. Doin, 2020.
- Wihtol de Wenden C. *La question migratoire au XXI^e siècle. Migrants, réfugiés et relations internationales*. Paris, Presses de Sciences-Po, 2017.

Destremau B., Adam C., Bonnet Doris,
Lainé A., Leroy D., Teixeira M., Wang S.

Interroger le système de santé à la lumière
d'expériences de soins aux migrant.es :
introduction.

In Adam C. (ed.), Bonnet Doris (ed.),
Delanoë D. (ed.), Destremau B. (ed.), Lainé
A. (ed.), Leroy D. (ed.), Teixeira M. (ed.),
Wang S. (ed.), Régnier A. (préf.).

Migrations : une chance pour le système
de santé ? : (ré)humaniser le soin.

Arcueil (FRA) : Doin, 2022, 3-14.

(La Personne en Médecine). ISBN 978-2-
7040-1688-4