



HAL
open science

Jeux et enjeux de catégorisations : l'infirmier comme personnage-frontière en milieu hospitalier marocain.

Assia Boutaleb

► To cite this version:

Assia Boutaleb. Jeux et enjeux de catégorisations : l'infirmier comme personnage-frontière en milieu hospitalier marocain.. Penser les frontières sociales, Presses universitaires de Lyon, pp.65-82, 2019, 9782729711993. 10.4000/books.pul.29581 . hal-03965957

HAL Id: hal-03965957

<https://hal.science/hal-03965957>

Submitted on 31 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Version pré-publication

Jeux de catégorisations et enjeux d'accès : l'infirmier comme personnage-frontière en milieu hospitalier marocain.

Assia Boutaleb
Professeure de science politique
Université François Rabelais de Tours
LERAP/IRJI

Un infirmier s'adresse à une femme entre deux âges, voilée et vêtue d'une djellaba colorée et bon marché, qui attend pour une consultation : « Tu dois faire des analyses, le médecin il ne peut rien voir comme ça. Tes analyses, là, elles sont incomplètes. Moi je te le dis, il ne verra rien ».

La femme : « Que Dieu bénisse tes parents [*allah yarham el walidayn*]¹, à ton avis je dois faire quoi ? »

L'infirmier : « À mon avis tu attends de voir le médecin il te demandera des analyses et tu devras les faire et revenir, et c'est tout [*wa sâfi*]. »

La femme : « Et toi tu ne peux pas me les faire ? Tu me dis et je fais ce que tu écriras ».

L'infirmier : « Ah non, moi je ne le fais pas, je n'ai pas le carnet [de prescriptions]. Moi je suis comme vous, j'attends le médecin ».

La femme : « Mais ils ne nous disent pas. Comment on va faire nous ? Si je fais tout ça et qu'après, tout ce que j'ai c'est un rendez-vous... Les rendez-vous sont dans dix mois j'ai le temps de mourir ».

L'infirmier : « Et encore il peut y avoir des grèves... En septembre il y a beaucoup de congés et d'absences, essayes d'éviter septembre ».

La femme : « La dernière fois on est venu et on n'a vu personne ».

L'infirmier : « Oui il faut le savoir, il faut faire attention aux mois où tu viens. Il y a des choses à savoir, maintenant que je te l'ai dit, fais attention aux rendez-vous qu'on te donne ».

Ce dialogue entre une patiente et un infirmier a lieu dans la salle d'attente des consultations du Centre hospitalier universitaire (CHU) Ibn Sina de Rabat, la capitale marocaine. S'il est vrai qu'il est particulier en raison de l'identité sexuelle de l'infirmier², il n'en demeure pas moins représentatif des échanges et des interactions entre personnels de santé et usagers³ des

¹ Cette formule, très courante, sert à appuyer une demande. Elle s'énonce souvent sur le ton de la supplication et se décline, parfois, sur le mode affectif.

² En effet, la profession est, comme en France, marquée par une forte féminisation : 71% des infirmiers sont des femmes, alors que 70% des médecins sont des hommes, cf. Zoheir Maazi, « Parce que ce sont des femmes... le gouvernement ne répond pas aux demandes des infirmières », *Lakome.ma*, 20/02/2016 (en arabe).

³ J'utiliserai, dans ce qui suit, indifféremment les termes « patient » et « usager » pour désigner les personnes qui fréquentent l'hôpital pour des raisons médicales. Ceci autant pour marquer le fait que l'hôpital est un espace administratif que pour rendre compte de la spécificité du lieu d'où est issu le matériau empirique de cet article, à savoir la salle des consultations.

hôpitaux placés dans une situation d'attente de soins. Parce qu'il porte sur des demandes d'informations autant qu'il s'appuie sur des catégorisations relevant du sens commun délimitant des « eux » et des « nous » et arrimées à des assignations catégorielles, cet échange m'a semblé intéressant pour amorcer une réflexion sur la question des frontières explicites mais aussi implicites qui transparaissent dans les interactions médicales et au sein d'un milieu professionnel. Plus précisément, cet extrait dialogique invite à penser la « spécificité frontalière » du travail infirmier qui relève de l'intermédiation entre patients et médecins : membre de la même institution que les seconds, l'infirmier est, dans le même temps, plus proche socialement des premiers ce qui lui permet de surmonter les différences tenant à la structure de l'institution hospitalière. Il s'agira donc, ici, de réfléchir aux positionnements et aux jeux frontaliers que pratiquent et qui sont permis à cette catégorie de professionnels.

Il y aurait différentes manières d'envisager, dans le concret de l'interaction, les aspects de l'établissement ou de la délimitation des frontières qui ont cours au sein d'un système de soins. Certaines pourraient se baser sur une immersion prolongée au plus près des personnels soignants, d'autres se nourrir d'entretiens sociologiques, il n'en demeure pas moins qu'un aspect doit être mentionné : en contexte marocain, toutes ne seraient pas possibles et/ou permises. Face aux difficultés d'accès et aux contraintes du terrain, le chercheur doit souvent se contenter d'une collecte de données parcellaires, voire d'une ethnologie pointilliste, et de ce qui relève de « l'observation flottante »⁴. À partir d'un terrain restreint, à savoir une session d'observation in situ, je chercherai à retracer les modalités de la catégorisation transactionnelle qui s'opère lors des interactions au sein de l'hôpital et qui consacre, comme je le montrerai, l'infirmier⁵ comme personnage-frontière. En proposant la notion de personnage-frontière, il s'agira non seulement de prendre acte et de comprendre les dimensions de la multipositionnalité de l'infirmier, mais aussi de spécifier les rapports d'inclusion et d'exclusion qui opèrent catégoriellement lors des interactions. En cela, les travaux pionniers de F. Barth qui, le premier, a résolument dissocié le terme frontière de la catégorie du territoire et a invité à la penser comme processuelle et relationnelle⁶ constituent une inspiration évidente. Si ses intuitions proviennent de réflexions relatives aux identités culturelles ou ethniques, je montrerai leur pertinence dans le cadre d'identités professionnelles et sociales. Pour cela, la prise en compte du contexte est primordiale : que ce soit la multipositionnalité ou le marquage des frontières, les deux phénomènes sont situés et ne prennent sens que de manière interactionnelle. La délimitation des frontières, aussi mouvantes peuvent-elles être, est transactionnelle et renvoie à des catégorisations de sens commun qui signifient la proximité ou traduisent, au contraire, la distance. L'analyse de ce qui se joue dans l'interaction avec les « professions vouées aux services personnalisés », en termes de

⁴ L'observation flottante est une méthode adoptée par Colette Pétonnet dans ses travaux d'ethnologie urbaine. Elle « consiste à rester en toute circonstance vacante et disponible, à ne pas mobiliser l'attention sur un objet précis, mais à la laisser "flotter" afin que les informations la pénètrent sans filtre, sans a priori, jusqu'à ce que des points de repère, des convergences, apparaissent et que l'on parvienne alors à découvrir des règles sous-jacentes », Colette Pétonnet, « L'observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien », *L'Homme*, vol. 4, n° 22, 1982, p. 39.

⁵ J'utiliserai dans ce qui suit, sauf indications contraires, le masculin, essentiellement parce que le matériau recueilli, ici, fait une large place à un individu de ce genre.

⁶ Frederik Barth, « Les groupes ethniques et leurs frontières », in Philippe Poutignat, Jocelyne Streiff-Fenart, *Théories de l'ethnicité*, Paris, PUF, 1995 [1969], pp. 203-249.

proximité mais également de maintien des distances, est également nourrie par la sociologie goffmannienne⁷, avec toutes les précautions que suppose le fait de mobiliser des résultats forgés à propos de cette institution totale qu'est l'hôpital psychiatrique à laquelle est loin de ressembler un hôpital plus ordinaire comme un centre hospitalier universitaire.

Dans un premier temps, je discuterai de tout l'intérêt qu'il y a à penser l'hôpital comme un espace traversé de frontières différentes et je m'attarderai sur les spécificités du milieu hospitalier marocain. Dans un second temps, je montrerai que les catégorisations interactionnelles qui s'établissent s'arriment à des assignations faisant de l'infirmier le détenteur d'un savoir professionnel le rapprochant des médecins. Il est également, comme je le démontrerai dans un dernier temps, un individu partageant avec les usagers des expériences communes traduisant la proximité sociale.

Le milieu hospitalier et la question des frontières

Mener une réflexion sur les frontières à partir de ce terrain d'observation singulier qu'est un hôpital public n'est pas une démarche aussi saugrenue qu'il y paraît et ce pour au moins deux raisons. La première est, pourrait-on dire, d'ordre territorial et renvoie à l'acception la plus immédiate du terme frontière. Au sein de la ville, l'hôpital est bien un territoire délimité par des portails, parfois des grilles et souvent des murs d'enceinte. Au Maroc, plus qu'ailleurs sans doute, l'idée de limite vient immédiatement à l'esprit quand il s'agit d'en franchir le seuil : l'accès est contrôlé par des agents de sécurité et le passage implique de justifier d'une raison considérée comme valable, qu'elle soit médicale ou relationnelle⁸. La seconde est plus conceptuelle et renvoie à la manière dont l'hôpital a été saisi par les sociologues interactionnistes. Depuis les travaux d'Anselm Strauss, ce dernier est l'espace par excellence de « l'ordre négocié ». En tant que « lieu professionnalisé » où chaque catégorie professionnelle « occupe une position hiérarchique différenciée et joue un rôle spécifique dans la division globale du travail au sein de l'établissement »⁹, l'hôpital implique la nécessité d'une négociation permanente, en raison du caractère plus tacite qu'explicite des règles en vigueur. Que ce soit au sujet du placement des malades au sein d'un service ou du traitement médical en lui-même, tout relève d'ententes et de discussions, plus ou moins consensuelles, entre les différentes catégories professionnelles bien plus que de l'application de commandements stricts. À cela s'ajoutent les négociations entre le personnel soignant, les

⁷ Erving Goffman, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris : Editions de Minuit, 1972, 451p.

⁸ Ce contrôle de l'accès est loin d'être anecdotique et s'exerce de manière aussi vigoureuse que physionomique, dans le sens où il est plus pointilleux à l'égard de ceux qui ne paraissent pas, ni physiquement ni du point de vue de la tenue vestimentaire, appartenir aux catégories sociales des usagers habituels des hôpitaux, à savoir les catégories les plus défavorisées. Il faut au chercheur étranger pouvoir exciper d'une autorisation ou au minimum justifier d'un contact à l'intérieur justifiant l'accès à l'enceinte hospitalière, sous peine d'être purement et simplement refoulé. Pour une bonne discussion de l'importance, des difficultés et ambivalences de l'obtention d'une autorisation lorsqu'il s'agit de pousser les portes d'un milieu administratif marocain, je renvoie au travail de Nora El Qadim, qui travaillé à partir d'entretiens auprès d'agents administratifs en charge des questions migratoires et des négociations avec l'Union européenne, cf. Nora El Qadim, *Le gouvernement asymétrique des migrations*. Paris, Dalloz, 2015.

⁹ Anselm Strauss, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, L'Harmattan, 2014, p. 90.

patients et leurs familles. Bien qu'A. Strauss ne mobilise pas la notion, d'autres études¹⁰, notamment sur le travail infirmier, dans la lignée des travaux d'Everett C. Hugues¹¹, ont montré l'intérêt qu'il y a à porter attention aux frontières entre le travail des infirmiers et celui des autres types de personnel et, plus précisément, à s'intéresser aux conflits et négociations que soulève la délimitation de ces frontières. De fait, l'hôpital est ce lieu où la négociation, permanente et récurrente, porte pour beaucoup sur les frontières professionnelles, leurs délimitations et conséquemment sur les conflits de frontières, les processus de légitimation-dé légitimation des différentes activités qui font les métiers. Ainsi, parce que « zone de travail »¹², l'hôpital est l'un des lieux privilégiés d'observation des délimitations professionnelles. J'arguerai ici qu'il est aussi un site d'investigation du jeu sur des frontières plus symboliques, à savoir celles, subjectives, entre groupes sociaux. Cela tient tout autant aux spécificités de la division sociale du travail en son sein qu'aux caractéristiques sociales de ses usagers et de ses professionnels. En m'intéressant aux interactions entre personnels de santé et usagers, ce ne sont plus tant les délimitations professionnelles que je chercherai à mettre en évidence que les jeux sur les délimitations sociales qui nous renseignent sur le fait qu'un milieu professionnel est traversé de frontières sociales, énoncées et/ou affirmées dans les échanges. Tout un chacun peut avoir conscience ou même une connaissance intuitive de cette réalité sitôt le seuil d'un hôpital franchi. Force est de constater que peu de recherches, encore moins au sujet du milieu hospitalier marocain, sont consacrées à la description fine des modalités de négociation et des dimensions interactionnelles et transactionnelles de la catégorisation qui s'opèrent entre les différents acteurs.

La démonstration développée, ici, se base sur une séquence d'observation lors de l'attente de consultations au CHU Ibn Sina de la capitale marocaine. Quelques mots sur les spécificités de l'hôpital public marocain et plus spécialement des centres hospitaliers universitaires (CHU) sont nécessaires avant d'entrer dans le vif du sujet. S'ils sont, incontestablement, un des fleurons du système de santé marocain, ils en sont aussi une de ses faiblesses : au nombre de six sur le territoire, ces géants en termes de personnel et d'infrastructures restent localisés, avant comme après la colonisation¹³, dans les grandes villes du pays et concentrent l'essentiel des ressources au détriment des structures de soins locales ou même régionales. De fait, le

¹⁰ Dont celles, par exemple, de Françoise Acker sur les l'évolution de la profession infirmière, l'emploi et la formation des professions de santé, cf. Françoise Acker, *Configurations et reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital*, Rapport d'appel d'offres DREES-MiRe, CERMES, 2004, ou encore « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 1, 2005, pp. 161-181. Voir également Davina Allen, *The Changing Shape of Nursing Practice. The role of nurses in the hospital division of labor*, Routledge, 2001.

¹¹ Everett C. Hugues, *Le regard sociologique. Essais choisis*, textes rassemblés et présentés par J.-M. Chapoulie, Editions de l'EHESS, 1996, 344p.

¹² Andrew Abbott, *System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, Chicago University Press, 1988, 452p.

¹³ C'est dès la signature de la Convention de Tanger, en 1864 (soit un peu moins de 50 ans avant le protectorat français) qu'un hôpital français voit le jour dans cette même ville pour soigner les résidents français et les pauvres, cf. Joseph Lluís Mateo Dieste, Martin Beagles, *Health and Ritual in Morocco : Conceptions of the Body and Healing Practices*, Leiden / Boston, Brill, 2013, p. 205. Le ton est donné et « pour son bonheur comme pour son malheur, le Maroc a hérité du système de santé publique introduit dès 1912 par le protectorat français », Nicolas Brejon de Lavergnée, « De l'hôpital aux soins de santé de base : le cas du Maroc », in Gérard Salem, Emile Jeannée (eds.), *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Paris, ORSTOM, 1989, p. 367.

système de santé est pyramidal et hiérarchisé : les établissements de santé de base (à savoir les centres de santé au niveau local), les centres hospitaliers provinciaux puis régionaux sont chapeautés par les CHU qui traitent des urgences et des pathologies les plus graves. Pour les pouvoirs publics, une telle régionalisation est faite pour contenir les soins routiniers au niveau local. Pratiquement, et compte tenu des pénuries de matériel et de médicaments aux niveaux local et régional, la majorité des malades sont amenés au CHU pour des soins de base. Ce système se caractérise par sa lourdeur et par la prééminence du réseau hospitalier sur le réseau ambulatoire. Il est également concurrencé par un système privé de cliniques qui attirent les malades en capacité de payer de fortes sommes afin de contourner les structures de soins publiques. Pour le dire autrement, l'hôpital public est le seul recours pour les pauvres et, exception faite des traitements qui nécessitent des infrastructures coûteuses ou de pointe que le secteur public est souvent le seul à posséder, les personnes de milieux sociaux favorisés n'ont que peu de raison de fréquenter l'enceinte hospitalière publique.

Comme dans la plupart des pays du Tiers monde en général et du monde arabe en particulier, le Maroc connaît ainsi un système à deux vitesses qui a des répercussions évidentes et attendues sur les performances du service public, en termes de profits financiers mais également en termes de préférence voire de fuite de personnels de santé formés par l'État pour et vers le secteur privé. C'est un sujet, de plus en plus débattu au Maroc¹⁴ mais qui ne nous retiendra pas plus longtemps. S'il en est fait mention, cela n'a d'autre objectif que d'insister sur le fait que c'est au CHU que se concentre l'essentiel des problématiques de la santé au Maroc et que cette structure constitue un condensé des dysfonctionnements de tout un système de soins, encore accentués par l'introduction du Régime d'assurance médicale (RAMED) en 2012. Initialement et encore largement organisé sur une base assistantielle, le système de soins connaît, actuellement, une évolution vers une logique contributive, à savoir assurantielle. À la suite de la mise en place de l'Assurance maladie obligatoire (AMO), le Maroc a mis en œuvre un dispositif d'assurance santé destinée à la population la plus pauvre. Remplaçant le certificat d'indigence, en usage depuis le protectorat¹⁵ et jusqu'à la généralisation du RAMED en 2012, la détention d'une « carte RAMED » permet l'accès aux soins dans les structures publiques et a entraîné une hausse très significative du nombre de patients des CHU¹⁶. Il est vrai que l'hôpital marocain connaît un certain nombre de réformes

¹⁴ Notamment par certains professionnels de la santé qui fustigent les applications anarchiques et dommageables pour le service public du Temps plein aménagé qui autorise les médecins de ce secteur à cumuler leurs fonctions avec un emploi dans les structures privées de santé, à l'instar du récent ouvrage d'un professeur de neurochirurgie au CHU Avicennes de Rabat, cf. Abdeslam El Kamlichi, *CHU en détresse. Formation médicale en danger*, Casablanca, Editions La croisée des chemins, 2014.

¹⁵ Daniel Rivet, « Hygiénisme colonial et médicalisation de la société marocaine au temps du protectorat français, 1912-1956 », in Elisabeth Longuenesse (dir.), *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, Paris, L'Harmattan, 1995, pp. 105-128.

¹⁶ Pour des raisons liées, d'une part, aux modalités d'attribution de la « carte RAMED » par une commission locale composée de fonctionnaires (dont des représentants du ministère de l'Intérieur) et non plus par le *moqaddem* du quartier, fonctionnaire territorial appartenant au ministère de l'Intérieur, comme c'était le cas pour la carte d'indigence, le recours à ce dispositif a été massif et a largement dépassé les prévisions des autorités en charge de la généralisation du dispositif. D'autre part, l'intervention directe du roi ayant été visible et remarquée, le RAMED est perçu, par les bénéficiaires, comme un « droit donné par le roi » et véhicule moins de stigmatisation que pouvait susciter le fait de relever de l'indigence comme par le passé. Ceci dit sans vouloir minimiser, non plus, les épreuves et les problèmes qui persistent lors de la procédure d'obtention de la carte.

managériales, à l'instar de celles qui ont touché les structures de soins françaises¹⁷, mais se sont ajoutés, en plus, les effets de la mise en œuvre du dispositif de gratuité des soins en termes de transformation des profils socio-économiques des usagers et d'augmentation des procédures administratives¹⁸. C'est là une réalité perceptible et perçue par les différentes catégories des professionnels de la santé mais aussi des usagers de l'hôpital, réalité qui engendre un certain nombre de tensions, qu'elles soient issues de la fatigue d'un personnel surchargé ou des ressentiments d'un public qui se sent maltraité ou, à tout le moins, peu pris en charge. À titre d'illustration rapide, les propos de cette infirmière du CHU de Fès sont assez représentatifs de l'opinion qui prévaut parmi les personnels de santé : « Les ramedistes¹⁹ sont ingrats. Le RAMED leur rend un grand service, pourtant quand ils viennent ici, ils crient et ils disent qu'on ne fait pas bien notre travail. Avant ils n'avaient rien et ils ne disaient rien »²⁰.

Orienter, conseiller plus que soigner : quand l'infirmier rencontre le patient dans un environnement contraint

Dans le cadre d'une collaboration avec l'Observatoire national du développement humain (ONDH) sur, entre autres, les effets du Régime d'assurance médicale (RAMED)²¹ sur la gestion hospitalière²², j'ai été amenée à suivre des bénéficiaires dans leurs démarches et leur prise en charge au sein du CHU. Il s'agira de décrire ce que signifient dans ce cas spécifique les positions de frontières.

Accompagnant Halima, une bénéficiaire de 53 ans, pour une consultation de cardiologie, j'entre avec elle dans le bâtiment qui jouxte celui des admissions à l'entrée de l'hôpital. Le rez-de-chaussée est dédié aux procédures administratives qui consistent à s'enregistrer en tant que ramediste et à obtenir un bon de consultation en échange du récépissé de rendez-vous obtenu, parfois, des mois auparavant. Ce n'est qu'une fois ces formalités accomplies, dans un brouhaha et une cohue conséquents, que l'accès au deuxième étage, où se trouvent les salles de consultation, est autorisé. En haut des escaliers et marquant l'arrivée à l'étage, une infirmière, derrière un simple bureau, vérifie une nouvelle fois les papiers, en garde certains sur une pile qui s'entasse devant elle et indique, mollement, une direction : une des nombreuses portes des salles de consultation devant lesquelles des gens attendent déjà sur des chaises en plastique. Il y a là la manifestation du rapport le plus immédiat, entre cette

¹⁷ Cf. Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010.

¹⁸ Ce qui a été analysé à propos d'autres exemples africains, cf. Jean-Pierre Olivier de Sardan, Valéry Ridde, « L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. Les contradictions des politiques publiques », *Afrique contemporaine*, vol. 3, n°243, pp. 11-32. Un bon nombre de constats sur le fonctionnement chaotique et les effets de gouvernance du dispositif se retrouve dans le cas marocain.

¹⁹ Néologisme forgé pour désigner tout détenteur d'une carte du RAMED donnant accès à des soins gratuits.

²⁰ Juin 2015. Fès est la troisième ville du pays en termes de population et le CHU est l'un des plus modernes et des plus récents.

²¹ Dispositif de gratuité des soins pour les plus démunis, équivalent marocain de la CMU, j'y reviendrai.

²² Collaboration entre le Laboratoire international associé au CNRS (LIA) de Rabat et l'Observatoire, cette institution s'est révélée indispensable pour l'obtention des autorisations permettant d'effectuer des enquêtes ethnographiques au sein des administrations marocaines. Cette collaboration a donné lieu à un rapport, cf. Jean-Noël Ferrié, Saadia Radia, Assia Boutaleb (coord.), *rapport sur la gestion et la gouvernance hospitalière du RAMED. Une enquête multisituée*, Rabat : LIA/ONDH, décembre 2015.

catégorie professionnelle et la notion de frontière : le fait qu'elle joue le rôle de garde-frontière, au sens le plus concret du terme. Par des vérifications administratives, l'infirmière autorise (ou pas), très concrètement, le passage en un lieu précis de l'hôpital auquel seules les personnes habilitées ont accès. Pour les usagers, l'importance du personnel infirmier se joue en grande partie là. Tributaires des indications fournies par les infirmières, soumis également à leur bonne volonté, il n'est pas rare de voir les patients chercher à entrer dans leurs bonnes grâces en se faisant dociles ou très respectueux, ou de les entendre, comme on le verra plus loin, se livrer à des surinterprétations quant au caractère supposé de ces dernières. Ainsi, telle infirmière sera décrite comme « méchante [*q'biha*] », telle autre comme « n'aimant que les cadeaux »²³ quand une troisième est considérée comme « humaine et gentille ». Au-delà de ces jeux de catégorisation, et bien souvent de stigmatisation, il n'en demeure pas moins que la circulation au sein de l'enceinte hospitalière, la localisation des bons services et l'orientation vers les soins sont autant d'étapes au sein desquelles les infirmières ont un rôle déterminant. Elles sanctionnent les parcours et habilite les passages : c'est l'une des caractéristiques de ce que je désigne par personnage-frontière.

Pour en revenir à notre propre situation, force est de constater que, du franchissement du seuil de la salle des consultations à la visite médicale à proprement parler, il y a loin. Dans notre cas, l'attente va durer quatre heures. Elle sera ponctuée de discussions avec d'autres patientes et d'une interaction, assez longue, avec un infirmier. Avant d'en dire plus sur cette dernière, un mot sur ce qui constitue la situation d'attente. Reposant sur la coprésence d'individus partageant le même but, elle est toute entière faite d'échanges informels qui permettent de palier l'absence d'informations et de constituer des savoirs implicites sur les procédures ou les spécificités du milieu hospitalier²⁴. De fait, les patients qui attendent sont très peu informés de la suite des opérations ou de ce qu'ils sont censés faire, que ce soit en raison d'une signalétique défailante sinon absente, ou du comportement du personnel de santé, trop occupé ou lui-même peu au fait des horaires de présence des médecins. Quoi qu'il en soit, dans cette situation, les gens discutent beaucoup pour atténuer le sentiment, réel, d'être « livrés à eux-mêmes ». Le moindre geste ou changement de comportement du personnel infirmier donne lieu à des interprétations diverses, les patients s'observent en cherchant à discerner la marche à suivre ou en se demandant pourquoi telle personne entre dans telle salle. C'est donc une attente loin d'être sereine, plus fébrile qu'apaisée : si tout est matière à interprétation c'est que rien n'est explicite. Dans ce contexte où nulle indication n'existe sur les heures de passage ou même sur la présence ou l'absence du médecin, l'événement par excellence, ou du moins ce qui vient meubler l'attente, c'est l'arrivée et la discussion avec un membre du personnel de soins, ici un infirmier qui, absence des médecins oblige, semble tout aussi désœuvré que les patients. Habillé de manière simple, le seul signe qui le différencie des patients est la blouse blanche qu'il arbore mais qui ne suffit pas à l'assimiler à un médecin. En effet, son âge et son maintien préviennent toute confusion : trop âgé pour être un interne et trop décontracté pour être un médecin. D'ailleurs aucune de ses interlocutrices ne s'y trompe

²³ La référence, ici, à la corruption est nette : force est de constater que dans les perceptions des gens la corruption est une évidence dans les administrations, en général et l'hôpital en particulier, et qu'elle explique les refus et l'allongement des délais d'attente.

²⁴ Hannah Gilbert, « Regards croisés dans la salle d'attente d'un hôpital : un lieu de fabrication des connaissances durables », *Quaderni*, n° 68, hiver 2008-2009, pp. 91-94.

et elles s'adressent à lui de manière tout aussi simple qu'il le fait avec elles. Dans la situation d'attente, l'interaction avec un infirmier que l'on n'a pas sollicité est vue comme un signe positif et l'accueil est aimable : cela indique que l'on ne se contente pas d'attendre mais que quelqu'un, au moins, sait que l'on attend.

L'infirmier à Halima : « Alors, *El Hajja*²⁵, tu es là pour le cœur ? »

Halima : « Oui, c'est la première fois que je passe ici. Ils m'ont envoyé de l'hôpital où j'ai dormi [*na'ast* dormir signifie être hospitalisé]. Ils m'ont mis à la maternité, ils ont dit qu'il n'y avait pas de place. À la maternité... à mon âge (elle rit) ».

L'infirmier : « Oui ça arrive... Tu crois qu'on fait ce qu'on veut ? C'est comme ça, ça arrive... Et t'as le certificat de résidence et la carte nationale [d'identité] ? Montre-moi... ah tu as le RAMED aussi... *meziane* [c'est bien] tu as tout »

Halima (sortant les papiers de la pochette qu'elle garde serrée contre elle) : « Oui j'ai tout, tu as vu, j'ai tout et ceux d'en bas ont tout vérifié ».

L'infirmier : « Et tu as fait une télé [terme pour dire la radio] là-bas, ils ont vu ? »

Halima : « Oui, oui, ils ont tout vu (de son sac, elle sort des papiers d'hospitalisation et des radios) Ils m'ont dit que j'ai les artères trop larges, les tuyaux du cœur ils m'ont dit qu'ils étaient trop larges alors je me fatigue beaucoup. Celle qui m'a fait passer m'a dit de ne pas avoir peur, tous les Marocains ont ça. Depuis ça fait un an et demi et j'espère que tout va bien ».

L'infirmier : « Ils t'ont donné quelque chose ? »

Halima : « Ils ne m'ont rien donné ni médicaments ni rien ».

L'infirmier : « Ils t'ont fait l'écho[graphie] ? »

Halima : « Oui ils m'ont tout fait mais ça fait un an et demi. Regarde, tu peux voir... »

L'infirmier : « C'est vrai ce n'est pas trop grave et ils le voient à l'écho ».

Halima : « Et que dois-je faire ? Quand je vais passer chez le médecin il me fera une écho ou quoi ? ».

L'infirmier : « Le médecin est toujours pas là, on devrait l'appeler au téléphone ou je ne sais pas (il regarde autour de lui). L'échographie c'est là-bas (il indique une direction sur la gauche) mais ça c'est le médecin qui te le dira. Il verra ton dossier et il te dira. Il verra tes antécédents et tout ... Oui le dossier que tu m'as montré ».

Outre l'empressement de Halima à répondre aux questions posées par l'infirmier et à narrer sa carrière de malade, il est intéressant de relever, dans cet échange, comme dans celui cité en introduction, la demande de conseils, la sollicitation adressée par Halima à celui qui est catégorisé comme professionnel. De fait, plus que la vérification des papiers c'est par la mobilisation d'un vocabulaire technique, aussi rudimentaire ou superficiel soit-il, que la catégorisation se marque et qu'elle se traduit par toute une gamme de pratiques concrètes et de propos précis. Le langage montre la maîtrise ou du moins la proximité avec un savoir professionnel qui marque la frontière entre celui qui sait (l'infirmier) et celui ou celle qui ne sait pas (le ou la patient.e en attente de soins). C'est en cela que l'assignation catégorielle dont il est question dans cet extrait traduit une délimitation arrimée à de l'information pratique (le lieu de la radio) ou à la détention de connaissances techniques (la capacité de lire une radio). C'est le différentiel cognitif qui fait de l'infirmier le personnage-frontière susceptible

²⁵ Littéralement, titre donné à une personne ayant accompli le pèlerinage à la Mecque (*hajj*). Plus généralement marque de respect lorsque l'on s'adresse à une personne âgée.

d'orienter, de conseiller voire de prescrire (si cela avait été possible) sans être pour autant le médecin auquel il est difficile (compte tenu des délais d'attente ou de l'absence) d'accéder. Ainsi, ce qui se donne à voir, ici, est tout autant le gardiennage des frontières qu'une délimitation différente des frontières établissant une proximité entre infirmiers et médecins.

Si le fait de détenir des informations pertinentes délimite la frontière entre infirmiers et patients, ce sont les caractéristiques sociales qui vont en manifester la porosité. Pour le dire autrement, socialement, les infirmiers et les patients ont plus de traits en commun qu'avec les médecins. Ce qui produit un brouillage certain des frontières entre le rôle professionnel et le rôle social. Comme le relevait E. Goffman, quand le personnel partage la même culture et la même origine sociale que les reclus, « il leur est souvent difficile de maintenir les distances que leur impose leur charge »²⁶. Dire que le brouillage se produit signifie que d'autres frontières, sans doute tout aussi importantes, sont à l'œuvre.

« Les gens comme nous » ou quand les frontières se brouillent

Comme il en a été fait mention, c'est dans un contexte contraint et problématique que les personnels de santé exercent leurs métiers et il est peu de dire qu'aujourd'hui, encore plus qu'hier, l'accroissement de la demande rencontre une stagnation, voire une dégradation, de l'offre. Le déficit en personnels est patent, notamment au niveau infirmier. Régulièrement mise en avant dans la presse et point de cristallisation des revendications qui se traduisent par des grèves sporadiques et des sit-ins²⁷, la situation est objectivée par les organisations internationales, dont l'Organisation mondiale de la santé qui, en 2012 place le Maroc parmi les 57 pays qui connaissent un déficit chronique du personnel médical. Avec 1,64 personnel soignant pour 1000 habitants en 2007, le royaume chérifien compte sept fois moins de médecins, infirmiers et techniciens que la France sur la période 2002-2007. L'Association marocaine des sciences infirmières et techniques sanitaires (AMSITS) estimait, en 2015, que le besoin en personnel infirmier s'élevait à 9 000 nouveaux recrutements²⁸. Or le gouvernement ne consacre qu'environ 2000 postes budgétaires, depuis 2009, pour tout le secteur de la santé. Non seulement les départs à la retraite ne sont pas remplacés mais les démissions encore moins, tant et si bien que de 2011 à 2014, on enregistre une suppression de 840 postes infirmiers au niveau national²⁹.

L'une des conséquences de ce contexte de crise du système de santé et de pénurie en termes de ressources humaines est que les difficultés à accomplir son métier imposent des tâches bien souvent étrangères aux profils de postes. Ainsi, par exemple, faute de brancardiers, des médecins se retrouvent à conduire les patients vers les salles d'examen. La nécessité de plus en plus impérieuse de cumuler les fonctions pour accomplir le moindre soin affleure très régulièrement dans les propos des personnels de santé. Souvent décriée, parfois présentée comme une fatalité, cette dimension est toujours avancée comme l'un des symptômes de la crise qui touche tous les corps de métiers. Dans un témoignage récent, un neurochirurgien

²⁶ Erving Goffman, *op. cit.*, p. 174.

²⁷ Mohamed Amine Hafidi, « Les infirmiers font entendre leurs voix », *Le Matin*, 17/02/2016.

²⁸ Mohamed Amine Hafidi, « Déficit chronique en personnel infirmier », *Le Matin*, 11/11/2015.

²⁹ Zoheir Maazi, « Les infirmiers : ces mal-aimés du ministère de la Santé », *Libération*, 17/03/2014.

marocain³⁰ revient à plusieurs reprises dans la description de l'exercice de sa profession sur la multiplicité des casquettes qu'il doit arborer pour tenter de mener à bien ne serait-ce qu'une partie de son métier : « Voilà à quoi tu en es réduit : tu laisses ton job et tu fais le négociateur, l'agent social, le brancardier, l'infirmier, l'agent de sécurité... »³¹ ; « pas de tondeuse à cheveux, juste une lame de bistouri et un antiseptique mousseux pour le [le patient à opérer] raser. Et surtout personne d'autre que moi pour le faire. Je me penche sur le patient et je me transforme en Fati la coiffeuse [...]. Au moins, je sais quel métier je ferai si jamais cela ne marche pas en neurochirurgie »³². Plus souvent qu'à leur tour, les gestionnaires des hôpitaux sont amenés à mettre en place, si ce n'est une politique générale, du moins des mesures locales pour pallier le manque de ressources humaines. Ainsi, il n'est pas rare que certains d'entre eux aient opté pour la promotion d'aides-soignants au grade d'infirmiers. C'est le cas de l'hôpital Ibn Sina qui, selon nos informations, a procédé de la sorte au début des années 2000³³. Dans cette institution, le personnel infirmier est composé d'individus qui, pour beaucoup, sont d'anciens aides-soignants n'ayant pas eu la formation académique nécessaire et partageant avec les usagers un positionnement proche du point de vue des stratifications socio-économiques. Bien que ce point mériterait une analyse plus approfondie et sans pouvoir, ici, entamer une discussion poussée sur les modalités d'objectivation de l'appartenance sociale et les débats qu'elles suscitent, je me contenterai de préciser que les aides-soignants sont, en général, payés au SMIG (salaire minimum interprofessionnel garanti, équivalent du SMIC français) fixé autour de 2 570 DH par mois³⁴ (soit autour de 238 euros par mois) en temps complet³⁵. Sachant que les temps partiels sont très répandus dans cette profession largement féminisée, les niveaux de rémunération se situent, au final, dans une moyenne basse et pas tellement éloignée des moyennes fixées comme critères d'éligibilité au RAMED³⁶. Dès lors, les classements en termes de « eux » et de « nous » sont encore renforcés et se déclinent de manière aussi diversifiée qu'intéressante pour aller plus loin dans la réflexion sur les frontières.

Si l'on revient à la scène observée, le dialogue se poursuit par un échange d'anecdotes et de narrations d'expériences qui vont se révéler plus communes que l'on pourrait croire.

³⁰ Mohammed Zaari Jabiri, *Les chroniques d'un neurochirurgien « schizophrène ». La voix des sans-voix d'un système de santé à deux vitesses*, Québec : Presses Inter Universitaires, 2015. Mentionnons juste le fait que si l'ouvrage est publié au Canada et diffusé au Maroc par le Centre Culturel Arabe de Casablanca c'est qu'après des années de pratiques durant lesquelles il a publié un blog (dont est issu l'ouvrage) retraçant ses (més)aventures avec une tonalité très critique, le médecin s'est exilé au Canada où il est devenu résident en psychiatrie.

³¹ *Ibid*, p. 14.

³² *Ibid*, p. 50.

³³ Cette information est issue de conversations avec divers gestionnaires. Celle-ci ne faisant pas l'objet d'une mesure exacte ou d'une recension particulière dans les données disponibles, je ne peux en donner un ordre de grandeur.

³⁴ Soit 13,46 DH par heure de travail, sachant que la durée légale du travail est de 44h/semaine au Maroc.

³⁵ Selon des informations personnelles recueillies lors de l'enquête, le salaire de départ d'un infirmier recruté dans le public est de 5 000 DH (environ 462 euros).

³⁶ Les critères d'éligibilité au RAMED sont nombreux, calculés sur les indices de pauvreté ou selon des scores établis sur la base des conditions de vie des ménages. En milieu urbain, il en est un qui s'énonce de manière précise : avoir un revenu annuel inférieur ou égal à 5 650 DH par personne composant le ménage après pondération du revenu déclaré. Le respect d'au moins un de ces critères permet de bénéficier du régime d'assurance.

Halima : « Une fois, je suis allée aux urgences et je suis restée dormir, mais je t'assure là-bas c'est moche [*khayb*]. C'est vraiment moche, là-bas ils m'ont volée, ils m'ont tout pris même la carte nationale ».

L'infirmier (baisse la voix) : « Tu avais une *wasta* [du piston, une recommandation] ? ».

Halima : « Non je n'avais pas que mon argent. Il y a eu de l'argent et tout [elle a payé des pots-de-vin] mais je n'ai pas eu plus [de soins] ».

L'infirmier : « Quand tu n'as pas de *wasta*, ils t'expédient très vite, c'est pour ça qu'on les appelle les urgences (ils rient). Mais c'est partout pareil de toute façon ».

Halima : « Ah oui, ça c'est sûr ! Si tu vas à l'hôpital il te faut des relations, si tu vas à la *mouqata'a* [préfecture] pour faire des papiers il te faut de l'argent... »

L'infirmier (soupire et termine sa phrase) : « Eh oui, tu vas au commissariat pour un simple constat, il te faut des relations... Il te faut des gens [*khassek nâs*], pour tout, pour tout maintenant. Les gens comme nous, les gens qui n'ont rien, on les torture [*yit'adbou*] ».

Halima : « Exactement... Alors j'ai dû refaire ma carte nationale, j'ai pris ma journée, heureusement ma patronne m'a donné la journée [elle est femme de ménage]. Je suis allée à la *mouqata'a*, il me fallait une attestation de résidence, alors j'ai dû aller voir le *moqaddem*³⁷ puis revenir et tout, il m'a fallu un jour entier. Il faut payer le *moqaddem* puis après ceux qui te prennent les empreintes et puis c'est quand ils veulent... J'ai attendu, et vraiment ils te traitent mal, vraiment tu les déranges alors qu'ils prennent ton argent. Et pour les empreintes ils te font passer ici et revenir là et repartir... ».

L'infirmier : « Oh ça *kayen* [ça existe] eh oui ça existe, ça existe ça [*kayna*]. Moi c'est pour la voiture, la carte grise... Avec les gens comme nous, tout le monde en profite, le *moqaddem*, au guichet, les empreintes, l'assurance... A la fin, la voiture tu ne sais plus combien elle te coûte ! »

[Ils se taisent un instant]

Halima : « Toi tu es gentil, ceux qui sont en bas [au rez-de-chaussée où se trouvent les guichets administratifs] sont tous difficiles et sévères. Ceux d'en bas sont méchants, vraiment tous. Pour avoir le rendez-vous, je suis venue un vendredi, il pleuvait, il y avait des cris et c'était les infirmières qui criaient contre tout le monde. La pluie passait à l'intérieur, les gens, *meskin* [les pauvres] ils étaient tout mouillés et elles, elles criaient ».

L'infirmier : « Mais c'est plus dur en bas. Tu sais, en bas ou en haut, c'est pareil, le travail est difficile. Avec les patients aussi c'est dur ici ».

Halima : « Mais il y en a qui n'aident pas ».

L'infirmier : « Oui, *kayen*... Comme partout. De toute façon, il ne faut pas venir le vendredi ».

Halima : « Mais c'est eux qui m'ont donné le rendez-vous ».

Infirmier : « Mais il faut éviter le vendredi ».

Halima : « Moi j'aurais préféré le mercredi mais tu ne choisis pas. C'est la dame en bas qui décide ».

³⁷ Auxiliaire du ministère de l'Intérieur, le *moqaddem* relève de l'administration territoriale. Présent dans tous les arrondissements des villes et dans chaque village, il est placé sous l'autorité du *Caid*, lui-même représentant du gouverneur. Tout en bas de l'échelle de l'administration territoriale, il est pourtant celui qui délivre les documents administratifs indispensables à l'état civil : certificat de résidence, de vie, de célibat, etc. D'un statut flou, intégré à la fonction publique en 2012 seulement, il est en fait agent de renseignement tant il est au fait de tout ce qui se passe dans son quartier.

Infirmier : « Oui mais maintenant tu le sais, si tu veux lui dire de faire quelque chose pour toi [et donc lui donner de l'argent]. Parce que je t'explique les médecins ils sont professeurs et alors leur emploi du temps est plein et puis ils ont d'autres consultations ailleurs ».

Le jeu catégoriel est encore renforcé dans cet échange d'anecdotes qui montre la proximité entre l'infirmier et les usagers, proximité qui se traduit par le fait que les uns et l'autre partagent une communauté de destins manifestée par les mêmes souffrances et obstacles lors des interactions administratives. L'infirmier comme les patientes connaissent le même sort quand il s'agit de faire valoir leurs droits auprès des administrations centrales, du fait essentiellement de leur appartenance à des milieux sociaux proches, si ce n'est similaires. Cela se traduit par des inférences de similarités, dans ce cas, qui reproduisent indirectement des systèmes de typifications. La frontière qui mettait l'infirmier du côté des médecins, sans s'effacer complètement, s'estompe. Ce faisant, il s'opère une reconfiguration nouvelle des délimitations, incluant cette fois le professionnel de santé dans le groupe des patient.e.s. Dans l'interaction se donne ainsi à voir un traçage de frontières subjectives qui évolue en fonction des informations partagées. Comme le précise M. Lamont, de telles frontières « ne sont pas créées ex-nihilo ; elles préexistent généralement aux interactions situées et sont déterminées par les ressources culturelles disponibles et par les contraintes spatiales, géographiques et socio-culturelles qui pèsent sur les individus »³⁸.

Ces assignations inclusives trouvent, toutefois, leurs limites du fait de la réaffirmation, à la fin de ce dialogue, de l'appartenance professionnelle. En effet, il est intéressant de relever que « le nouvel inclus » va prendre la défense de ses collègues [du rez-de-chaussée] sinon pour excuser leur comportement mais, au moins, pour signifier la pénibilité du travail qu'ils exercent en commun. Ce bémol signifié relève moins, à mon sens, de la primauté des frontières professionnelles sur les frontières sociales qu'il ne signale le caractère réversible des logiques d'inclusion ou d'exclusion dont elles sont porteuses, logiques toujours solidement arrimées à un contexte et à une interaction sociale précise.

De fait et comme pour illustrer cette volatilité, un incident survient à peine quelques instants après que l'infirmier nous ait quittées. Toujours dans l'attente du médecin, un esclandre nous parvient de la salle du bas. Compte-tenu de la configuration architecturale, les patientes et moi nous approchons de la galerie du premier étage pour voir ce qu'il se passe à l'étage inférieur. Une altercation a lieu entre une infirmière et un patient venu avec des béquilles et un plâtre au pied droit. Il est aisé, en écoutant les cris et les interjections de reconstituer la scène. Venu consulter, l'homme s'est assis sur une chaise, en attendant la finalisation des démarches administratives, en étendant sa jambe blessée et ses béquilles. Passant devant lui et pressée, une infirmière a buté sur les secondes et a tapé dans la première. Le ton monte vite et les insultes fusent, les plus grossières viennent de l'homme qui reproche à l'infirmière de ne pas s'être excusée. Bientôt des gens s'en mêlent puis se dispersent mais les spectateurs commentent encore pour un bon moment. Les personnes autour de moi prennent fait et cause pour l'éclopé et n'ont pas de mots assez durs envers l'infirmière : « Elle aurait dû s'excuser, il

³⁸ Michèle Lamont, *La morale et l'argent. Les valeurs des cadres en France et aux Etats-Unis*, Paris, Métailié, 1994, pp. 35.

a bien raison de lui en faire voir », « Non mais pour qui elles se prennent ? », « Bien fait pour elle, il y en a marre de cette manière de traiter les gens ». Il n'est pas question ici d'une quelconque indulgence ou compréhension en faveur de l'infirmière en vertu d'une proximité sociale supposée³⁹. Le tout récent échange avec l'infirmier précédent ne les incite pas moins à émettre des jugements quant aux torts et aux raisons des protagonistes. Et dans ce cas, ce sont les assignations d'appartenance au monde de l'hôpital qui priment, à savoir que les infirmières et infirmiers sont ici considérés avant tout comme personnels d'une administration souvent peu clémentine avec les usagers. Dès lors, la solidarité joue en dehors de toute prise en compte des appartenances sociales. Ainsi, profondément marquées par les situations, les frontières symboliques sont constamment établies pour inclure ou exclure, rapprocher ou distancier, et même sympathiser ou mettre à l'index.

Quoi qu'il en soit et au-delà de la dernière scène, l'échange entre l'infirmier et les patientes en attente de soins ainsi que les observations menées, permettent de caractériser la notion de personnage-frontière tel qu'il se donne à voir en milieu hospitalier. Il est tout d'abord celui qui connaît l'emplacement des frontières pratiques de l'hôpital. Aussi bien non figurées et symboliques que physiquement signalées, ces dernières sont toutes, à leur niveau, plus ou moins contraignantes : qu'elles configurent tel lieu auquel ne peuvent accéder que les détenteurs des justificatifs idoines, qu'elles délimitent tel espace réservé aux médecins ou qu'elles circonscrivent tel endroit où sont cantonnés les patients, toutes participent du savoir pratique de ces protagonistes. Mais la dimension de gardiennage n'épuise pas leur spécificité. Socialement proches des patients et usagers de l'hôpital public, ils sont, dans le même temps, dotés d'un savoir technique, aussi rudimentaire soit-il, et, dans le milieu hospitalier *per se*, sont catégorisés comme professionnels à l'instar des médecins. Ces deux dimensions, la proximité sociale avec le public et la mobilisation de connaissances techniques, relatives à un savoir médical mais aussi aux jeux et règles informels des coulisses de l'hôpital, donnent lieu à des phénomènes d'assignation parfois inclusive (quand l'infirmier est considéré par les patients comme étant « comme nous »), parfois exclusive (quand, à l'inverse, il est rangé catégoriellement avec les médecins ou les administratifs), qui viennent brouiller les frontières, à tout le moins qui les font bouger dans le cours pratique des actions.

Il est dans les administrations marocaines de nombreuses personnes, parfois difficilement identifiables hiérarchiquement mais bien présentes, qui entrent dans cette catégorie de personnage-frontière. Orientant et autorisant (ou pas) les passages, elles proviennent des mêmes milieux sociaux que les usagers. Proches d'eux du point de vue des origines et des positions sociales, elles sont, contrairement à eux, détentrices d'un savoir du quotidien administratif consistant à identifier quel bureau est le plus indiqué pour telle démarche ou encore qui voir pour tel dossier ou telle doléance, et *a contrario* retarder le service voire éconduire. À l'entrée des bureaux, devant les guichets ou en faction dans les couloirs, ces

³⁹ Il ne serait pas totalement saugrenu de penser que l'identité sexuelle n'est pas pour rien dans les commentaires critiques : non que les gens seraient enclins à donner raison à un homme mais plus exactement parce que les infirmières de sexe féminin qui, redisons-le, constituent la majorité du personnel et, de ce fait, sont celles qui interagissent le plus avec les usagers, focalisent les critiques et les jugements les plus acerbes.

personnes renseignent et indiquent, parfois elles organisent les ordres de passage et sont déterminantes dans l'obtention d'informations pratiques. Pas nécessairement rattachées à une fonction ou un grade précis, elles sont identifiables par leur présence quotidienne et leurs connaissances. C'est à elles que l'usager démuni ou perplexe s'adressera en premier lieu : moins intimidantes que les fonctionnaires derrière leurs guichets, moins ignorantes des procédures que les agents de sécurité ou les policiers chargés de surveiller les lieux, elles sont autant de personnages qui facilitent les choses et fluidifient les passages et les rapports à l'administration. Du fait de leur multipositionnalité, elles remplissent une mission d'intermédiation dans ces univers administratifs considérés comme opaques, imprévisibles et sans règles facilement décryptables. Fréquents dans les préfectures, les tribunaux⁴⁰ ou les commissariats, ces personnages-frontières se présentent, dans les hôpitaux, sous les traits des infirmiers et/ou des aides-soignants. Que l'on pousse la porte de ce type d'administration contrainte, et l'importance du rôle joué par ces personnages ne pourra qu'apparaître cruciale. Nul doute que des analyses plus poussées ne peuvent être, en ce domaine, qu'aussi bienvenues que nécessaires pour qui veut comprendre ce que signifie rencontrer une administration dans les pays du Sud.

⁴⁰ Nadia Khrouz, *La pratique du droit des étrangers au Maroc. Essai de praxéologie juridique et pratique*, Thèse de doctorat de l'Institut d'études politiques de Grenoble, soutenue le 2 juin 2016.