



HAL
open science

Au soutien du soin : une ethnographie des interactions et pratiques de soutien autour de la santé de réfugié(e)s

Alexis Colin

► **To cite this version:**

Alexis Colin. Au soutien du soin : une ethnographie des interactions et pratiques de soutien autour de la santé de réfugié(e)s. Sciences de l'Homme et Société. 2023. dumas-04556093

HAL Id: dumas-04556093

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04556093v1>

Submitted on 23 Apr 2024

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.

AU SOUTIEN DU SOIN

Une ethnographie des interactions et pratiques de soutien
autour de la santé de réfugié(e)s



Alexis COLIN

Sous la direction de Véronique TRAVERSO

Mémoire soutenu le 20/11/2023, Master ANACIS.12

Devant le jury composé de :

Laurie BARTE, Educatrice spécialisée, Fondation E.Seltzer,

Bertrand RAVON, Professeur des Universités, Université Lyon2,

Véronique TRAVERSO, Directrice de recherche, Laboratoire ICAR, CNRS

Remerciements

Je remercie vivement Véronique Traverso pour son accompagnement, sa disponibilité, son écoute, sa bienveillance et ses précieux conseils.

Merci à Nicolas Chambon d'avoir rendu possible cette rencontre.

J'exprime toute ma gratitude envers les personnes qui ont participé à cette enquête. Merci pour le temps et la confiance que vous m'avez accordé.

Je remercie l'association OSIRIS, sans qui il aurait été difficile de discuter et recueillir avec fidélité le discours des personnes réfugiées enquêtées. Je remercie plus particulièrement les interprètes qui ont participé à cette recherche, ainsi qu'Elsa Laffitte, Charlotte de Bussy et Marie-Liesse Mouly.

Pour le soutien technique sans faille, je remercie le laboratoire ICAR et très spécialement Sofiane et Justine.

Je remercie l'ensemble de la promotion et des intervenants Anacis.12 pour les riches échanges et enseignements dispensés.

Merci à Isabelle et Pierre d'avoir finalement rendu possible cette reprise d'étude.

Xavier, Nils, Tao, merci pour les prêts des caméras.

India, Coline, merci pour vos relectures attentives.

Merci à mes hébergeurs/euses lyonnais(es) pendant ces 18 derniers mois : Camille, Julie, Titi, Laurine. Sans vous non plus cette recherche n'aurait pas été possible.

India, Liv, Soan et Soli, merci pour votre soutien et votre patience.

Abréviations

ASBPI	Accompagnement social des bénéficiaires de la protection internationale
ANACIS	Analyse et conception de l'intervention sociale
ARS	Agence régionale de santé
CADA	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAO	Centre d'accueil et d'orientation
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
CNDA	Cour nationale du droit d'asile
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPH	Centre provisoire d'hébergement
CSAPA	Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSS	Complémentaire santé solidaire (ex couverture maladie universelle complémentaire)
ESMS	Etablissement social et médico-social
ESRP	Etablissements et services de réadaptation professionnelle
FLE	Français langue étrangère
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MJC	Maison des jeunes et de la culture
MNA	Mineurs non accompagnés
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
ONG	Organisation non gouvernementale
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

Sommaire

Avant-propos.....	1
Introduction	3
1. Travailler et enquêter : un double regard sur la santé des réfugiés	3
1.1 Tribulations d'un apprenti chercheur.....	5
1.1.1 Une construction du dispositif d'enquête par embarras.....	5
1.1.2 Réfugiés, migrants, exilés,... Comment nommer ?	6
1.2 Problématisation	7
1.2.1 Micro-épreuves de l'interaction et « acteurs affaiblis »	9
1.2.2 Pouvoir dire ou perdre la voix, pratiques discrètes et coopération	11
2. Plan du mémoire : engagements et épreuves du soin, coopération et micro-épreuves en interaction	12
Partie I : Engagements et épreuves du soin pour les réfugiés et leurs soutiens	13
Chapitre 1 : Accueillir et refouler, militer et soutenir.....	14
1.1 Le Briançonnais, terre historique de migrations : entre sollicitude et inhospitalité politique et citoyenne.....	14
1.2 Un espace de tensions entre solidarités et rejets	17
1.3 Participer de l'accueil des réfugiés dans un cadre non militant	20
1.4 S'engager pour la santé des réfugiés. L'expérience de la rencontre comme catalyseur de l'engagement : entre auto-mandat et souci de l'autre	23
Chapitre 2 : Ethnographier le soin des réfugiés	32
2.1 Une enquête multi-située.....	32
2.2 Un dispositif d'enquête composite	38
2.2.1 Co-construire des savoirs autour de l'enregistrement vidéo	41
2.3 Un travail et une enquête « du proche »	42

2.4	Une perspective croisée, finalement.....	43
2.5	Un cadre d'analyse pluriel et ancré au terrain : une sociologie « métisse et plastique » ?.....	45
Chapitre 3 : Les réfugiés et leurs soutiens à l'épreuve du soin		46
3.1	Insécurité langagière : penser la vulnérabilité en interaction comme partagée et réversible	47
3.2	Des professionnalités mises à l'épreuve : dilemmes et paradoxes de l'accompagnement au soin des réfugiés	53
3.2.1	« Du sale boulot » pour les médecins ? Responsabilité et professionnalité menacées	54
3.2.2	Conflits entre relation d'accompagnement et de soin ?	58
3.2.2.1	Faire avec et laisser faire : enjeux et dilemmes autour de « l'intégrabilité » et de la protection	58
3.2.2.2	Invisibiliser et faire perdre la voix : un paradoxe de l'accompagnement	64
3.3	Exposés aux récits et aux corps	68
3.3.1	Témoigner ou raconter	69
3.3.1.1	Se raconter comme « soi-même »	72
3.3.1.2	La fin du soupçon ?	74
3.3.2	Se raconter pour aller mieux.....	75
3.3.2.1	Santé mentale des réfugiés : une prise en charge défailante	75
3.3.2.2	Un mandat perçu comme illégitime ?	78
3.3.3	Ecouter la violence : risque et travail émotionnel	79
3.4	Partage du stigmat.....	81
Partie 2 : Le grain fin du soin.....		86
Chapitre 1 : Les consultations médicales à l'ESRP		88
Chapitre 2 : La consultation comme espace de coopération et de pédagogie du soutien.....		91
2.1	Détourner pour appréhender les capacités et les vulnérabilités.....	92
2.2	Faire faire pour attester et préciser les capacités.....	94

2.3	La relation d'aide ou le risque de contraindre	98
2.4	L'interdépendance comme forme d'autonomie	100
Chapitre 3 : Pouvoir dire		102
3.1.	Une participation empêchée	102
3.2.	Réajuster du regard	105
3.3.	Interagir « par prises » et prendre « position » : des pratiques d'attention	107
Conclusion		113
Conventions de transcription.....		117
Bibliographie.....		118

Table des figures

1. Carte historique du nord des Hautes-Alpes en 1789	15
2. Carte du nord des Hautes-Alpes aujourd'hui	16
3. Carte : localisation des cols de l'Echelle et Montgenèvre.....	19
4. Tableau : répartition des ménages et personnes accompagnées par origine et typologie des ménages (ASBPI).....	34
5. Vision schématique et chronologique du dispositif d'enquête	38
6. Capture d'écran, consultation médicale (image 1)	107
7. Captures d'écrans, consultation médicale (images 2 et 3)	109

Avant-propos

Le commencement de cette enquête débute avant mon entrée en Master ANACIS, sans que je ne le sache vraiment à ce moment.

Septembre 2012. Jeune diplômé en travail social, je traverse l'Atlantique et j'atterris, sans véritablement savoir où je mets les pieds, en Guyane française. Mon projet initial d'y séjourner 3 mois sera complètement revu par mon embauche à l'association Entr'AIDES Guyane. Je revois mes plans et je reste finalement 5 ans sur le territoire guyanais. Autant d'années à travailler au sein de cette association à l'accompagnement de personnes séropositives et à la prévention auprès de « populations » dites « vulnérables » au VIH et autres maladies sexuellement transmissibles. Probablement encore absorbé par cette expérience exotique, je garde aujourd'hui une vision idyllique du travail mené par les acteurs intervenant en santé sexuelle. La Guyane est une terre de migration et l'épidémie de VIH touche principalement des personnes d'origine étrangère (85% en 2018) en situation de précarités à bien des égards. Je suis quotidiennement au contact d'hommes mais surtout de femmes dominicaines, brésiliennes, guyaniennes, haïtiennes ou surinamaises. La diversité des langues, des cultures, des origines des personnes est telle que l'approche communautaire est très ancrée dans les stratégies et pratiques d'accès au soin et de prévention. Nombre d'associations communautaires, s'affirmant et étant reconnues comme telles, participent de ce travail de soin. Elles sont d'ailleurs soutenues par les financeurs, privés comme publics. Je travaille pendant ces 5 années avec des médiateurs(trices) en santé, appelé(es) aussi travailleurs(euses) pair(e)s, issu(e)s des communautés ciblées par les actions en matière de santé sexuelle. Presque toutes les communautés sont représentées parmi les salariés et bénévoles des acteurs, souvent associatifs, qui interviennent en santé. Ces derniers, bien souvent, participent autant des activités de terrain que de l'élaboration des stratégies pour l'accès au soin et la prévention. L'intervention des pairs dans l'accompagnement social, de même que la médiation et l'interprétariat dans les espaces de soin, vont de soi.

Août 2017. Je m'installe à Briançon (Hautes-Alpes) et je découvre alors un nouvel environnement professionnel. Depuis 2020, j'interviens en tant que travailleur social dans un dispositif d'accompagnement social pour personnes bénéficiaires d'une protection internationale (ASBPI). A nouveau, j'interagis quotidiennement avec des hommes et des femmes d'origine et de langue diverses. Je retrouve dans ce cadre professionnel des missions qui m'animent : l'accompagnement social et au soin de

personnes ayant connu un parcours de migration. Dans ce contexte, la démarche communautaire est inexistante et le recours à l'interprétariat professionnel relève de l'inédit. Ce qui pose des problèmes récurrents d'intercompréhension lorsqu'aucune langue commune ne nous lie. Les accompagnements auprès des personnes et les interactions qui en découlent sont teintés d'un flou, difficile à décrire mais omniprésent, quant à ce que chacun comprend, ou non. Au-delà de l'intercompréhension, ce contexte d'intervention vient complètement bousculer mon éthique de travail.

En janvier 2022 j'entre en Master ANACIS. J'aborde l'enquête, imprégné de ces expériences, troublé par ce décalage vécu et curieux de décortiquer cette « boîte noire » du soutien au soin de personnes migrantes¹.

¹ Ici le terme « migrants » désigne des personnes qui ont émigré, quelle que soit la raison et le statut administratif. J'aborde les différentes terminologies soi-disant descriptives du public migrant, ainsi que mes difficultés à nommer pour l'écriture de ce mémoire, en page 6.

Introduction

1. Travailler et enquêter : un double regard sur la santé des réfugiés²

En 2022, l'État français accorde l'asile à environ 56 000 personnes (OFPRA, 2023). Quelques dispositifs spécifiques existent pour leur « assurer un parcours d'intégration républicaine sans rupture »³. Dans les Hautes-Alpes, c'est le cas du dispositif ASBPI, où je travaille et j'enquête auprès de réfugiés. L'intervention de l'État reste toutefois réduite, « dans un contexte national républicain qui, ne reconnaissant pas les minorités en tant que telles, est réticent à mettre en place des dispositifs spécifiques à leur égard » (Pian, *et al*, 2018, p.56). Le domaine de la santé, qui repose sur un principe d'universalisation du système de soin, n'y échappe pas, où aucune politique publique spécifique ne vise les migrants (d'Halluin-Mabillot, 2012, p.101). Cette difficile prise en compte des spécificités s'illustre sur les terrains de cette enquête, notamment par l'impossibilité des réfugiés à s'exprimer dans leur propre langue pour satisfaire leurs besoins de santé.

Si ces dernières années l'interprétariat professionnel semble se faire progressivement une place dans le domaine médico-social (Chambon *et al*, 2020, p.7, Pian *et al*, 2018 p.56), des disparités territoriales apparaissent, tout du moins sur le territoire briançonnais où je travaille et j'enquête. Malgré un cadre légal qui évolue⁴, les difficultés à institutionnaliser le recours à l'interprétariat professionnel, constatées il y a près de 15 ans notamment dans le secteur médico-social (Tabouri, 2009, p.104), perdurent dans le nord du territoire Haut-Alpin. Les raisons sont déjà bien connues : coût budgétaire, modalité d'action peu (re)connue, freins institutionnels, procédure de recours perçue comme complexe, frilosité de certains professionnels à intégrer un tiers dans une relation habituellement duelle (Béal et Chambon, 2015).

Dans ce contexte, la situation est plutôt paradoxale pour les professionnels du dispositif ASBPI : ils viennent spécifiquement en aide aux réfugiés pour « s'intégrer » à un environnement peu enclin à reconnaître leurs spécificités et à s'adapter à leurs particularités. Travaillant dans un dispositif spécifique à destination de réfugiés mais dépourvus d'outils d'action adaptés, les professionnels sont eux-mêmes contraints dans

² Changement de dénomination ici où je parle spécifiquement des personnes enquêtées. Je m'explique en page 6 du choix de cette catégorie.

³ Ministère de l'intérieur, dossier de presse présentant le dispositif général AGIR, semblable à l'ASBPI, le premier terrain de cette enquête. Consultable sur <www.immigration.interieur.gouv.fr/Integration-et-Acces-a-la-nationalite/AGIR-pour-l-emploi-et-le-logement-des-personnes-refugiees>

⁴ L'article D.1110-6 du décret d'application publié en mai 2017, de la loi « santé » de 2016, préconise « l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé ». Le décret n'impose toutefois aucun caractère contraignant au recours à l'interprétariat, ni aucune visibilité de l'organisation budgétaire.

leur relation d'aide. Pensons par exemple à l'absence d'interprétariat professionnel. A ce niveau, le langage oral, instrument incontournable et omniprésent dans l'activité des travailleurs sociaux (Ravon, Ion, 2012, p.73-74), est fortement affaibli.

Le point de départ de cette enquête peut, à première vue, paraître banal. Dans ce contexte de non-recours à l'interprétariat, professionnels de santé, réfugiés allophones et travailleurs sociaux les accompagnant ne se comprennent pas, ou ne sont pas certains de se comprendre. Pour les réfugiés, il est difficile de savoir ce que cela génère sans s'y intéresser de plus près et sans trouver les moyens d'en discuter sérieusement. Pour les travailleurs sociaux, par l'incompréhension qui règne dans ces situations exolingues, c'est leur professionnalité et la place qu'ils occupent qui sont bouleversées.

Carnet de terrain, extrait d'observation

Aujourd'hui nous accompagnons Yassin qui doit rencontrer un médecin habilité à « évaluer l'altération de ses facultés » pour une demande de mesure de protection. Je suis avec Solange, une collègue éducatrice spécialisée, qui m'a remplacé en novembre dernier pendant mon congé paternité. Elle poursuit sa mission sur le dispositif malgré mon retour. Nous allons travailler ensemble quelques mois. Pour nous, cette consultation constitue un moment important, puisque l'avis du médecin aura une influence majeure quant à la décision du juge de placer ou non Yassin sous protection juridique (...). Deux semaines plus tôt, Solange a appelé le secrétariat du médecin pour savoir si nous pouvons solliciter un interprète, expliquant que le niveau de français de Yassin ne permettra pas un échange de qualité. Elle n'aura pas de réponse avant le rendez-vous d'aujourd'hui. Pendant la consultation, nous avons convenu que je serais plus en retrait pour me consacrer à l'observation. Nous nous présentons tous deux au médecin comme les travailleurs sociaux accompagnant actuellement Yassin. Dès le début de la consultation, Solange indique au médecin qu'il aurait été préférable d'avoir un interprète aujourd'hui. Le médecin lui répond : « *On va voir* ». L'entretien médical est très formalisé, les questions sont prédéfinies par le dossier que le médecin a en sa possession. Pendant les dix premières minutes, il s'adresse à Yassin, qui montre souvent son incompréhension en répétant quelques mots de la question du médecin ou en répondant : « *Y a pas de tu connais* ». Les tentatives de reformulation du médecin ne permettent pas à Yassin de comprendre les questions. Je ne suis pas à l'aise devant tant d'incompréhension, compte tenu de l'enjeu du moment (...). Rapidement Solange intervient pour corriger certaines incompréhensions, apporte des réponses quand elle le peut, lorsque Yassin ne répond pas. Au bout de dix minutes d'entretien, et jusqu'à la fin de la consultation qui durera une heure, le « *vous* » du médecin s'adressant à Yassin se transforme en « *il* » et s'adresse à Solange. Elle devient l'unique interlocutrice du médecin. Yassin regarde au sol ou vers la fenêtre une grande partie de ce « moment important » qui, en premier lieu, le concerne (...).

Cet extrait d'observation donne à voir une partie des problèmes que nous pouvons rencontrer, mes collègues travailleuses sociales et moi-même, dans notre activité d'accompagnement aux démarches de soin de réfugiés peu francophones. Quelle adhésion de Yassin à la démarche en cours ? Ou plutôt, les conditions d'accompagnement que nous lui offrons lui permettent-elles de décider pour lui ? Sommes-nous en soutien de Yassin dans cette situation quand, au bout de dix minutes, il disparaît de la scène, invisibilisé par notre présence ? Quel enseignement peut-il tirer d'une telle expérience dans une perspective d'autonomisation ? *In fine*, comment

accompagner au soin dans un tel contexte, dans le respect des valeurs de participation, de libre adhésion, de non paternalisme, chères au travailleur social que je suis ?

Les problèmes et les questions que j'expose ici sont déjà situés en interaction. Dans nos pratiques, d'autres évènements font trouble : demandes répétées de changement de médecin traitant, sentiment de discrimination à la suite d'une consultation, observance thérapeutique difficile, ruptures de soin, recours à un nombre important de consultations sur un temps réduit. La liste pourrait être plus longue, tant se multiplient ces moments de trouble. Autant d'évènements qui m'amènent à m'intéresser particulièrement au sujet de la santé des réfugiés.

Ces questionnements « de travailleur social » marquent les prémices de l'enquête et de la construction de l'objet de la recherche. Je propose de présenter le cheminement qui a permis cette construction, après une description condensée de mon dispositif d'enquête.

1.1 Tribulations d'un apprenti chercheur

1.1.1 Une construction du dispositif d'enquête par embarras

J'entre en Master Anacis en janvier 2022 avec un sujet « en main ». J'ai un ancrage solide sur mon terrain professionnel qui constitue mon premier terrain d'enquête. Je l'investis assez naturellement pour l'enquête puisque ce sont justement les questionnements de mes expériences et pratiques professionnelles qui m'ont fait me diriger vers une formation où la démarche de recherche prime. J'entre alors assez rapidement dans l'enquête de terrain, dès avril 2022. Je terminerai la phase de recueil de mes principaux matériaux en avril 2023, en ayant bien des difficultés à me détacher des terrains d'enquête jusqu'au moment d'écrire la version finale de ce mémoire.

En travaillant et en enquêtant à partir d'un dispositif d'accompagnement pour personnes bénéficiaires d'une protection internationale, je peux observer des situations de soin auxquelles je participe en tant qu'accompagnant et enquêter auprès des acteurs (travailleurs sociaux, professionnels de santé, réfugiés) sur leur vécu de ces expériences. Dans une approche ethnographique qui m'anima tout au long de l'enquête, je mobilise principalement l'observation (plus ou moins participante) et les entretiens (plus ou moins formalisés) sur ce terrain.

Si l'ancrage sur ce terrain est facilitateur pour commencer l'enquête, je débute aussi la recherche avec peu de connaissances théoriques en sociologie. Ce qui me vaut nombre d'embarras et « d'allers-retours » pour la construction méthodologique de mon dispositif d'enquête. N'ayant pas encore bien assimilé les références théoriques pouvant me guider au début de la recherche, la trajectoire de l'enquête évolue au gré des rencontres et des parcours des réfugiés eux-mêmes. Bien que cela soit plutôt

inconfortable dans un premier temps, c'est finalement le terrain qui « m'embarque », qui guide mon parcours dans l'enquête et le cheminement de mes questionnements.

Si bien que j'investis au cours de la recherche un second terrain puis de nouvelles méthodes de recueil de matériaux⁵. J'enquête à partir d'août 2022 dans un établissement et services de réadaptation professionnelle (ESRP) où les professionnelles enquêtées (une travailleuse sociale, une infirmière et une médecin) accueillent pour la première fois des personnes migrantes. C'est sur ce terrain que j'inaugure et complète mon dispositif d'enquête par des enregistrements vidéo, des entretiens en autoconfrontation et des rencontres moins formalisées avec l'ensemble des acteurs.

Ne pas délimiter de terrain ni de méthodologie n'a pas facilité mon travail d'enquête. L'investissement de deux terrains d'enquête et la multiplicité des méthodes a rendu long et complexe le travail de recueil, d'analyse et d'écriture. Mais c'est aussi ce caractère composite du dispositif d'enquête et le temps passé auprès de l'ensemble des acteurs qui, *in fine*, participe de l'originalité et de la richesse de cette étude.

1.1.2 Réfugiés, migrants, exilés,... Comment nommer ?

Nommer le public pour l'enquête m'a été plus laborieux que je ne le pensais. Souhaitant rester fidèle à la démarche inductive que je revendique, j'ai considéré qu'il était important de nommer en considérant comment les personnes s'identifient elles-mêmes. S'approprient-elles l'une des nombreuses catégories existantes pour nommer les personnes en migration ou ayant connu un parcours migratoire ? Désireux de rendre compte de la façon dont ils s'identifient, j'ai souvent discuté avec les enquêtés de comment ils reçoivent ces catégorisations. Je n'ai pas eu de réponse homogène à mes questionnements, voire aucune réponse, ce qui laisse penser qu'ils ne s'approprient pas, à cet instant en tout cas, l'une ou l'autre des multiples catégories qu'on peut leur prêter. Tantôt « voyageurs », parfois « fuyards », plus couramment « refugees », je n'ai pas su en dégager une catégorie satisfaisante, représentative d'une éventuelle « auto-catégorisation » des personnes.

J'ai finalement fait le choix de mobiliser le terme de « réfugié ». Bien conscient des usages et travers médiatiques et des politiques publiques de cette catégorie (Lepoutre et Malogne-Fer, 2022, Agier, 2017, p.5-27, Agier, 2016, p.24-27), il m'a paru important d'en préciser le sens.

Les 19 personnes qui ont accepté de participer « de près ou de loin » à cette enquête sont bénéficiaires d'une protection internationale. Toutes ont quitté leur pays d'origine et sont arrivées en France après 1 à 8 ans de parcours migratoire (avec parfois

⁵ Si j'entre sur ce second terrain d'enquête (il s'agit d'un centre de réadaptation professionnelle) au gré du parcours d'une personne réfugiée que j'accompagne, le choix d'investir pleinement ce terrain et de mobiliser d'autres méthodes d'enquête est bien réfléchi et particulièrement justifié (voir le chapitre 2 en première partie de ce mémoire, p.32, consacré de façon plus détaillée au dispositif et terrains d'enquête).

des arrêts de plusieurs années dans d'autres pays). Elles ont demandé l'asile en France, et il leur a été accordé par l'OFPRA ou par la CNDA en cas de recours après un refus de la première instance. Elles ont soit le statut de réfugié, soit celui de bénéficiaire d'une protection subsidiaire. Si l'on s'en tient à la définition juridique et institutionnelle, le terme de réfugié, selon la convention de Genève du 28 juillet 1951, s'applique à toute personne

« qui craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner ».

Le statut de réfugié permet un droit initial de séjour de 10 ans en France. La protection subsidiaire, qui offre un droit initial de séjour de 4 ans, est l'autre forme de protection internationale. Elle a été instaurée par une directive européenne en 2004 qui définit une personne pouvant bénéficier de la protection subsidiaire comme

« tout ressortissant d'un pays tiers ou tout apatride qui ne peut être considéré comme un réfugié, mais pour lequel il y a des motifs sérieux et avérés de croire que la personne concernée, si elle était renvoyée dans son pays d'origine ou, dans le cas d'un apatride, dans le pays dans lequel il avait sa résidence habituelle, courrait un risque réel de subir les atteintes graves⁶ définies à l'article 15, l'article 17, paragraphes 1 et 2, n'étant pas applicable à cette personne, et cette personne ne pouvant pas ou, compte tenu de ce risque, n'étant pas disposée à se prévaloir de la protection de ce pays ».

Ces définitions juridiques et institutionnelles nous disent peu des conditions d'existence et des expériences que vivent les réfugiés. Je m'attacherai tout au long de ce mémoire, toujours en lien avec l'objet de ma recherche, à donner quelques indications sur les effets de cette catégorisation institutionnelle et à décrire certains pans d'existence propres à la condition de réfugié. Ainsi, je mobilise la catégorie de réfugié en considérant, à l'instar de celles de migrant ou exilé, qu'elle va au-delà d'une simple signification juridique et qu'elle peut, elle aussi, faire référence « à une condition, une expérience partagée des personnes » (Agier, 2017, p.21).

1.2 Problématisation

Mon intention, dès le début de l'enquête, est d'observer le soin aux réfugiés au niveau des interactions. Je cherche à comprendre comment s'agence la relation d'aide, dans laquelle l'oralité est le cœur même de l'activité, en l'absence de langue commune

⁶ Sont entendues par atteintes graves : « peine de mort, exécution, torture, peines ou traitements inhumains ou dégradants, menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle et résultant d'une situation de conflit armé interne ou international »

entre professionnels de santé, réfugiés et leurs soutiens⁷. Sans émettre de réelles hypothèses, je considère que les différents problèmes que l'on rencontre et qui se posent à nous, travailleurs sociaux et bénéficiaires du dispositif ASBPI, sont révélateurs d'épreuves⁸ en interactions. Je m'engage dans l'enquête avec cette intuition que les problèmes rencontrés dans mon activité professionnelle « méritent » d'être observés et analysés dans le détail, à un niveau micro.

En début d'enquête, je présuppose que mon étude montrera comment se manifeste le malentendu, avec l'idée forte de montrer qu'on ne peut se passer de dispositions, de médiations spécifiques. Imprégné de mon parcours professionnel et de premières lectures probablement trop précoces (sur les inégalités de soin des migrants notamment), mon regard et mes observations se focalisent essentiellement sur ces questions d'inégalité. En quelque sorte, je ne vois que des marqueurs d'inégalité sur mon terrain d'enquête, par l'absence de dispositifs spécifiques. Si j'essaie de comprendre les stratégies d'intercompréhension entre acteurs (déjà largement documentées), mes observations ne m'apportent pas de nouveau regard sur les situations, pas de nouvelle grille de lecture. C'est comme si je ne vois, à ce moment, que ce que je sais déjà.

J'opère un premier déplacement en recomposant ma méthode d'enquête et en investissant un second terrain⁹.

D'une part, l'analyse des enregistrements vidéo révèlent des phénomènes discrets qui m'étaient jusqu'à présent difficiles à voir en observation *in situ*. Puis, les entretiens d'autoconfrontation auprès des réfugiés mettent en lumière, dans le cas singulier de ce second terrain, une réception forte aux pratiques des professionnelles et au cadre de participation instauré. Ce qui m'amène à ne plus considérer uniquement le malentendu comme empêchement, qui inhiberait l'agentivité des acteurs, mais comme un élément structurel de l'interaction qui, au contraire, fait faire les acteurs. Avec cette nouvelle grille de lecture, le malentendu devient performatif au regard de la coopération et de la participation. A partir de ce déplacement, je peux voir différemment l'accompagnement au soin, mon objet de recherche, et je revisite également mes premiers matériaux d'enquête.

Ce cheminement m'amène à construire et problématiser l'objet de ma recherche ainsi.

⁷ Dans un souci de rendre la lecture fluide, j'utilise aussi les termes « soutiens, tiers accompagnant, professionnels ou travailleurs médico-sociaux » pour nommer les différents professionnels enquêtés (travailleurs sociaux, infirmière) sur les deux terrains de recherche, qui accompagnent les réfugiés dans leurs démarches de santé.

⁸ A ce moment de ma réflexion, j'utilise le terme d'épreuve dans un sens assez commun « d'éprouver des difficultés à » (interagir). Au cours de ma réflexion, l'usage de ce terme se précise, se décale progressivement. J'en rends compte ci-après (p.9).

⁹ La construction du dispositif d'enquête et l'investissement des terrains sont présentés dans le chapitre 2 de la première partie de ce mémoire (p.31).

Par l'observation et l'analyse en détail des interactions et du sens vécu des expériences par les acteurs, l'enquête vise à mettre en lumière les pratiques que les acteurs mettent en œuvre malgré les embarras et les questionnements éthiques inhérents. J'analyse ces pratiques au prisme de phénomènes observables en situation. Cette analyse s'opère dans le souci de déceler ce qui participe du soin, dans le contexte évoqué (finalement, qu'est-ce qui, malgré les empêchements que pose la rencontre plurilingue, participe du soutien du soin ?). Cette enquête se veut descriptive de pratiques de soutien sensibles et discrètes, difficiles à déceler sans le décalage que permet l'enquête.

1.2.1 Micro-épreuves de l'interaction et « acteurs affaiblis »

Cette recherche s'intéresse aux rencontres entre professionnels du médico-social et réfugiés peu ou non francophones, rencontres entendues ici comme espaces de micro-épreuves et d'empêchements de part et d'autre de l'interaction.

Plusieurs acceptions entourent cette notion de (micro)-épreuves et l'analyse qui en découle. Dans une perspective pragmatique, cette notion d'épreuve invite d'abord à considérer les acteurs comme « dotés de capacités (...) qui demeurent inconnues tant qu'elles ne s'exercent pas en situation (...) à explorer de manière inventive leur environnement » (Lemieux, 2018, p.16). Malgré les contraintes de l'interaction et des institutions dans lesquelles ils se trouvent, réfugiés et professionnels à leur soutien agissent, « de manière inventive » (*idem*). L'enquête invite à voir les choses « en train de se faire », les capacités se déployer, dans un contexte incertain.

Pour autant, il ne s'agit pas d'occulter les fragilités en situations et l'affaiblissement des capacités des acteurs. C'est d'ailleurs ce que nous observerons en parcourant ce mémoire, considérant notamment les réfugiés et les professionnels comme des « acteurs affaiblis » (Payet, Laforgue, 2008, p.9-26). L'observation des interactions dans le contexte évoqué, à l'aune de ces notions, nous amènera à considérer le caractère réversible des fragilités (on pourrait également dire des vulnérabilités), nées de l'expérience des rencontres.

C'est dans cette logique de réflexion, rapportée à une observation à l'échelle micro de « situations d'interactions » (Joseph, 2009, p.10), que j'utilise cette notion de micro-épreuve.

Dans le cadre de mes missions de travailleur social, l'accompagnement individuel est prégnant et la relation à l'autre est au cœur de mon activité. Dans le contexte évoqué, c'est cette relation qui fait défaut (c'est aussi probablement ce paradoxe, ce trouble dans la relation d'accompagnement, qui m'a amené à vouloir observer « les choses en train de

se faire » à un niveau micro¹⁰). Les travailleurs médico-sociaux, tout comme les professionnels de santé, sont « bousculés » dans leur professionnalité par la rencontre avec l'autre. Ils se retrouvent confrontés, en interaction, à de multiples micro-épreuves, nouvelles, qui viennent bouleverser leurs routines d'action habituelles. Ils ne savent plus comment (« *bien* » diront certains professionnels) faire leur métier. Ou comment le faire comme ils ont l'habitude de le faire. Sous la plume de Garfinkel, on peut parler d'une « désorientation », d'une « rupture » vis-à-vis des expériences habituelles de la vie quotidienne (2020, p.97-147). Comme nous le verrons, ce « bousculement » est particulièrement visible sur le second terrain que j'ai investi, à l'ESRP, où la rencontre avec des personnes migrantes est nouvelle et plutôt soudaine.

On peut alors parler, plus généralement pour cette enquête, de l'observation de micro-épreuves de l'accueil.

L'usage du concept d'épreuve permet selon moi de dépasser deux notions, omniprésentes lorsqu'on évoque « le sujet migratoire » : celle de crise¹¹ et de barrière de la langue. Nous l'observerons en première partie de ce mémoire, il y a un certain conflit entre les professionnels qui se sont « spécialisés » à l'accompagnement de personnes réfugiées, et les professionnels qu'ils appellent « de droit commun »¹². Les premiers ayant des difficultés à « *faire une place* » aux réfugiés auprès des seconds. Ces professionnels dits « de droit commun » évoquent quant à eux une impossibilité de faire, face à la barrière de la langue, une impossibilité de recevoir, face à la crise (« *les migrants on ne sait pas faire, il faut voir avec le CADA* », « *nous avec la barrière de la langue, qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse ?* », « *Avec la vague de migrants en plus, on ne peut pas recevoir tout le monde* »). Qu'il s'agisse de crise ou de barrière de la langue, le « sur-usage » de ces deux notions comporte le risque de placer les acteurs, quels qu'ils soient, dans la crainte de l'autre et dans un certain immobilisme. Entendre la rencontre comme

¹⁰ Je dis probablement parce que j'ai longtemps eu des difficultés à expliquer pourquoi je faisais le choix d'enquêter à un niveau micro. J'ai aussi mis du temps à répondre à la question qu'on me posait souvent : « qu'est-ce que tu cherches à montrer ? ». Tout cela s'est éclairci progressivement, tardivement, après avoir épuisé l'analyse d'une partie de mon matériau. Aussi, le travail d'écriture, au fur et à mesure de son avancement, m'a permis d'en savoir plus sur cette espèce « d'intuition » que je n'arrivais pas à expliquer, à vouloir décrire à un niveau micro. Je rends compte de ce « mouvement » que permet l'écriture en conclusion du mémoire.

¹¹ La notion de crise, massivement employée dans les médias ou dans les discours politiques, surtout depuis 2015, pour décrire les phénomènes migratoires, fait l'objet de critiques de nombreux observateurs. D'une part, son fondement est, d'un point de vue démographique et historique, largement remis en cause (Agier, 2016, p.5-6 ; Wihtol de Wenden, 2017). Didier Fassin abonde dans ce sens lors de sa leçon inaugurale du 30 mars 2023 au Collège de France (voir la bibliographie pour la référence électronique et l'accès en ligne). Il expose également les risques de la « *subjectivation de phénomène* », ici la présumée crise migratoire, « *sans substrat objectif* ». Notamment celui d'entraîner des réponses politiques autoritaires abusives lorsqu'un état de crise est décrété sans fondement. Sur le territoire où j'enquête, la sémantique de la crise est largement relayée dans les médias locaux, par les acteurs politiques et finalement dans le discours de nombreux citoyens. J'observe, de mon point de vue, un effet « immobilisant » lié à cet usage.

¹² Sur les deux terrains d'enquête, on retrouve cette catégorisation de la part des enquêtés, qui désigne tous les professionnels étant amenés à recevoir, soigner ou accompagner inconditionnellement « le tout-venant ». On retrouve dans cette catégorisation une hétérogénéité de groupes professionnels : médecins, psychologues et psychiatres, agents de la CAF ou de la CPAM, travailleurs sociaux « de secteur », etc.

lieu et moment d'épreuves, où se rejouent des manières de faire entre acteurs « capables », entrouvre la porte des possibles d'accueil, des possibles d'agir. Cette enquête s'intéresse moins à un accueil « en crise » qu'à un accueil « mis à l'épreuve » où les façons de faire et les rôles se rejouent.

1.2.2 Pouvoir dire ou perdre la voix, pratiques discrètes et coopération

Considérant ainsi la rencontre entre deux altérités et les interactions constitutives de celle-ci, il s'agira de les décrire pour comprendre comment, malgré les micro-épreuves que posent *a priori* la rencontre plurilingue, les acteurs coopèrent et participent ainsi du soin de celui qui en a besoin. L'enjeu est de rendre visible un travail discret (de care ?) qui permet aux réfugiés d'agir et de participer à leur propre parcours de soin. Cette enquête tend à révéler la puissance de pratiques discrètes, co-menées entre professionnels et réfugiés, malgré les embarras qu'ils rencontrent ensemble. Je questionne également les risques inhérents à ces pratiques et les questionnements éthiques que se posent les acteurs (qui parfois s'imposent à eux). L'enquête invite à questionner les interventions et la place des professionnels médico-sociaux auprès des réfugiés, ainsi que les modalités et les formes de participation de ces derniers dans leur propre parcours de santé. Ce double regard du point de vue des réfugiés et du point de vue des professionnels accompagnants nous amènera à réfléchir aux effets de la présence de ces derniers, en situation. Notamment sur « le pouvoir dire »¹³ des réfugiés accompagnés, ainsi que sur leur « visibilité »¹⁴.

Aussi, cette enquête donne à voir les formes d'hospitalité qui se créent par la rencontre avec l'autre. Je cherche à montrer comment l'expérience de cet accueil, la rencontre de deux altérités, renouvellent nos pratiques d'accompagnement au soin. Je décris que c'est par l'expérience de l'interaction et de la rencontre que se façonne le prendre soin.

¹³ J'emprunte ce terme à Paul Ricoeur qui relève de la capacité à faire sens (2005) et qui s'intègre dans un « faisceau de pouvoirs » (de se raconter, d'agir) permettant notamment à l'individu (vulnérable) « d'agir sur le cours des choses et d'influencer les autres protagonistes de l'action » (1997).

¹⁴ Plus loin dans le mémoire (p.65), je rattache ce terme de « visibilité » au concept homonyme d'Axel Honneth.

2. Plan du mémoire : engagements et épreuves du soin, coopération et micro-épreuves en interaction

En première partie du mémoire, une rapide entrée historique nous permettra de s'imprégner du territoire dans lequel s'inscrivent les terrains et dans lequel évoluent les acteurs enquêtés et l'apprenti chercheur que je suis.

Puis, l'enquête explore comment prend forme l'engagement de professionnels du médico-social et du social pour la santé des réfugiés. Nous verrons que sur les deux terrains observés, cet engagement naît de la rencontre entre réfugiés et professionnels, et que l'intervention de ces derniers va au-delà du mandat qui leur est prescrit. Les difficultés des réfugiés allophones à participer à leur propre parcours de soin incitent les professionnels médico-sociaux à s'engager et les soutenir dans leurs démarches. L'expérience de leurs rencontres renforce cet engagement. Les professionnels s'immiscent alors dans les espaces de soin des réfugiés.

Se créent alors des configurations particulières dans la relation d'aide et de soin entre médecin, patient et professionnel accompagnant. Entre eux, les façons de faire et les enjeux diffèrent, se confrontent. C'est ce qui nous amènera à nous intéresser plus précisément aux pratiques et au sens vécu des acteurs dans les situations d'interactions où il est question de la santé des réfugiés. Nous verrons, toujours en première partie, les épreuves rencontrées dans cette entreprise du « prendre soin » des réfugiés, pour ces derniers comme pour leurs soutiens et les professionnels de santé. Nous considérerons alors les vulnérabilités en interaction comme partagées et réversibles. Du point de vue des professionnels qui soignent ou accompagnent les réfugiés, nous pourrions parler d'épreuves de professionnalité. Du point de vue des réfugiés, il semble que nous ayons affaire à des épreuves de l'accueil.

Nous concluons cette première partie par une réflexion sur le « rapprochement » entre réfugiés et professionnels accompagnants, au prisme de l'exposition aux corps, aux récits et au stigmaté.

Après avoir décrit les embarras et dilemmes que pose le soutien au soin des réfugiés, la deuxième partie de ce mémoire nous plonge dans « le grain fin du soin » et décrit et analyse, en détail, des interactions entre réfugié peu francophone, médecin, infirmière ou travailleur social. Si cette enquête donne quelques indices sur les ressources qu'utilisent réfugiés et professionnels pour faciliter l'intercompréhension, elle vise surtout à décrire les effets du caractère plurilingue des situations sur la relation d'aide. Par une ethnographie du détail et du discret, j'essaie de comprendre comment les acteurs coopèrent et comment les réfugiés conservent « un pouvoir dire » dans des situations où le risque qu'ils « perdent leur voix » est important.

Partie I

Engagements et épreuves du soin pour les réfugiés et leurs soutiens

Le premier chapitre de cette partie, au-delà de resituer l'accueil des migrants dans une perspective historique, nous montre des formes d'engagement, souvent mises à mal, des citoyens et professionnels qui s'investissent auprès des migrants. Dans le contexte ciblé de l'enquête, nous verrons comment l'engagement naît de l'expérience de la rencontre.

Le second chapitre vient spécifier le dispositif d'enquête et les terrains investis. Je fais également état de mon parcours et de ma circulation dans l'enquête.

Enfin, dans le troisième chapitre, nous aborderons la rencontre entre professionnels et réfugiés comme un espace d'épreuves, y compris pour les professionnels. Ce chapitre invite à penser la situation de face-à-face comme un espace de vulnérabilités réciproques et réversibles. Il offre une description des vécus des situations autant du point de vue des réfugiés que des professionnels.

Chapitre 1

Accueillir et refouler, militer et soutenir

1.1 Le Briançonnais, terre historique de migrations : entre sollicitude et inhospitalité politique et citoyenne

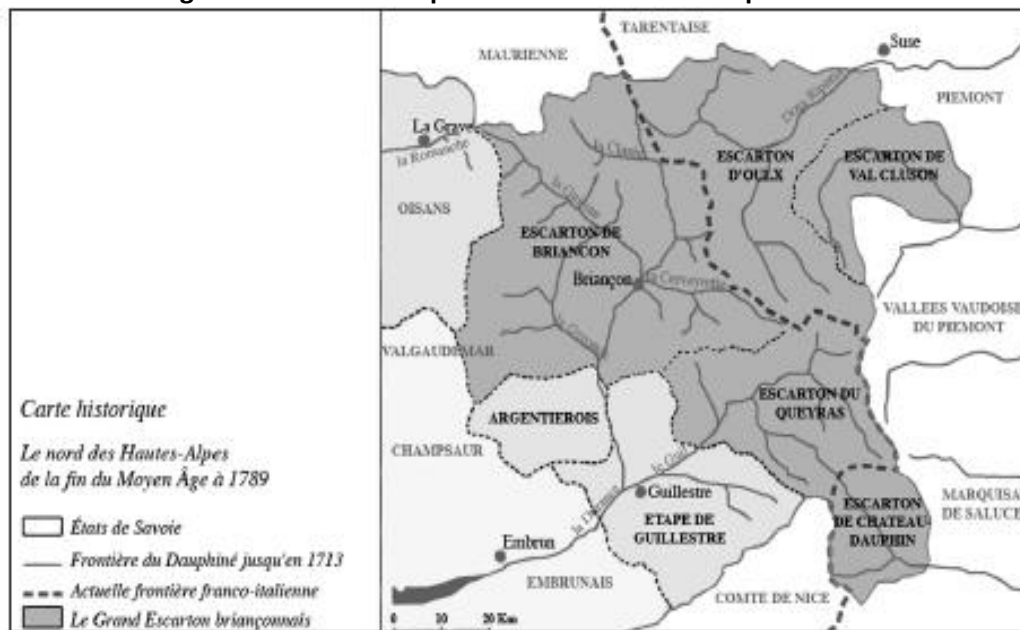
Mon enquête s'appuie sur deux terrains menés principalement à Briançon, ville de 12 600 habitants (la population y est 3 à 6 fois plus importante en période touristique). Située à 1326m d'altitude dans le département des Hautes-Alpes, elle est distante d'une dizaine de kilomètres de la frontière italienne. L'accès au pays voisin est possible par le col de Montgenèvre (1850m d'altitude), où passe une route nationale, et par le col de l'Echelle (1746m d'altitude), par une petite route de montagne non déneigée, fermée à la circulation l'hiver. Enclavée, la ville de Briançon est difficilement reliée aux grandes métropoles. Marseille est distante de 280 km par la route, il faut au minimum 2 à 3 heures par voie routière pour gagner Grenoble et Lyon en franchissant le col du Lautaret.

Ville-frontière, ville-refuge, Briançon fait l'objet d'une attention particulière, notamment médiatique et politique, sur les questions de migration. Si l'année 2015 semble faire évènement au niveau local, le territoire est marqué historiquement par les mouvements migratoires. Un rapide détour historique, bien que synthétique, permet de mieux comprendre le contexte dans lequel s'inscrit cette étude et nous montre les différentes assignations successives, parfois contradictoires, à l'égard des migrants depuis quelques siècles. Les volontés politiques de régulation, de contrôle des « flux migratoires » et les catégorisations de l'État qui en découlent rendent l'étranger tantôt désirable, tantôt indésirable, au gré des circonstances et parfois des origines. Les figures du migrant, les désignations multiples, sont largement relayées dans les médias, entretenant parfois confusion voire incohérence entre les réalités vécues de ces dits « migrants » et les « natifs » avec qui ils interagissent.

« Un grand nombre de Piémontais affluent dans ce département et je ne doute pas que l'hospitalité qu'ils reçoivent au Montgenèvre ne contribue à augmenter ce nombre. Ainsi, après avoir été soignés et nourris à l'hospice, ils arrivent dans le département où ils voyagent au moyen de passeports avec secours de route. Ils sont donc pour ce pays-ci une charge continuelle [...]. Je viens vous inviter à ne recevoir à l'hospice que ceux qui auraient réellement besoin de soulagement [...]. Vous avez dû remarquer avant moi que les fonds de l'hospice n'alimentaient réellement que des Piémontais, la plupart vagabonds, gens sans aveu ou même malfaiteurs. Vous comprenez que nous ne saurions faire un pareil usage de la dotation du gouvernement » (Fontana, 2012, p.101-102).

Ces instructions du préfet des Hautes-Alpes à l'intention du directeur de l'hospice de Montgenèvre, le 10 novembre 1843, témoignent déjà des différentes identités attribuées à celles et ceux qui traversent la frontière, désormais matérialisée et identifiée conventionnellement comme telle au milieu du XIXe siècle. « Les Piémontais » deviennent ici « vagabonds, gens sans aveu ou même malfaiteurs ». Pourtant, avant la construction politique de frontière naturelle et son application, jamais les Alpes n'ont constitué « une frontière entre des peuples qu'elles auraient ainsi permis de différencier » (Fontana, 2012, p.93). Entre les XIVE et XVIII siècles, cinquante et une communautés du Briançonnais et du Piémont forment un même ensemble, le Grand Escarton Briançonnais (Granet-Abisset, 2006, p.59-60).

Figure 1. Carte historique du nord des Hautes-Alpes en 1789



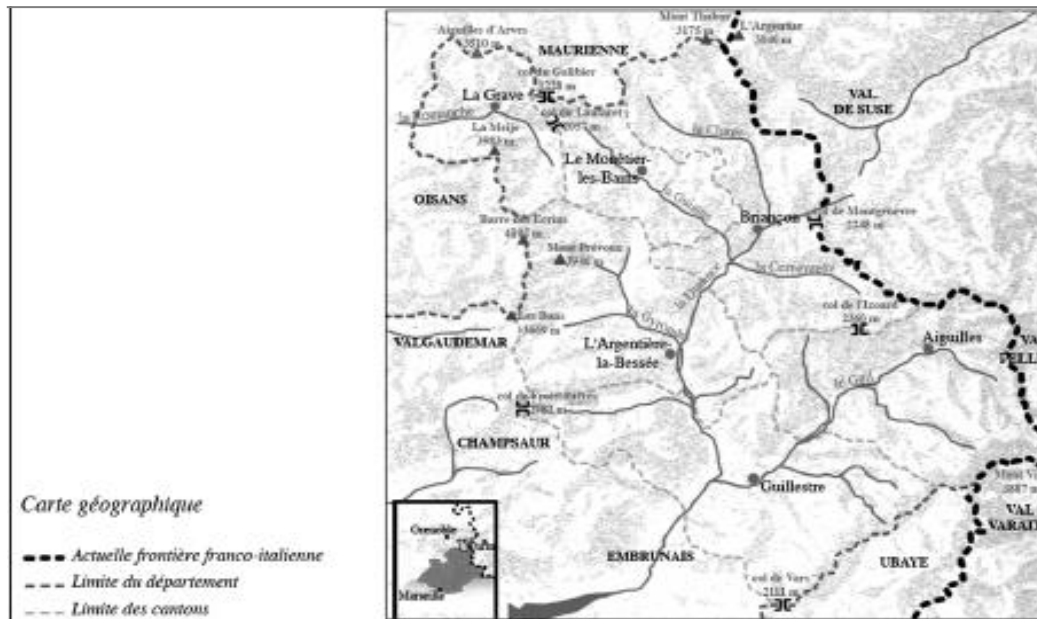
Cartes extraites de M.-P. Mallé, L'habitat du nord des Hautes Alpes.

Patrimoine architectural et mobilier, *L'inventaire, Cahiers du Patrimoine*, 1999, p.17

L'avènement de l'État-nation comme modèle politique de référence vient reconfigurer, entre autre, l'espace frontalier entre Briançonnais et Piémont, jusqu'alors lieu de « circulations et de rencontres particulièrement ouvert » (Fontana, 2012, p.93). C'est à ce moment que naît « l'opposition entre l'appartenance et la non-appartenance », entre le membre et l'étranger (Ricoeur, 2006, p.264). Au début du XXe siècle, l'État applique progressivement des logiques de conditions administratives de séjour, de contrôle, voire de détention et de refoulement (Siestrunck, 2013). Les habituelles circulations de travailleurs saisonniers agricoles, de paysans, d'ouvriers, de commerçants, d'artistes, de colporteurs, de pèlerins ou de « journalières » (Granet-Abisset, 2012, p.76) sont désormais contrôlées (tant que possible, au niveau des plus grands axes comme au col de Montgenèvre par exemple). La traversée et le séjour de part et d'autre de la frontière peuvent désormais devenir illégaux. Du voyageur accueilli

inconditionnellement ou nécessitant d'être secouru¹⁵, s'oppose une figure moins désirable du même voyageur, au regard de l'autorité publique. Souci de l'autre et hospitalité d'un côté, suspicion, contrôle et refoulement de l'autre. Les visions, déjà, s'opposent. Au gré des circonstances (guerres, coopérations ou confrontations diplomatiques, maladies, protection du travail national ou besoin de main d'œuvre spécialisée,...), « le voisin accepté jusqu'alors redevient l'étranger, voire l'ennemi » (Granet-Abisset, 2012, p.90).

Figure 2. Carte du nord des Hautes-Alpes aujourd'hui



Cartes extraites de M.-P. Mallé, L'habitat du nord des Hautes Alpes.

Patrimoine architectural et mobilier, L'inventaire, Cahiers du Patrimoine, 1999, p.17

L'après seconde guerre mondiale marque une intensification importante de nouvelles migrations économiques et politiques (Hanus, 2020). Des mouvements de populations hétérogènes s'observent jusque dans les années 1960 (*idem*). Là encore, les directives politiques en matière de contrôle des « flux migratoires » confèrent aux « immigrants/émigrés » des figures plus ou moins désirables selon leur origine. L'italien, « figure de l'étranger plus assimilable » est préféré à l'algérien, perçu comme moins adaptable (Spire, 2002, p.3).

Aux classiques migrations de travail et de tourisme, apparaît à la fin du XXème siècle « un tourisme médical » qui vient chercher en altitude le « "bon air" curatif » (Granet-Abisset, 2012, p.82). Il est aujourd'hui courant, dans les établissements

¹⁵ Dès le XVIIe siècle, l'amélioration du réseau routier s'accompagne de l'édification « d'établissements d'accueil ou de maisons de refuge » (Fontana, 2012, p.95). Principalement sous autorité religieuse, ces établissements apportent « assistance aux voyageurs indigents, malades, blessés ou tout simplement arrêtés dans leur progression par les intempéries, les éboulements et les avalanches » (*idem*, p.95). D'autres sont directement fondés et gérés par l'administration publique, comme l'hospice de Montgenèvre, témoignant d'une certaine « sollicitude » à l'égard « du voyageur passant la montagne », à partir du XIXe siècle (*idem*, p.96).

de santé briançonnais, de rencontrer médecins et patients italiens (attractivité professionnelle pour les uns, gage de bonne prise en charge médicale pour les autres).

A partir des années 80, malgré le durcissement des politiques d'accueil et du contrôle de la régularité du séjour des étrangers en France (Ferré, 2009), la frontière briançonnaise reste un lieu de passage important. D'abord des réfugiés et rescapés de la guerre des Balkans puis d'Irak, ceux des Printemps arabes puis du conflit syrien ensuite (Antoine, Hanus, Pegon, *et al*, 2021). Si l'entrée en vigueur des accords de Schengen en 1993 facilite la circulation des ressortissants européens, franchir la frontière pour les extra-européens est rendu plus difficile. Tandis qu'il constitue un lieu de passage anecdotique pour les ressortissants européens, l'espace frontalier est un lieu de contrôle à franchir, à contourner pour les migrants extracommunautaires, au risque des vies.

1.2 Un espace de tensions entre solidarités et rejets

Plus récemment, l'année 2015 fait événement en matière d'accueil des migrants à Briançon. Les accidents dramatiques en mer Méditerranée au cours de cette même année suscitent d'abord émoi et indignation. Si les morts aux frontières de l'Europe se comptent par milliers depuis la fin des années 1990, l'année 2015 donne l'impression « peut-être par effet de saturation, à une catastrophe humaine plus que les années précédentes », l'impression qu'un « seuil à la conscience européenne » a été franchi sur les questions de migration (Agier, 2016, p.5). A Briançon, des citoyens refusant de rester aveugles face à la violence des frontières devant leur porte, réagissent rapidement suite aux morts et naufrages aux frontières de l'Europe. La médiatisation de leurs actions devient importante. Ils se réunissent sous le collectif « *Pas en notre nom Briançon* », créé le 5 septembre 2015 à l'occasion d'une manifestation en réaction à la mort, 3 jours plus tôt, de l'enfant Syrien Alan Kurdi sur une plage turque. Le collectif deviendra un an plus tard « *Tous Migrants* », acteur associatif majeur au niveau local concernant la sensibilisation et le plaidoyer en faveur du respect des droits fondamentaux des personnes migrantes. Conjointement, la municipalité adhère au dispositif national « Ville solidaire pour l'accueil des réfugiés » et accueille en novembre 2015, 21 personnes suite au démantèlement de la « jungle de Calais » et de campements parisiens (principalement originaires du Soudan, d'Erythrée, du Tchad et de Syrie). En novembre 2016, 24 autres personnes sont accueillies après le démantèlement d'un autre campement parisien¹⁶ (principalement des hommes seuls, soudanais et tchadiens). Pour assurer ces accueils et

¹⁶ Le collectif « Tous Migrants » recueille de façon assez précise les arrivées d'exilés à Briançon et le nombre de passages aux frontières, notamment depuis 2017, en s'appuyant sur le recensement opéré par l'association Refuges Solidaires qui elle accueille et héberge les personnes exilées en urgence. Entre 2017 et 2022, ils comptabilisent environ 18 000 passages. Voir « L'accueil et la défense des droits des personnes exilées dans le briançonnais et les Hautes-Alpes. Constats, initiatives, perspectives », p.4-17, document rédigé et mis en ligne sur le site internet du collectif Tous Migrants : <https://tousmigrants.weebly.com/>

accompagner aux procédures de demande d'asile, deux CAO, dispositifs d'hébergement temporaire mis en place par l'État, sont ouverts. Ils sont gérés par le service Mapemonde de la MJC du Briançonnais, déjà expérimenté dans l'accueil et le conseil juridique de personnes étrangères. Les associations déjà ancrées sur le territoire Briançonnais participent également de cet accueil (Secours catholique, la Cimade, Restaurants du cœur, etc.)¹⁷. Une dynamique de coopération est à l'œuvre entre associations, État, collectivités locales et citoyens.

Les premières tensions, politiques d'abord, apparaissent au cours de l'année 2016, lorsque le nouveau préfet refuse à la vingtaine de derniers arrivants de déposer une demande d'asile en France (Vinck-Keters, 2018, p.84-90 ; Defossez, 2022). L'ancien préfet avait pourtant tenu cet engagement pour les premiers arrivants de novembre 2015. « Principe de fraternité » des « solidaires » d'un côté, « principe de souveraineté » d'un État ancré dans une politique sécuritaire de l'autre, l'opposition entre deux logiques s'observe à nouveau (Defossez, 2022). Les attentats de Paris en novembre 2015 renforcent les débats sur la sécurité intérieure, occultant par la même occasion les réflexions sur l'accueil des migrants, perçus comme potentiellement dangereux.

L'hiver du début d'année 2016 marque aussi les premiers passages de jeunes migrants en saison hivernale, accompagnés de plusieurs incidents que peuvent engendrer une traversée sous la neige en montagne, sans équipements. Il ne suffit plus seulement de tenter le passage plusieurs fois pour échapper aux contrôles, mais emprunter des itinéraires moins contrôlés, aussi plus escarpés et donc plus dangereux, à n'importe quel moment de l'année. Hamari, que j'accompagne pendant un an, se rappelle sa traversée, qui se terminera par une amputation des deux pieds.

Extrait d'entretien

(...) On est parti avec un ami depuis l'Italie. Mais il était déjà tard, mais nous on connaissait pas tu vois. On savait pas. La montagne, le chemin. Et un moment donné la nuit, je suis tombé, plusieurs mètres comme ça. Mon ami aussi. Bloqué, dans la neige, je ne sais pas combien de temps. J'ai réussi à sortir, j'avais un peu mal aux pieds mais pas trop trop. On a marché tous les deux mais mon ami n'arrivait plus à marcher. On a marché des heures. Je l'ai laissé pour aller demander de l'aide, au premier village j'ai frappé à une maison et j'ai dit que quelqu'un avait besoin d'aide. Ils ont appelé les secours. (...) Je sais qu'ils l'ont secouru mais aujourd'hui je ne sais pas où il est, on n'a plus jamais eu de contact. Moi j'ai fait du stop jusqu'à Briançon, j'ai pas osé dire que j'avais mal aux pieds. En plus dans la rue tu vois y'avait pas un seul noir, comme moi. Je me suis arrêté dans un bar, j'ai pris un café chaud. Là j'ai vraiment commencé à avoir mal, très fort. J'ai demandé au patron s'il y avait un hôpital ici. Il m'a expliqué où c'était. J'y suis allé, c'était dur en plus. Tu vois la grande côte là pour monter à l'hôpital ? Et une fois arrivé là-bas ils m'ont directement envoyé à Grenoble pour l'opération.

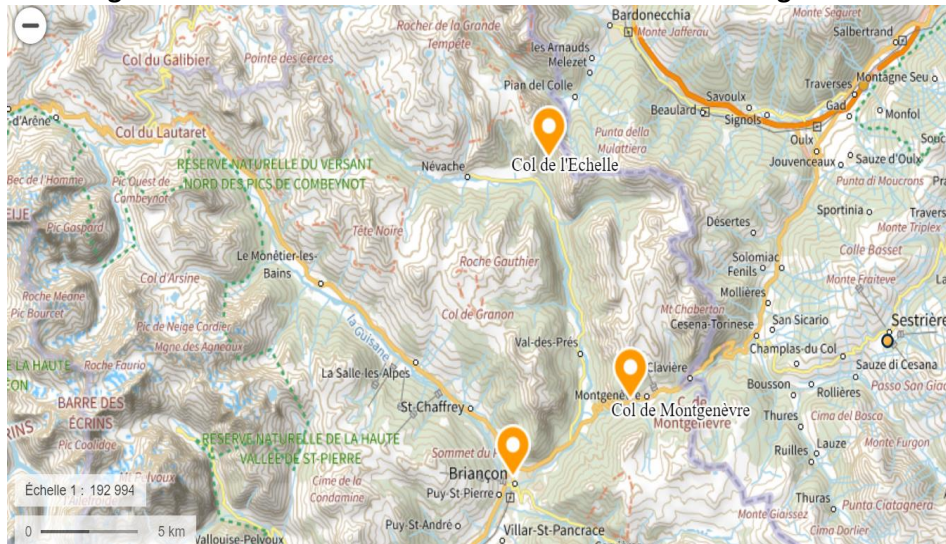
Cet événement fait l'effet d'un électrochoc pour de nombreux habitants du Briançonnais et renforce l'élan de solidarité déjà en action¹⁸. Les premières

¹⁷ Pour une présentation détaillée des acteurs et initiatives qui participent de l'accueil des exilés jusqu'en 2019, voir Vinck-Keters (2018, p.13-60).

¹⁸ L'accident d'Hamari, tout du moins à un tel niveau de gravité, est le premier connu. Par la suite, entre 2017 et 2022, 7 décès liés à la traversée sont répertoriés. Le nombre de portés disparus est quant à lui difficile à

mobilisations citoyennes haut-alpines de secours en montagne se mettent à l'œuvre, bientôt rejoint par les équipes de Médecin du Monde et des bénévoles venant de l'Europe entière. Tous « maraudent », aux cols de l'Echelle et de Montgenèvre, été comme hiver, de jour comme de nuit, malgré des conditions climatiques parfois difficiles et le risque de poursuites judiciaires lié à leurs actions bénévoles et les pressions des forces de l'ordre.

Figure 3. Carte : localisation des cols de l'Echelle et Montgenèvre



(Fond de carte : [geoportail.gouv](http://geoportail.gouv.fr))

Le printemps 2017 marque une augmentation importante des passages, notamment en raison de la militarisation plus accrue de la frontière franco-italienne plus au sud, aux points de passages habituellement empruntés à Menton, Vintimille et dans la vallée de la Roya (Mazin, 2022, p.88-92). Jusque alors, l'hébergement d'urgence était essentiellement possible par des citoyens accueillant chez eux et l'occupation spontanée de divers lieux (« squats » réhabilités, petits locaux communaux, ...). Pour permettre l'accueil et l'hébergement d'exilés plus nombreux à partir de mai 2017, une nouvelle association est créée, Refuge Solidaire. La Communauté de Communes du Briançonnais s'associe en mettant à disposition un local permettant un hébergement plus conséquent. Le soutien de la municipalité de Briançon est apprécié et reconnu des représentants et bénévoles des mouvements citoyens.

A partir d'avril 2018, des tensions fortes apparaissent avec notamment l'apparition du mouvement politique d'extrême droite Génération Identitaire. Par leurs actions « anti-migrants » médiatisées¹⁹, les membres du groupe cristallisent l'actualité

estimer. Une description plus précise des incidents est relatée dans le document déjà cité : « L'accueil et la défense des droits des personnes exilées dans le briançonnais et les hautes alpes. Constats, initiatives, perspectives » (p.8-9).

¹⁹ « Hautes-Alpes : des militants d'extrême droite lancent une opération anti-migrants », *Le Parisien*, 22 avril 2018 ; « Génération identitaire n'a pas quitté les Hautes-Alpes », *Le Dauphiné Libéré*, 25 avril 2018 ; « Migrants dans les Alpes : opération « Defend Europe » par des militants d'extrême droite », *Le Monde*, 22 avril

locale. Ils érigent une frontière symbolique au col de l'Échelle avec des barricades, louent deux hélicoptères pour « repérer les migrants », « patrouillent » plusieurs semaines sur les sentiers empruntés par les exilés. Sur leurs pancartes installées le long de la frontière, on peut lire les messages suivants : « *closed border – you will not make Europe home – back to your homeland* ». Par ces actions et leurs médiatisations, la figure du migrant intrus et indésirable atteint son paroxysme. Pendant plusieurs mois, jusqu'à la dissolution du mouvement, le débat social et médiatique, du moins au niveau local, s'intensifie autour des mouvements dits « pro » et « anti-migrants » et, *in fine*, sur l'accueil des migrants à Briançon. Comme évoqué précédemment, les attentats de Paris de 2015 renforcent ce sentiment de danger pour « l'intégrité nationale » que représenterait « le phénomène migratoire ». La couverture médiatique et la façon de présenter la migration évoluent également à l'échelle européenne (Georgiou et Zaborowski, 2017 ; Agier, 2016). La presse, qui présente les événements liés aux phénomènes migratoires depuis 2015 comme « une crise des migrants », d'abord marquée d'un discours de sympathie et d'empathie, devient plus méfiante voire hostile envers les migrants (Georgiou et Zaborowski, 2017). On entend parler de « vague migratoire », « d'afflux de migrants », laissant parfois penser à une invasion massive, parfois menaçante. C'est également, suite à l'adoption de la loi Asile et Immigration du 1^{er} août 2018, que s'intensifie la présence des forces policières, « huit fois plus présentes » à Briançon et Montgenèvre (Defossez, 2022).

Les élections municipales de 2020 à Briançon marquent un tournant politique. L'élection d'un nouveau conseil municipal va fortement fragiliser les initiatives solidaires. Le principal lieu d'accueil et d'hébergement géré par l'association Refuge Solidaire est fermé, par décision de la municipalité. Les échanges entre la mairie et les associations sont tendus, et c'est palpable au niveau médiatique. Un nouveau dispositif d'accueil et d'hébergement, privé, sans aucun lien avec la municipalité actuelle, voit finalement le jour, grâce à d'importants donateurs.

1.3 Participer de l'accueil des réfugiés dans un cadre non militant

C'est dans ce contexte de solidarités locales et de tensions citoyennes et politiques que la fondation Edith Seltzer va intégrer le paysage structurel autour des questions de migration en 2016.

Retenue après candidature à un appel à projet de l'Etat, la fondation assure d'abord la création et la gestion d'un CADA de 60 places d'hébergement, depuis août 2016. Son intervention s'inscrit dans « la loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme du

2018 ; « Opération anti-migrants au col de l'Échelle : les Identitaires relaxés en appel », *Le Dauphiné libéré*, 16 décembre 2020.

droit d'asile et la loi du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile et une intégration réussie ». Puis, toujours en réponse à une demande émanant de l'Etat, la fondation élargit son spectre d'intervention auprès du « public migrant » et porte depuis 2019 le dispositif ASBPI. Le CADA et le dispositif ASBPI constituent ce qui est appelé « la filière asile intégration ».

Si la fondation Edith Seltzer se situe désormais comme un nouvel acteur territorial de l'accompagnement des demandeurs d'asile et des réfugiés, je pense qu'elle le fait au gré d'opportunité d'appels d'offres. Bien évidemment la direction fait le choix de candidater, mais je considère qu'elle le fait plus dans une volonté de développer son activité plutôt que pour s'investir à bras le corps à la « cause migrante ». Association généraliste, la politique que la fondation adopte se démarque totalement des mouvements associatifs et citoyens évoqués plus tôt. Il y a une volonté franche de ne pas être associé aux mouvements militants de défense des étrangers. Au-delà de s'émanciper des actions de plaidoyer voire de dénonciation, elle s'oppose même à toute association publique avec les autres mouvements associatifs et refuse la moindre connotation militante à travers ses actions. Les travailleurs sociaux qui exercent au sein des services à destination des migrants sont rapidement informés de la posture attendue. Il ne faut pas être militant à la fondation. Ocellina²⁰, travailleuse sociale au CADA de la Fondation il y a quelques années avant d'intégrer l'ESRP, se remémore un entretien avec sa responsable, peu de temps après son embauche.

Extrait d'entretien

OCELLINA : (...) Ah oui ça me fait penser à quelque chose ce que tu dis là. A mon embauche au CADA, Madame Dalui, elle m'avait dit « *soit vous êtes militante, soit vous travaillez au CADA* ». Voilà. Et que les deux ne pouvaient pas se mélanger. C'était un message très clair.

ALEXIS COLIN : Et toi, tu as réagi comment ?

OCELLINA : Je n'y ai pas du tout répondu parce que c'était quand même une cadre et que moi je venais de débarquer sur le CADA. Que c'est elle qui m'a fait rentrer parce que ça faisait très longtemps que j'avais envie d'y bosser et elle le savait. Donc non non j'ai rien dit.

Si j'aborde ce sujet de la position institutionnelle, c'est parce qu'elle n'est pas sans effets sur les pratiques des travailleurs sociaux, la visibilité de leur travail et des difficultés qu'ils rencontrent. Une anecdote lors d'une journée portes-ouvertes illustre plutôt bien ce dilemme des cadres de direction pris entre volonté de valoriser les activités sans apparaître comme une structure « trop » agissante auprès du « public migrant ».

Carnet de terrain

En octobre dernier, s'est déroulé « le village de la fondation », une journée portes-ouvertes, à laquelle étaient conviés les membres du Conseil d'Administration, les partenaires, les politiciens locaux, des représentants de l'ARS, du Département, de l'État, ... La sous-préfète a également fait le déplacement. C'est un événement d'envergure, à visée de communication sur les activités, qui est inédit. Il est pris très au sérieux, surtout par les cadres, responsables « des pôles ». On nous demande, « salariés de terrain », de préparer des écrits expliquant

²⁰ Tous les noms et prénoms ont été anonymisés.

notre travail, qui seront ensuite mis en forme sur de grands panneaux pour être consultés par les visiteurs. L'ambiance en amont de cette journée est plutôt stressante, c'est la première fois que je ressens un certain contrôle de mon travail. Quelques heures avant l'ouverture officielle, la directrice générale consulte l'ensemble des stands et arrive devant celui de « la filière asile intégration ». Elle nous salue, observe quelques minutes le stand et les panneaux d'information puis réagit : « c'est bien, c'est bien. Ce n'est pas...trop ».

Nous interprétons le sous-entendu, ma collègue présente à ce moment et moi-même, que le stand n'est pas « trop migrant ». S'agit-il ici de considérations politiques personnelles de la directrice générale transposées dans le cadre de son travail ? Ou une question d'enjeux institutionnels, politiques et financiers bien ancrés ? Deux ans plus tard, la direction a changé mais la position reste la même.

Carnet de terrain

Dans un mois, c'est la semaine de l'intégration. Pour l'occasion, la préfecture a demandé à la fondation d'organiser « un évènement » à Briançon, où il nous sera demandé de « présenter nos dispositifs d'accueil et d'intégration des migrants ». Pour la direction cet évènement est l'occasion « d'une belle reconnaissance de notre position sur le territoire ». On nous demande d'y participer pour présenter les missions du dispositif ASBPI et notre travail de terrain. On nous prévient aussi, il faudra « faire preuve de délicatesse et de ne pas s'inscrire dans le contexte politique et médiatisé (...) autour de ce sujet de brûlante activité ». Il ne faudra « pas parler des difficultés rencontrées » (...) Au même moment, 150 migrants dorment dehors suite à la fermeture de l'unique « refuge » associatif et la préfecture annonce le renfort de 84 fonctionnaires et militaires pour « assurer l'étanchéité de la frontière ». (...) Les professionnels et bénévoles qui œuvrent à l'accueil des primo-arrivants, qui sont aussi des partenaires précieux dans notre travail, ne seront pas conviés à cette journée de l'intégration.

Il ne s'agit pas ici de dénoncer des positions politiques des cadres de direction, mais de relever que ces anecdotes montrent la délicatesse du contexte dans lequel évoluent les professionnels intervenant directement auprès du public. Au-delà de ces évènements ponctuels, dans bien des situations courantes de leurs accompagnements, il leur semble risqué de parler de certaines difficultés que les réfugiés et eux-mêmes rencontrent. Comme il leur paraît risqué de dénoncer ou d'envisager la moindre action, le moindre recours, s'ils estiment par exemple que les réfugiés qu'ils accompagnent subissent un préjudice ou une inégalité de traitement.

Dans ce contexte, les difficultés que rencontrent les travailleurs sociaux dans leurs pratiques et les réfugiés dans leur parcours sont très peu visibles. Aussi, l'activité même des travailleurs sociaux de la filière « asile intégration » tend à s'invisibiliser. D'ailleurs, lorsque sont évoqués les acteurs intervenants auprès de migrants, dans les médias locaux ou dans quelques études récentes, les services et professionnels de la fondation Seltzer n'apparaissent souvent pas. Les travailleurs sociaux du service ASBPI doivent composer dans ce contexte. Ce qui n'est pas sans effets sur leurs pratiques et sans leur poser problème. Il leur est parfois reproché « d'en faire trop » dans leur travail et leur engagement est apparenté à du militantisme. Ceci est d'abord vécu comme un empêchement. Par des stratégies, à la limite de la transgression, ils font de leur travail réel un travail prescrit, finalement accepté et reconnu de leurs cadres. Nous verrons dans la prochaine partie comment les professionnels se sont engagés pour la santé des

personnes qu'ils accompagnent malgré les empêchements de départ évoqués. L'expérience des premiers accompagnements avec les bénéficiaires du service ASBPI va progressivement reconfigurer le périmètre d'action des travailleurs sociaux et modifier l'approche des cadres.

A l'ESRP, j'observe moins de dissonances entre la direction et les professionnelles de terrain sur leur engagement (je parle ici des professionnels de soin et du social qui ont particulièrement participé à l'enquête : Justine, infirmière, Colombe, médecin et Ocellina, travailleuse sociale). Les « frottements » entre engagement et militantisme supposé n'apparaissent pas. Le centre de formation apparaît comme une entité quelque peu à part, avec un fonctionnement assez autonome, moins « relié » au siège. Noyé dans un catalogue de formations diverses, le parcours Français Langue Etrangère (FLE) apparaît comme un nouveau module de formation à destination d'étrangers allophones en situation de handicap plutôt qu'un dispositif spécifique de soutien aux migrants. A l'image de ce que j'observe sur le service ASBPI, par l'expérience de leurs premiers entretiens avec les stagiaires, les professionnelles vont revoir leurs limites d'interventions prescrites et s'engager particulièrement pour la santé des stagiaires.

1.4 S'engager pour la santé des réfugiés. L'expérience de la rencontre comme catalyseur de l'engagement : entre auto-mandat et souci de l'autre

Les premiers accompagnements dans le cadre du dispositif ASBPI commencent en janvier 2019. La « capacité maximale d'accompagnement » est de 15 « ménages » (un ménage pouvant être composé de plusieurs personnes s'il s'agit d'un couple ou d'une famille avec enfants). Les professionnels du service parlent de « mesures d'accompagnement ». Financé par l'État, le dispositif ASBPI constitue une des déclinaisons des plans quinquennaux issus des politiques de lutte contre le sans-abrisme et des politiques d'intégration du public réfugié. Le cadre législatif qui entoure le financement et les missions du service est pluriel, flou pour l'équipe sociale, assez difficile à saisir.

Carnet de terrain, extrait de discussion

FLORENCE (actuelle directrice adjointe et cheffe de service) : (...) En fait c'est interministériel, le dispositif traverse les politiques publiques, les politiques de l'accès au logement des personnes sans-abris, vulnérables. Les politiques asile-immigration, ça rentre dans la stratégie du schéma national asile intégration 2021-2023. Tous ces dispositifs sont adossés à l'Etat, le BOP 104, le PDALHPD²¹.

²¹ Le terme « BOB 104 » utilisé ici par la cheffe du service désigne un budget opérationnel de programme (BOP), destiné à financer sous forme d'appels à projet des actions « favorisant l'intégration de personnes étrangères ». Le PDALHPD est le plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des

L'objet de ces mesures d'accompagnement, tel qu'il est décrit dans la convention de financement entre l'État et la fondation, est « de mener une action d'accompagnement global, en faveur des personnes bénéficiaires d'une protection internationale, destinée à garantir leur entrée, leur maintien et leur autonomie dans le logement ». Si la dimension d'accompagnement global apparaît, la mission du service est surtout entendue comme une aide à l'intégration par un soutien au logement, par l'ancienne directrice adjointe du service qui participe à sa création²². Myriam, seule éducatrice lors de l'ouverture du service en janvier 2019, qui a aujourd'hui quitté le service, se rappelle.

Extrait d'entretien

MYRIAM (ancienne éducatrice du service) : (...) Au départ c'était que le logement. L'intégration par le logement. Accompagner les sortants de CADA, de CPH²³, pour faciliter l'entrée dans le logement. Accompagner à l'état des lieux, l'ouverture des compteurs d'énergies, la mise en place des droits, tout ça.

La dimension d'accompagnement en lien avec le logement est prédominante. Il est demandé aux travailleurs sociaux de concentrer leur activité uniquement sur les démarches qui relèvent du logement. Le dispositif est décrit par l'ancienne directrice comme « *mal financé, les subventions couvrant à peine les charges salariales et ne permettant même pas d'acheter un véhicule* ». Si elle justifie par des raisons budgétaires la limitation des interventions des professionnels aux démarches de logement (« *on fait pour ce que l'on nous donne* »), on devine aussi une forme de domination de l'État sur le dispositif qu'il finance, dans les propos de la nouvelle directrice (« *quand le financeur te dis tu fais ça, et bien tu le fais, point, tu n'as pas trop le choix en fait* »). Quelles qu'en soient les causes, cette injonction à délimiter l'accompagnement entre en contradiction avec ce que rencontre les travailleurs sociaux dans leur pratique.

Carnet de terrain, discussion téléphonique

SILENE (éducatrice spécialisée) : (...) Dès que ça sortait du logement, on nous disait « faut orienter ». J'en peux plus d'entendre cette phrase-là. Je sais pas si c'est dans tous les départements pareils, mais j'ai l'impression qu'ici il y a des tonnes d'acteurs qui orientent. Mais ils orientent où ? (...)

Cette injonction à orienter dès que l'on « sort du logement » ne convient pas aux membres de l'équipe, pour qui une simple orientation n'est pas satisfaisante puisque les

personnes défavorisées, qui « définit la politique départementale en faveur de l'accès et du maintien dans le logement des publics défavorisés, de l'hébergement et du logement accompagné en faveur des personnes définies comme prioritaires selon l'article L.441-1 du Code de la Construction et de l'Habitation (CCH) ».

²² Ce qui n'est pas étonnant tant, dans les documents conventionnels entre l'Etat et la fondation, l'accent est mis sur l'accompagnement pour le logement et l'emploi. Même si cela n'entre pas dans mon sujet ici, la question du risque d'instrumentalisation de ce type de dispositif se pose.

²³ Les centres provisoires d'hébergement (CPH) sont des structures d'hébergement pour des bénéficiaires de la protection internationale. En plus de l'hébergement, un accompagnement socio-professionnel est proposé. Environ la moitié des réfugiés enquêtés ont été hébergés en CPH à leur sortie de CADA et avant d'entrer en « logement autonome ». Ce sont les travailleurs sociaux de CADA, en accord avec les réfugiés, qui demandent ces orientations vers les CPH. Si les CPH peuvent être considérés par ces travailleurs sociaux comme une étape utile parce qu'ils jugent que certains réfugiés ne « sont pas assez autonomes » pour intégrer un logement, les orientations vers les CPH se font souvent à défaut de trouver un logement ordinaire pour les personnes.

réfugiés se retrouvent confrontés, en partie à cause de la non maîtrise de la langue française, à des difficultés voire une impossibilité d'accueil des « acteurs de droit commun ». Ces injonctions à délimiter leurs interventions aux démarches liées au logement ou à se contenter « d'orienter vers », tout en étant dans une logique d'accompagner à l'intégration, sont vécues comme paradoxales. Par l'expérience des premiers « suivis » auprès de réfugiés, Myriam explique que rapidement elle ne peut suivre cette injonction à accompagner seulement aux démarches en lien avec le logement ou à se contenter d'orienter.

Extrait d'entretien

MYRIAM : (...) Je remontais qu'il y avait des besoins, et que si on avait la vocation de faciliter l'intégration, que si on faisait pas un accompagnement sur tout, on loupait quelque chose. La question de l'intégration en général, de santé, l'emploi, la formation, les emplois, etc. Stabiliser tout ça. Les problèmes se sont posés au fur et à mesure sans que le droit commun ne réponde. On a vu qu'on passait finalement beaucoup de temps à informer les administrations, le droit commun, à informer des besoins du public. A faire la place à ce public-là en fait. A expliquer comment accompagner ces personnes-là. Tu te retrouves en face de gens qui parlent à des gens qui n'ont pas du tout avancé dans leur alphabétisation. Tu te dis que là faut y aller parce que y'a une partie de sa vie qui va durer des années quoi. (...) On me reprochait d'en faire trop, « *il faut réduire le seuil de vos exigences Myriam* ». Moi un moment je me suis fâchée (...) Elle [personne réfugiée] peut pas s'installer dans son logement seulement, si autour elle est isolée, si elle comprend pas ce qu'il se passe autour. Et notamment au niveau du soin. Si les personnes n'ont pas de problèmes psy, de dents, de trauma, ça va. Mais sinon, ça vient mettre un gros caillou dans l'engrenage. C'est là qu'on s'aperçoit qu'il y a tout un travail à faire sur ce que c'est une maladie, tous les spécialistes, la psychiatrie, une séance avec un psychologue. Ça si tu leur expliques pas ils peuvent pas l'inventer. (...) Tu te dis que là faut y aller parce que y'a une partie de sa vie, qui va durer des années quoi. (...) Moi j'étais aussi dans l'interventionnisme, mais je pense quand même que c'était essentiel d'intervenir pour stabiliser.

En étant directement confrontée aux souffrances et difficultés des personnes qu'elle accompagne, Myriam, à l'instar de ses collègues qui la rejoignent plus tard, s'engage à les soutenir malgré la prescription de son activité. Nous sommes ici aux prémices du « processus de care » (Tronto, 2009, p.147), où l'expérience de la rencontre permet la reconnaissance des besoins et le souci d'y apporter une réponse. Un an après la création du service, en réponse à une demande croissante, la capacité maximale d'accompagnement passe de 15 à 35 ménages. Cette augmentation de capacité s'accompagne de financements supplémentaires qui permettent l'embauche de deux nouvelles éducatrices spécialisées. L'arrivée de nouvelles salariées sur le service va constituer un réel soutien puisqu'elles vont vivre et partager les constats de Myriam.

Carnet de terrain, discussion téléphonique

SILENE (éducatrice spécialisée) : (...) Quand Myriam était toute seule elle était pas vraiment entendue. Le fait qu'on soit plusieurs à faire remonter les mêmes choses, ça a donné du crédit à Myriam.

Les difficultés que rencontrent les réfugiés dans leurs parcours de soin, vis-à-vis de l'intercompréhension notamment, renforcent l'engagement des professionnelles. Au départ, elles cachent ou minimisent leur soutien à la santé des réfugiés, elles rudent,

notamment en se servant du flou qui entoure la définition de leurs activités. Le terme « intégration » qui apparaît dans tous les documents censés cadrer l'intervention des professionnels, qui est aussi le maître mot dans les discours des cadres ou des financeurs, n'est jamais réellement défini. Les travailleuses sociales utilisent ce flou sémantique pour redéfinir comme elles l'estiment nécessaire leur activité. Elles s'écartent « du mandat prescrit pour s'attribuer un mandat adapté aux circonstances » (Ravon, Vidal-Naquet, 2018, p.75), ce que les auteurs appellent « l'auto-mandat » (*idem*).

Carnet de terrain, discussion téléphonique

SILENE : (...) Les phrases qui sont mises [dans les différents documents institutionnels qui cadrent l'activité] sont tellement fourre-tout. C'est tellement vague, ces grandes phrases qui sont vides de sens... On retrouve les mêmes mots partout, des grands mots du social, autonomie, vulnérabilité, intégration. Quand j'accompagne quelqu'un au soin, je me dis que ça fait partie de l'intégration et même du logement. Qu'elle ne peut pas être bien dans son logement si elle n'est pas en bonne santé (...) Quand Florence [directrice] me dit « là on sort de nos missions », je m'appuie là-dessus. Je dis que ça fait partie de l'intégration de la personne et que c'est marqué dans nos contrats. (...) Y'a un côté liberté de manœuvre, même s'il peut y avoir énormément de travers je pense. On fait chacun comme on le sent.

Progressivement, la nécessité d'accompagner plus globalement les personnes en réponse aux souffrances qu'elles expriment et aux difficultés qu'elles rencontrent va être acceptée. Une énième expérience de reconnaissance de la nécessité de « se soucier » de la santé des réfugiés, significative aux yeux de Silène et Myriam, semble faire événement.

Extrait d'entretien

SILENE : Quand je suis arrivée, c'était axé logement. Je pense que ça a évolué aussi parce que les gens [réfugiés] ont eu de gros quiproquos. Parce qu'au début on s'inquiétait juste que les gens aient un médecin traitant (...) Quelqu'un qui n'est pas allophone, ouais quelqu'un qui parle français, qui maîtrise le français, je vois là chez le médecin, elle comprend ce que le médecin lui dit. Il y a peut-être des choses dans les procédures à suivre ou euh...qui vont pas être comprises. En lien avec le système de santé qui est propre à la France mais du coup sur le diagnostic, ou sur ce que dit le médecin ils comprennent quand même ce qu'il y a à faire. Quelqu'un qui est allophone moi j'ai eu le cas d'une dame, sur l'ASBPI, qui en fait avait fait un frottis, et euh du coup, elle a cru pendant un mois qu'elle avait le cancer du col de l'utérus. Parce qu'on lui avait fait un frottis, que le médecin avait dû lui parler du cancer du col de l'utérus, que c'était pour dépister justement, éviter, euh, le cancer. Et elle bichette pendant un mois elle a cru qu'elle avait le cancer. Elle avait pas compris ce que le médecin lui avait dit.

ALEXIS COLIN : Et comment toi tu as décelé ça ?

SILENE : J'ai décelé ça super tard. Bah en fait un moment elle m'en a parlé mais tard parce qu'au bout d'un moment elle était super inquiète justement par rapport à ça. Et du coup je lui ai demandé de m'expliquer exactement ce que le docteur avait fait.

AC : Toi t'étais pas présente à la consultation médicale ?

SILENE : J'étais pas présente, sur l'ASBPI on est pas censé suivre, accompagner ça, donc bah voilà (silence) je (silence) elle avait déjà son médecin traitant, elle sortait du CPH donc y'avait quand même eu déjà dans le parcours d'intégration plusieurs étapes de franchies. Et du coup elle est venue elle m'en parler un jour. Et quand elle m'a expliqué l'examen qu'elle avait fait, j'ai dû lui expliquer ce que c'était parce qu'en fait elle avait pas compris. Et ça faisait un mois qu'elle était super mal parce qu'elle pensait qu'elle avait un cancer.

Extrait d'entretien

MYRIAM : (...) Silène elle a dû te parler de Lala [surnom tinté d'affection], tu vois quand elle est allé voir pour sa glande thyroïde, elle a cru qu'elle avait un cancer ! C'était hyper inquiétant

pour elle et pour sa famille. Tu peux pas te dire moi je suis là que pour le logement (...) Le fait d'en avoir parlé, de l'avoir fait remonter, Florence [directrice du service] elle était quand même à côté, et elle a vu les choses se dérouler. Elle a vu l'importance de voir les choses se passer comme ça (...) Florence elle a été sensible à ça. Elle est allée à la DD [abréviation couramment employée pour nommer le service d'État financeur], elle leur a expliqué tout ça.

En écho aux retours d'expériences répétés des professionnels, le travail réel d'accompagnement, « sur mesure » (Astier et Medini, 2019, p.71), à la carte selon les difficultés exprimées par les réfugiés ou observées par les travailleurs sociaux va progressivement devenir la norme et le travail prescrit. Les missions sont redéfinies avec la directrice pour laisser plus d'amplitude dans les domaines d'intervention possibles. Le soutien au soin devient une des missions premières, incarnée au dispositif, affichée comme telle y compris auprès du financeur. Plus récemment, au cours de mon travail d'enquête, la directrice parvient à faire allouer un budget auprès du service financeur de l'État pour financer de l'interprétariat classique puis pour de l'interprétariat spécialisé en santé (là encore, à l'origine, par les remontées de l'équipe sociale).

On voit ici la reconfiguration progressive du dispositif ASBPI et de ses missions. Une reconfiguration née de l'expérience des rencontres entre travailleurs sociaux et réfugiés, ainsi qu'une confrontation commune aux difficultés qu'ils rencontrent dans leurs parcours et interactions de soin. Une reconfiguration qui part d'une mobilisation plutôt individuelle incarnée ici par Myriam, puis un écart collectif au travail prescrit, pour accompagner au soin. Les professionnels « visibilisent » les difficultés que rencontrent et expriment les réfugiés, et par la même occasion la nécessité d'accomplir leur travail comme ils le font, dans un intérêt commun de « *faciliter l'intégration* ». En faisant reconnaître les difficultés que rencontrent les réfugiés et qu'eux-mêmes rencontrent dans leur accompagnement, ils ont redéfini les rôles et façonné le dispositif tel qu'il est aujourd'hui. On voit selon moi ici « le double mouvement, par lequel les politiques trouvent leur expression dans des institutions qui circonscrivent les pratiques des agents et, simultanément, les pratiques des agents façonnent les institutions qui, à leur tour, configurent les politiques, en considérant les institutions non comme des réceptacles des unes et des autres, mais comme des dispositifs qui régulent en même temps qu'ils sont régulés » (Fassin, 2012, p.652).

A l'ESRP, on retrouve une forme d'engagement assez similaire, née de la rencontre et de la reconnaissance des besoins, visible par un dépassement du mandat prescrit. L'établissement compte au minimum 90 stagiaires sur l'ensemble de l'année, que Justine (infirmière), Colombe (médecin) et Ocellina (travailleuse sociale) doivent obligatoirement rencontrer à leur entrée et à leur sortie de l'ESRP. Ainsi, les stagiaires qui ne bénéficient pas d'un accompagnement soutenu peuvent éventuellement n'être rencontrés que deux fois par les professionnelles. Pour les stagiaires du parcours FLE, un accompagnement spécifique et soutenu se met rapidement en place pour la majorité d'entre eux, bien qu'il ne soit initialement pas prévu. L'arrivée « *des FLE* » vient là aussi

reconfigurer l'organisation du service, donnant quantitativement plus de temps de travail dédié à leur accompagnement médico-social.

Extrait d'entretien

ALEXIS COLIN : A la base, vous ne devez pas particulièrement plus voir les FLE que les autres stagiaires si ?

OCELLINA : Non, normalement non.

AC : Ca a changé les choses l'arrivée des FLE par rapport à votre organisation, votre fonctionnement ?

OCELLINA : Oui complètement. Y 'a moins d'autonomie, et puis tu vois bien, un entretien prend deux fois plus de temps. C'est pour ça que Sarah qui m'a remplacé pendant mon congé mat est restée. Parce qu'avec le FLE on a demandé plus de temps. Et Justine [infirmière] elle demande aussi un temps infirmier en plus pour l'année prochaine.

Les professionnelles ne se contentent plus d'orienter, comme cela leur est prescrit sur leur fiche de poste.

Extrait d'entretien

COLOMBE (médecin) : C'est un peu bâtard parce qu'on est un ESMS mais pas un établissement de soin, on n'en fait pas d'ailleurs (...) Moi normalement je ne fais pas de soin, d'ordonnance, de choses comme ça. Dans les faits j'en fais un peu, mais je leur [les stagiaires] dit que ce n'est pas leur rendre service (...) Avec les FLE, y 'a un peu un traitement de faveur, parce que c'est de l'aigu (...) et ils comprennent pas tout et ils ont plus de demandes que les autres.

Extrait d'entretien

ALEXIS COLIN : Mais finalement tes missions sur le FLE elles diffèrent pas des autres stagiaires ?

JUSTINE (infirmière) : Si, si.

AC : Mais parce qu'on t'a dit que tes missions seraient différentes sur le FLE ou c'est toi qui intervient différemment ?

JUSTINE : Bah en même temps, j'ai bien vu (...) Moi je m'étais dit ça va être un peu d'écoute, un peu d'aide au parcours. (...) C'est qu'il y 'a le papier et la réalité.

Là encore, l'engagement se niche dans l'expérience de la rencontre et du lien avec l'autre. Elles découvrent et se confrontent par leurs premières expériences avec les FLE (Justine parle à un moment « *d'initiation* »), à une réalité jusqu'alors inconnue pour elles (« *j'ai bien vu* », nous dit Justine). On devine dans leurs discours, après les premiers entretiens avec les FLE, ce qui justifie leur engagement particulier. Elles vivent avec les réfugiés, par leur accompagnement et la proximité établie, les difficultés que rencontrent couramment ces derniers dans leur parcours comme dans leurs interactions liées à la santé. En l'absence de dispositifs spécifiques (Pian, *et al*, 2018, p.56), ou d'autres formes de soutien dont pourraient disposer les personnes (famille, amis,...), les professionnelles se saisissent du problème « à bras le corps ». Bien conscientes et sensibles des inégalités de santé, voire de l'inégalité des vies, que cela produit, elles cherchent à corriger la situation.

Extrait d'entretien

JUSTINE : (...) les difficultés que tu peux avoir juste pour récupérer un cacheton. Tu rentres dans une pharmacie, là on a plus de Solupred, il faut aller ailleurs. Bah rien que ça, rien que ça c'est l'enfer quoi. De comprendre quoi. Bah oui. Et tu fais l'effort de rentrer dans une

deuxième pharmacie et (silence) Et puis on te file un paquet, comme ça... (montre un paquet de médicaments) et ... (rire).

ALEXIS COLIN : En fait toi t'es confrontée à ça au moment où t'es avec eux et ...

JUSTINE : (coupe la parole) Mais eux c'est tout le temps.

(...) Là tu vois pour Moaiad [un stagiaire FLE] on est allé (silence) alors (silence) (...) On va chez le médecin, c'est quand même le parcours du combattant. On est allé chez Poignant [médecin généraliste], Poignant elle a prescrit une radio, un bilan sanguin, et allez avec ça un scanner, aller chez le pneumo, le pneumo nous envoie chez le gastro. Enfin tu vois que c'est quand même euh....Tu peux vite t'arrêter en fait. Au niveau du parcours de soin, il peut vite s'interrompre. Ou il peut vite y avoir une rupture. Pour pas grand-chose. (...) Et du coup tu sens vraiment que si t'as pas un suivi en fait à chaque fois ils repartent de zéro en fait. Re prise de sang, si tu changes de toubib tu peux être quasiment sûr qu'il va tout te refaire faire. Faut vraiment qu'il y ait cette continuité qu'il y ait pas trop d'espace entre les...les...là par exemple il avait un bilan. Ah bah le bilan il est du mois de novembre on va quand même en refaire un. Mais en fait quand ils te disent ça ils se rendent pas compte du parcours que c'est de refaire tous ces bilans. Je commence à expliquer à Moaiad je fais pffff, mais non. Si t'es pas accompagné, je pense que tu peux vite avoir une rupture de parcours. Kerem [un autre stagiaire FLE] y 'a quelqu'un qui fait l'interprétariat, qui est bien au courant du dossier, de sa famille. Bah là vraiment y 'a du suivi quoi. (...) Je pense que sous couvert de mauvaise compréhension (silence) tu peux aussi aller à la simplicité, enfin... ouais à la simplicité pour le praticien qui va le voir. Bon bah t'as pas les infos bon bah du coup euh...il se passe pas grand-chose quoi. Tu perds du temps. Et tu vois ça au fur et à mesure des années, bah tu le perds en espérance de vie quoi.

Il y a aussi, par la rencontre, les récits et la découverte des corps « abimés », à soigner. Dans cet extrait Justine raconte comment, à la lecture du dossier médical d'un stagiaire sortant de prison, elle s'est rendue compte de « *ce que c'est de vivre en prison* ». Elle compare cette situation à celle des stagiaires FLE. Les séquelles de l'exil, qu'elles soient physiques ou psychiques, leur apparaissent alors réellement, visibles sur les corps ou les documents.

Extrait d'entretien

ALEXIS COLIN : Que ce soit Colombe [sa collègue médecin] ou toi, vous faites souvent le parallèle entre les API²⁴ et les FLE.

JUSTINE (infirmière) : Moi je fais le parallèle sur le côté mauvaise santé quand même. (...) Cette année je pense que ce qui m'a choqué c'est ça. On n'a pas la même posture (silence). Enfin on se comporte pareil avec tout le monde. Y'a pas un comportement spécifique avec les FLE mais entre les FLE et les API, j'ai pas la même approche. Parce que j'ai pas l'impression d'être dans une prestation de service, j'ai l'impression d'être dans le soin. Si je fais ce parallèle-là, si tu veux, c'est parce qu'on avait quelqu'un qui sortait de prison en API. Donc j'ai carrément réalisé ce que c'est de vivre en prison, que la prison c'était vraiment pas un endroit où t'es en bonne santé. Enfin où tu pouvais être en bonne santé. Et que, bah y 'a certain FLE là, ils sont pas en très bonne santé... C'est là où je fais le parallèle cette année (...) Les FLE et certains API, ils sont en moins bonne santé que les autres. Tu les laisses pas comme ça (...) Tu peux pas te dire, on verra ça plus tard tu vois.

Nous venons d'observer comment prend forme l'accompagnement de professionnels médico-sociaux auprès de réfugiés, malgré les contraintes de leur

²⁴ Le parcours API (apprentissage par l'immersion) est un autre module de formation proposé par le centre de formation. Ce parcours de 9 mois est à destination de personnes dites « *éloignées de l'emploi* ». Je suis assez intrigué, lors de mes échanges avec les professionnelles, qu'elles fassent si souvent la comparaison entre « les API » et « les FLE ».

institution et dans un contexte qui ne facilite pas leur prise en charge au niveau du soin. Les deux dispositifs ont le point commun de s'organiser principalement à travers la relation d'accompagnement (qui est d'ailleurs très rapidement contractualisée par un contrat d'accompagnement ou un projet personnalisé selon le dispositif). Une relation paradoxalement peu circonscrite par l'institution, ce qui laisse la possibilité aux professionnels, avec les réfugiés, d'investir comme ils l'entendent (auto-mandat) les contours assez flous des prescriptions de leurs interventions²⁵. En « s'engouffrant » dans les marges floues du cadre prescrit, ils s'engagent avec les réfugiés pour faire face aux difficultés que ces derniers rencontrent. L'engagement est ici à entendre sous une dimension morale et affective, par le fait « d'être "pris", en pratique et de manière non nécessairement réfléchi, par un sentiment de responsabilité vis-à-vis de la détresse d'autrui, dans le face-à-face et la proximité des corps » (Lévinas, cité par Corcuff, 2005, p.5). Cet engagement prend donc corps dans l'expérience de la rencontre. Passé le temps de la reconnaissance des besoins et de l'évaluation de la possibilité d'y apporter une réponse (ce que Tronto appelle le « caring about, se soucier de », 2009, p.147), les professionnels assument leur responsabilité à agir (« *tu peux pas te dire, on verra ça plus tard* », « *faut y aller* ») et déterminent les réponses à apporter (« taking care of, prendre en charge », la deuxième phase du « processus actif de care », toujours selon Tronto). On peut également parler, à l'instar d'Estelle d'Halluin-Mabillot, de l'émergence « d'une cause médicale » des professionnels pour les réfugiés (2012, p.122).

L'infirmière de l'ESRP et les travailleurs sociaux du dispositif ASBPI s'immiscent alors dans le parcours et dans les situations de soin des réfugiés. Ils les rencontrent pour préparer, expliquer le soin, principalement sous forme d'entretiens plus ou moins formalisés. Souvent, aussi, ils accompagnent physiquement les réfugiés à leurs consultations médicales. Nous considérerons ces situations comme des espaces de partages réciproques de fragilités, entre réfugiés, travailleurs médico-sociaux et professionnels de santé. Ce sont ces situations, pendant les consultations médicales, que nous observerons dans le 3^{ème} chapitre (p.46), à l'aune des pratiques et du sens que les acteurs donnent à leurs expériences. Puis, en seconde partie (p.86), nous nous intéresserons spécifiquement et en détail aux pratiques interactionnelles lors de consultations médicales à l'ESRP et en hôpital.

²⁵ Comme ils l'entendent et donc de façon assez subjective. Par exemple, tous les professionnels ne sont pas d'accord sur « le degré, l'intensité, la fréquence ou les manières d'accompagner » qu'il conviendrait de proposer. « *Y'a un côté liberté de manœuvre, même s'il peut y avoir énormément de travers je pense. On fait chacun comme on le sent* » exprime Silène (p.26). Les termes comme « degré d'accompagnement » sont assez flous là aussi en pratique, ils peuvent faire référence au temps passé auprès de la personne, au fait de l'accompagner physiquement dans ses démarches ou de seulement l'orienter, en fonction de l'évaluation subjective des capacités de la personne par le travailleur social (par exemple son niveau de maîtrise du français ou son parcours d'accompagnement passé, etc.). C'est le « rapprochement » des professionnels au public qui induit ce type de questionnements, notamment autour de la partialité dans les actions des professionnels (Breviglieri, 2005, p.4).

Je propose avant cela de présenter les deux terrains d'enquête, la construction du dispositif méthodologique mis en place ainsi que quelques questionnements inhérents à ma démarche de recherche.

Ethnographier le soin des réfugiés

Je présente ici les deux terrains et le dispositif d'enquête, ainsi que mon parcours dans la recherche, donnant à voir la dynamique et les spécificités de celle-ci. Le lecteur découvrira également d'autres éléments descriptifs des terrains et des personnes enquêtées au fil de la lecture, en lien avec l'analyse proposée. J'aborde également mes différentes postures, les possibles biais que j'ai repéré et quelques réflexions éthiques relatives à l'enquête et parfois transposables à ma pratique professionnelle.

2.1 Une enquête multi-située

Mon enquête s'appuie sur deux terrains : un service d'accompagnement social pour bénéficiaires d'une protection internationale (ASBPI) et un établissement et services de réadaptation professionnelle (ESRP), tous deux portés par la Fondation Edith Seltzer dans les Hautes-Alpes.

Fondée en 1931 pour soigner des infirmières et assistantes sociales touchées par la tuberculose, « *la Fondation* » a progressivement développé ses activités selon les besoins du territoire pour intervenir aujourd'hui dans de nombreux domaines, auprès de publics variés (handicap, protection des mineurs, médecine polyvalente, logement, formation professionnelle,...)²⁶. Employeur privé le plus important du département (environ 600 salariés), elle est souvent décrite comme « *un mastodonte, une grosse machine de la santé et du secteur médico-social du département* ».

Le dispositif ASBPI (accompagnement social des bénéficiaires de la protection internationale), dans lequel je travaille, constitue le premier terrain de cette enquête. Je l'ai logiquement investi puisque, comme je l'ai expliqué plus tôt, c'est le vécu de certaines situations problématiques dans le cadre de mon activité professionnelle qui m'a fait entrer en formation ANACIS et définir l'objet de ma recherche.

Initialement entendu par la direction comme un service d'accompagnement aux démarches liées au logement, les premières expériences d'accompagnement et l'engagement des professionnels vont reconfigurer les missions du service (p.23-31). Soutenu en début de mesures pour les démarches liées au logement, l'accompagnement social devient global, centré sur les problématiques rencontrées et exprimées par les

²⁶ Pour d'avantage d'information concernant la Fondation Edith Seltzer et son champ d'action, voir le site internet : <<https://www.fondationseltzer.fr>>.

personnes bénéficiaires. Le soutien aux démarches de santé est prépondérant. A la fois parce nous, travailleurs sociaux du service, remarquons « *des besoins* » mais également parce que les demandes des « *BPI* »²⁷ à être soutenus dans leurs démarches de santé sont fréquentes. Nous orientons et conseillons parfois, nous préparons en amont les consultations à venir pour les réfugiés. Très régulièrement, nous accompagnons les personnes surtout quand elles ne maîtrisent pas suffisamment le français et participons donc à leurs consultations médicales. Nous occupons alors une place de tiers accompagnants dans les situations de soin que rencontrent les réfugiés avec de nombreux professionnels de soin (médecins généralistes ou spécialistes, psychiatres, psychologues, infirmier(e)s, etc.). On pourrait parler d'une activité de soutien à la santé des réfugiés, en coulisse, au bord du soin. Ce terrain, et la place que j'y occupe, m'offrent une prise intéressante pour observer les interactions en situation de soin.

L'entrée à partir de ce dispositif me laisse la possibilité d'enquêter auprès de 3 catégories d'acteurs : les travailleurs sociaux du dispositif, les bénéficiaires du service et les professionnels de santé avec qui les deux premiers sont en lien. Se voulant initialement, peut-être trop radicalement, « du côté » des réfugiés, mon enquête se situe principalement du point de vue de ces derniers et de leurs soutiens²⁸. Je n'exclus toutefois pas totalement les professionnels de santé que réfugiés et soutiens rencontrent.

Les bénéficiaires du service sont tous bénéficiaires d'une protection internationale (c'est une condition pour pouvoir être accompagné par le service). Ils sont donc toutes et tous en situation régulière, protégé(e)s au titre de l'asile. Si la régularisation administrative apporte bien sûr une relative stabilité de séjour, les situations « *des BPI* » sont souvent délicates et précaires à bien des égards²⁹. Tous sont locataires d'un logement social. C'est d'ailleurs à la condition d'être locataire d'un logement que l'accompagnement peut commencer. « *Les BPI* » ont tous connu un parcours de migration et la grande majorité a été hébergée en CADA (centre d'accueil pour demandeur d'asile) pendant leur demande d'asile et parfois en CPH (centre provisoire d'hébergement), à leur sortie du CADA. C'est généralement à l'initiative des travailleurs sociaux de ces services que l'accompagnement social BPI leur est proposé.

²⁷ « *BPI* » pour bénéficiaires d'une protection internationale. C'est le terme principalement employé par les professionnels du service pour désigner les personnes accompagnées.

²⁸ Je propose dans ce chapitre (p.43) une réflexion sur ma prise de partie initiale dans l'enquête, puis la révision progressive de cette perspective.

²⁹ J'ai un temps voulu consacrer une partie dans ce mémoire aux problématiques périphériques à la santé des réfugiés, qui ont parfois une incidence sur celle-ci, notamment en termes de santé mentale. Pour une question de place et de temps, j'ai finalement dû renoncer. Ce que je cherche à faire comprendre ici, c'est que les réfugiés ont souvent des préoccupations et problématiques, parfois directement liées à leur condition de réfugié, qui s'entremêlent à la santé ou qu'ils jugent prioritaires par rapport à la santé (on l'observera d'ailleurs dans le discours de certains professionnels médico-sociaux ou de santé). De manière non exhaustive, je pense notamment à la longue attente que leur famille puisse les rejoindre (tant pour des raisons économiques qu'administratives), la difficulté à apprendre le français (INSEE, 2023, p.30) et la suspicion de « mauvaise volonté » qui s'en dégage, l'obtention du statut qui signifie également ne plus pouvoir retourner dans son pays, les nombreuses complexités d'accès aux droits et injonctions administratives liées au statut administratif.

S'ils acceptent, la relation d'accompagnement est contractualisée pour une durée initiale de 6 mois, les « mesures d'accompagnement » pouvant être renouvelées pour 6 mois supplémentaires. En 2022, tous les contrats ont été renouvelés au-delà de 6 mois. Ce sont les travailleurs sociaux du service et les personnes qui décident conjointement de renouveler ou non le contrat. Sur l'ensemble de l'année, 35 ménages représentant 78 personnes, bénéficient d'un accompagnement social BPI. On compte parmi eux 26 enfants. Chez les adultes, la moitié a entre 25 et 30 ans, puis les âges sont également répartis entre les 20-25 ans, 30-35 ans, 35-40 ans et 40-45 ans. Seules 2 personnes ont entre 45 et 50 ans.

Figure 4. Tableau : répartition des ménages et personnes accompagnées par origine et typologie des ménages (ASBPI)

Origine	Nbr de ménages	Nbr de personnes	Typologie des ménages					
			Homme seul	Femme seule	Femme seule avec enfant(s)	Homme seul avec enfant(s)	Couple avec enfant(s)	Couple sans enfant
Afghanistan	14	14	14	0	0	0	0	
Nigéria	5	10			5			
Soudan	3	6	2				1	
Tchétchénie	1	6					1	
Syrie	2	13					2	
Somalie	2	3		1	1			
Erythrée	1	1	1					
Georgie	1	2						1
Sénégal	1	5					1	
Gambie	1	1	1					
Cameroun	1	6					1	
Russie	1	5					1	
Guinée Conakry	1	2				1		
Apatride	1	4					1	
TOTAL	35	78	18	1	6	1	8	1

Venons-en maintenant aux professionnels du dispositif ASBPI. Pendant l'enquête de terrain, nous sommes cinq professionnels à composer le service : une directrice adjointe faisant fonction de cheffe de service et quatre travailleurs sociaux. J'enquête principalement auprès de/avec Silène et Solange, toutes deux éducatrices spécialisées. Elles occupent une place particulière dans l'enquête tant elles se sont investies à nourrir mon corpus de données. Sans d'abord m'en rendre compte, je pense avoir su les enrôler dans le travail d'enquête, toutes deux passant d'enquêtées à enquêtrices, et me faisant reconnaître auprès d'elles comme apprenti chercheur. Solange reste en poste les 4 premiers mois du début de mon enquête. Elle est d'abord embauchée pour me remplacer un mois puis reste « en renfort » face à une charge d'activité importante.

Solange a 61 ans, une expérience d'une quinzaine d'années en tant que travailleuse sociale. Intervenir auprès de réfugiés allophones est nouveau pour elle, sa seule expérience, personnelle, étant l'accueil d'un couple roumain chez elle pendant 6 mois, « *fin 1991 à début 1992 (...) parce qu'il n'y avait pas de places pour eux dans le CHRS où je travaillais à l'époque* ». Sa présence est précieuse puisqu'elle me permet de l'accompagner à certaines consultations médicales. Elle est la seule, avec moi, à travailler sur le secteur briançonnais. Nous intervenons en effet par « territoire géographique » (secteur sud du département pour deux de mes collègues, secteur nord pour Solange et moi). Silène a 38 ans, elle travaille depuis deux ans sur le secteur sud Gapençais, à quasiment deux heures de route de Briançon. Son expérience auprès de populations étrangères est plus garnie : plusieurs voyages à l'étranger, un séjour humanitaire de 4 mois à Madagascar et 4 ans auprès de « *MNA³⁰, mais beaucoup de francophones, contrairement à l'ASBPI* ».

En juin 2022, me laissant circuler dans l'enquête de terrain au gré des parcours de soin des réfugiés que j'accompagne, je suis amené à participer, et observer, une rencontre de pré-admission réunissant Yassin et l'équipe médico-sociale d'un établissement et services de réadaptation professionnelle. Yassin, comme une quinzaine d'autres « *stagiaires* », intègre deux mois plus tard cet établissement médico-social pour participer à une formation « français langue étrangère » (FLE) d'une durée de 10 mois. Tous ont une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) et leur entrée est conditionnée par la validation de la MDPH 05 (maison départementale des personnes handicapées). Les missions de l'ESRP s'articulent autour de la formation et de l'accompagnement médico-social. Il y a donc une dimension de soin et d'accompagnement social dans ce que propose l'organisme, au-delà de l'aspect formation. Justine (infirmière), Colombe (médecin) et Ocellina (travailleuse sociale) sont chargées de ce travail. Les deux premières vont rencontrer en consultation, plusieurs fois dans l'année, les stagiaires FLE qui le demandent ou qu'elles estiment nécessaire de rencontrer. C'est la première fois que ce module de formation est proposé et la première fois que l'établissement accueille spécifiquement des personnes peu ou non francophones, ayant connu un parcours de migration. C'est à l'initiative de Sébastien, formateur devenu récemment directeur de l'ESRP que la formation a vu le jour. Ancien formateur FLE, il fait le constat « *qu'il y a du besoin, et que les deux types de formations existantes à Briançon ne sont pas adaptées* » à tous. Il propose un projet de formation FLE spécifiquement à destination de personnes en situation de handicap auprès de l'ARS (agence régionale de santé) et de la MDPH 05, favorablement reçu. Pour Colombe (médecin), la formation FLE arrive de façon assez soudaine puisqu'elle est « *revenue de congé maternité au moment où le FLE commençait* ». Pour Justine (infirmière), c'est « *un peu arrivé comme ça, mais ça a été réfléchi avant* » par sa direction. Toutes deux ont peu

³⁰ Mineurs non accompagnés. Terme utilisé pour désigner des personnes de nationalité étrangère, âgées de moins de 18 ans, présentes sur le territoire français sans la présence de représentants légaux.

d'expérience professionnelle auprès de population migrante. Colombe a 33 ans, elle a travaillé 6 mois en centre de santé à Grenoble, « avec une population très mixte mais très peu de rencontres avec des personnes aussi peu intégrées que les FLE ». Justine a 37 ans, elle a travaillé pendant 5 ans en service de psychiatrie, 2 ans en dialyse et en médecine. Elle ne sait plus vraiment si elle a déjà rencontré des migrants peu francophones lors de ces expériences professionnelles, « peut-être une fois ou deux », mais cela ne « l'avait pas marqué ». Sur son poste actuel, sa mission initialement prescrite est de coordonner et conseiller sur le parcours de soin. Ocellina (travailleuse sociale), bien qu'elle ne participe pas aux consultations, travaille en lien étroit avec l'infirmière et la médecin. Ocellina fait dans un premier temps office de ressource pour ses collègues. Elle a travaillé en CADA un an et auprès de migrants en outre-mer plusieurs années.

Si je décide d'investir particulièrement ce terrain, c'est qu'il illustre le contexte que je cherche à observer : des professionnelles de santé et du médico-social qui accueillent, sans y être réellement préparées, des migrants non ou peu francophones. L'arrivée des FLE dans l'établissement laisse présager des « expériences déstabilisantes » (Heritage, 1991, p.98), ce qui est emblématique de ce que je cherche à observer et décrire, et particulièrement illustratif ce que je vis en tant que travailleur social du dispositif ASBPI : comment soutenir, collaborer, accompagner, interagir, alors que les conditions et le contexte de l'interaction semblent totalement nous échapper (« quand on ne sait que faire, que fait-on ? »³¹). Aucune disposition particulière n'est mise en place pour que les professionnelles mènent leurs entretiens et consultations avec les stagiaires allophones. Je présuppose, avant même que les premières consultations s'organisent, que ce terrain sera la scène de micro-épreuves en interactions pour les professionnelles et les stagiaires et qu'il s'agit là d'une opportunité d'enquête à saisir. Les consultations que j'observe se déroulent sans interprètes professionnels et de façon très occasionnelle avec un interprète *ad hoc*³². Les membres de l'équipe médico-sociale s'inquiètent de la façon dont ils vont pouvoir accueillir et rendre le service qu'ils doivent proposer auprès de ces personnes, qui n'étaient pas vraiment prévues. L'arrivée des stagiaires de cette nouvelle formation FLE vient bousculer le cours habituel « des choses », elle marque une rupture du quotidien et des activités routinières pour les professionnelles enquêtées.

Ce contexte, bien que singulier, est selon moi illustratif et transposable à nombre de situations que rencontre une personne réfugiée qui se rend dans les espaces de soin « de droit commun ». Aussi, j'observe la place de l'infirmière comme tiers accompagnant au soin des stagiaires et les pratiques inhérentes à cette place en miroir de mes propres

³¹ J'emprunte cette interrogation formulée oralement par Pierre VIDAL-NAQUET lors de l'une de ses interventions auprès de notre promotion ANACIS. Cette interrogation illustre bien ce qui m'anime au début de l'enquête.

³² Terme utilisé pour désigner des interprètes non professionnels (Brisset et Kotobi, 2020).

pratiques³³ (son travail est finalement très proche de celui de mes collègues et moi sur l'accompagnement à la santé, bien que l'infirmière dispose de compétences propres à sa formation et son expérience). Enquêter à l'ESRP m'a ainsi permis de trouver un équilibre plus satisfaisant, à mon sens, entre participation et observation. Détaché de la relation aidant-aidé, j'ai apprécié entretenir une relation plus distante vis-à-vis de l'histoire des stagiaires, de leur accompagnement. Pour les stagiaires de l'ESRP, qui savaient par Yassin le rôle que j'occupe auprès de lui, je suis perçu comme « *un assistant social qui s'intéresse à la santé des migrants* ». Concernant l'infirmière et la médecin, il a été difficile de me détacher de la place « d'évaluateur de pratiques » à laquelle elles m'assignaient (la première crainte du médecin était de se faire juger sur son niveau d'anglais, puis toutes deux m'ont souvent demandé lorsque nous échangeons si je « *pensais que c'était bien ou mal* »)³⁴. Que ce soit du côté des stagiaires comme des professionnelles, j'ai parfois « été utilisé » pour faire passer des messages de part et d'autre (notamment au moment où j'ai pu m'entretenir avec les stagiaires avec des interprètes professionnels, ce que ne pouvait pas encore faire l'équipe médico-sociale de l'ESRP).

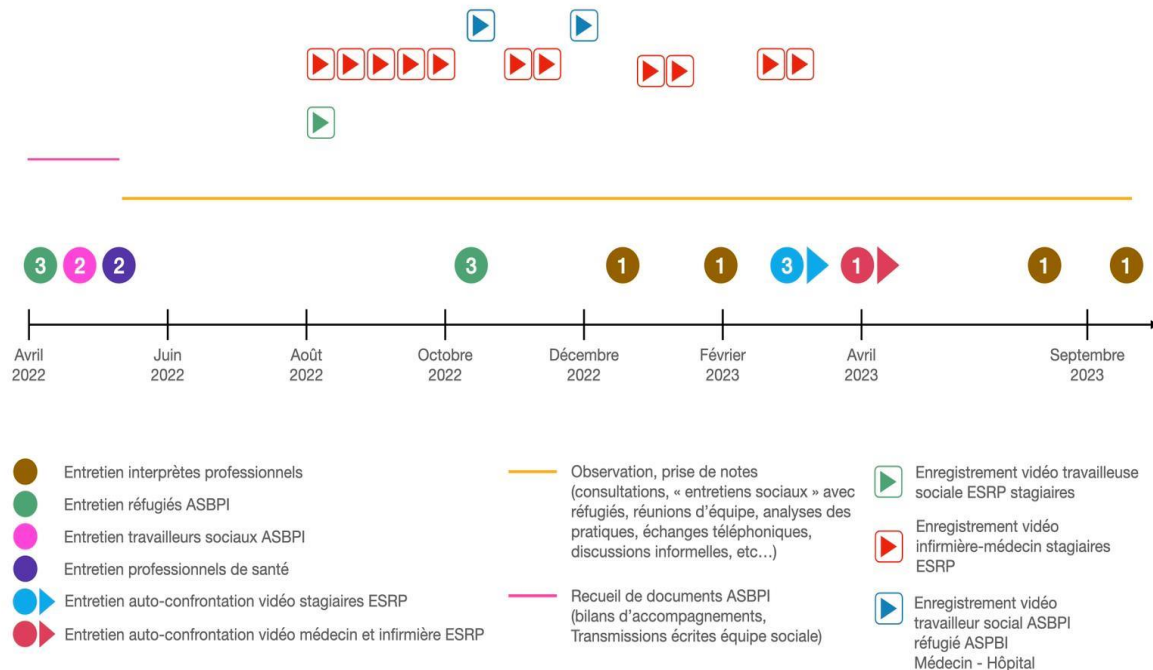
C'est sur ce terrain que j'inaugure ce qui constitue à ce moment une nouvelle méthode d'enquête. Voyons maintenant comment s'est progressivement construit le dispositif méthodologique de cette enquête.

³³ A ce moment de l'enquête, ma collègue à Briançon a terminé sa mission. Mes autres collègues travaillent à Gap, mes observations directes se réduisent à l'ethnographie des situations auxquelles je participe moi-même en tant que travailleur social.

³⁴ On peut se demander si la vidéo, « souvent utilisée dans les organisations à des fins de surveillance » (Flandin, 2017, p.202) renforce, du point de vue des professionnelles enquêtées, cette impression de contrôle de leur activité. En questionnant l'infirmière et la médecin sur ma méthode et notamment la présence des caméras en consultations, elles n'exprimaient pas de craintes particulières. Quelle que soit la méthode envisagée, il semble que ce soit davantage ma place d'observateur des pratiques qui ait engendré cette assignation à un rôle d'évaluateur des pratiques. Progressivement, et notamment par les nombreux échanges de partages de nos pratiques respectives, cette assignation m'a paru se dissiper.

2.2 Un dispositif d'enquête composite

Figure 5. Vision schématique et chronologique du dispositif d'enquête



La première phase de mon enquête est d'interroger trois réfugié(e)s, mes deux collègues du dispositif ASBPI et deux professionnels de santé (une infirmière de CSAPA, une médecin généraliste). Mon attention est portée vers les personnes peu francophones que nous accompagnons au soin. J'enquête auprès des réfugiés qui vivent à Briançon. Je qualifie cette phase d'exploratoire, je veux m'assurer avant de m'investir davantage sur ce sujet de recherche que les problèmes que j'observe le sont également pour mes collègues et les personnes réfugiés. Je mène mes entretiens de façon à mieux comprendre comment se déroulent les consultations, notamment du point de vue des réfugiés. Ces premiers entretiens sont difficiles à mener puisque je ne dispose en ce début d'enquête d'aucun dispositif de traduction que je juge acceptable. Si je recueille tant bien que mal des éléments sur les vécus des situations (Ramos, 2015, p.12-15) et les significations que les acteurs donnent à leurs expériences, je ne parviens pas à recueillir de descriptions des interactions en détail, une description fine des pratiques. L'échange ci-dessous avec Madame Murad, réfugiée syrienne, au sujet d'une consultation qu'elle a eu la semaine précédente, illustre cette difficulté :

Extrait d'entretien

ALEXIS COLIN : Et Madame Murad elle disait que, elle s'est, elle s'est sentie, enfin elle a eu des craintes et qu'elle s'est sentie en sécurité après. Et elle pense que c'est quoi qui a permis d'évacuer cette crainte ? De se sentir en sécurité ?

MADAME MURAD (traduite par AMINE, juriste en CADA, interprète *ad hoc*) : C'est plus les médecins, la manière dont ils sont reçus et quand ils sont auscultés, plus la manière dont les médecins les reçoivent.

AC : Est-ce qu'elle arriverait à me préciser, comment ça s'est passé ? Est-ce que c'est des gestes, la façon de parler ?

MADAME MURAD (traduite par AMINE) : Elle parle de la manière dont ils sont (silence). Du coup elle explique que c'est la manière dont les médecins sont, du coup elle, elle focalise ça sur le fait qu'ils sont gentils, ils sont pas dans la violence, ils la traitent bien.

Face à ces premiers embarras méthodologiques, je délaisse un temps les entretiens pour me consacrer à l'observation (ou plutôt à la participation observante). Je commence à renseigner un carnet de terrain en mai 2022. Je « traque », j'observe, je décris, je note tout ce qui est en lien avec la santé des réfugiés, dans les situations ordinaires qui rythment mon quotidien de travailleur social : consultations médicales, « entretiens social » avec les réfugiés à domicile ou au bureau, réunions d'équipe et analyses des pratiques professionnelles avec mes collègues, discussions plus ou moins formelles avec l'ensemble des acteurs, etc. J'ethnographie les situations d'accompagnement au soin auxquelles je participe. Je navigue dans l'enquête de terrain au gré des rencontres que font les personnes avec les professionnels de santé. Par l'observation, je décris davantage les façons d'interagir en situation de soin. Mais là encore l'observation ne me satisfait pas entièrement. N'être attaché qu'à l'observation en situation est rarement possible et la rend moins qualitative, moins précise. Pour éviter d'être « aspiré » (Soulé, 2007), j'arrive mais de façon trop occasionnelle à accompagner une de mes collègues et prendre un peu plus de distance avec l'action. J'ai aussi des difficultés à détacher mon regard et mon écriture des inégalités de soin. J'ai fait l'erreur de lire trop tôt à ce sujet et je pense, à ce moment de l'enquête, ne pas avoir encore pris de recul par rapport à mes intentions de départ (montrer, par l'enquête, les inégalités de soin liées à l'absence de dispositions spécifiques). Impression de ne voir que « ce que je sais déjà », difficile prise de distance par rapport à mon sujet et ce qui me lie au sujet (je pense ici au décalage vécu que j'expose en avant-propos du mémoire), je me confronte aux difficultés d'enquêter en « terrain proche » (Beaud et Weber, 2010, p.40-42).

Nous sommes à ce moment de l'enquête en juin 2022, j'ai débuté le recueil de matériaux 3 mois plus tôt. Si j'ai un regard critique sur la façon de mener mon enquête et mes choix méthodologiques jusqu'à présent, j'en tire tout de même quelques enseignements utiles. Le recours à l'interprétariat est en effet marginal, ce qui bouscule la professionnalité des travailleurs sociaux accompagnants comme des professionnels de santé. Pour réduire l'écart d'incompréhension entre eux, les acteurs usent de stratégies multiples, allant d'usages d'outils techniques à l'utilisation des corps, à l'adaptation du langage. Les rencontres sont longues et souvent décrites comme fatigantes du côté des travailleurs sociaux. Du côté des réfugiés, les vécus sont différemment décrits, parfois sur le registre de la bienveillance, parfois sur celui de la discrimination. Pour l'ensemble des acteurs, l'incertitude qui règne en interaction rend les situations de rencontre à venir, à craindre (« *on ne sait pas comment on va se*

débrouiller (...) je sais pas si c'est le fait qu'il y ait la barrière de la langue qui fait qu'ils comprennent pas ou si c'est la barrière de la connaissance du système » me dira ma collègue Silène). Les pratiques des professionnels de santé, celles décrites par les réfugiés comme pratiques « *d'accueil* », rassurent ces derniers et viennent parfois reléguer au second plan les problèmes d'incompréhension.

C'est également en juin 2022 que je décide de solliciter des associations spécialisées dans l'interprétariat professionnel. Il me paraît inconcevable de poursuivre l'enquête sans possibilités d'échanges verbaux plus qualitatifs, sans une prise en compte plus fidèle des discours des réfugiés. A partir d'août 2022, l'association OSIRIS³⁵ accepte de me soutenir, ce qui va considérablement améliorer mes possibilités d'enquête et la qualité des entretiens auprès des réfugiés. J'ai désormais la possibilité de m'entretenir avec eux, dans leur langue.

La façon de présenter mes intentions de recherche et mes premiers embarras méthodologiques amènent Nicolas Chambon, membre de l'équipe pédagogique du Master Anacis, à proposer Véronique Traverso³⁶ comme directrice de mémoire. Cette désignation et nos premiers échanges, qui éclairent en grande partie mes interrogations méthodologiques, vont modifier le cours de mon enquête. Pour Véronique Traverso, l'enregistrement vidéo est irremplaçable au regard de ce que cherche à observer, la prise de note étant pour elle « *trop sélective pour découvrir des aspects aussi fins et ténus* ». Convaincu, je décide de mobiliser ce mode d'enquête malgré mes craintes de proposer l'enregistrement vidéo aux réfugiés et professionnels de santé (j'ai cru que l'enregistrement vidéo serait perçu comme trop intrusif, ce qui ne s'est finalement pas confirmé). C'est sur le second terrain (ESRP) que j'inaugure l'enregistrement vidéo. Je propose dans un premier temps cette expérience à Yassin puisque c'est finalement lui qui m'a emmené ici. Puis je présente collectivement ma recherche à l'ensemble des stagiaires (en français puis en anglais, ma collègue arabophone assure à nouveau la traduction, suppléée par des stagiaires qui semblent me comprendre et qui spontanément traduisent à d'autres). Cinq stagiaires, tous des hommes, acceptent ma proposition. Je les rencontre ensuite individuellement, avec un interprète professionnel par téléphone, pour leur expliquer plus précisément mon sujet et les règles de confidentialité et de protection des données, confirmant ainsi leur adhésion. Je leur laisse la possibilité de se désengager à n'importe quel moment de l'enquête, ma demande étant pour chacun d'enregistrer 3 consultations espacées chacune d'environ un mois. En face-à-face, je suis questionné sur mes motivations à m'intéresser à la santé

³⁵ OSIRIS est une association de soutien thérapeutique aux victimes de torture et de répression politique, créée en 1999 à Marseille. Outre ses missions d'accueil, d'écoute et de soutien thérapeutique, l'association a développé un service d'interprétariat, spécialisé dans les domaines médical et social. Pour l'enquête, l'association m'offre la possibilité de recourir gratuitement à l'interprétariat téléphonique (aucun interprète ne résidant dans les Hautes-Alpes).

³⁶ Véronique Traverso est Directrice de recherche au CNRS au laboratoire ICAR (Interactions, Corpus, Apprentissage, Représentations). Elle est notamment spécialiste de l'analyse des interactions et utilise principalement l'enregistrement vidéo comme méthode de recueil de données.

des migrants et je ressens des craintes à ce que les vidéos puissent être diffusées sur les réseaux sociaux. Quatre des cinq stagiaires enquêtés, pendant leur formation, sont hébergés dans un chalet voisin de celui où je travaille. Nos rencontres ne se résument pas aux quelques minutes où je viens poser et reprendre les caméras avant et après les consultations. Nous entretenons, eux comme moi, une dynamique relationnelle qui permet de prolonger l'expérience de l'enquête par des moments « de paroles privées » (Schwartz, 2018). Mon corpus est constitué de 12 interactions filmées à l'ESRP, 1 « entretien social » et 11 « consultations ». J'enregistre également 2 consultations médicales en hôpital auxquelles je participe en tant que tiers accompagnant un réfugié du dispositif ASBPI. Ce corpus vidéo représente 8h35 d'enregistrement vidéo (7h18 à l'ESRP, 1h17 d'accompagnement ASBPI).

2.2.1 Co-construire des savoirs autour de l'enregistrement vidéo

Le corpus de données vidéo que j'ai collecté et les transcriptions m'ont permis de dégager un ensemble de pistes d'analyse à propos des façons de coopérer entre les acteurs, de faire face aux problèmes qu'ils rencontraient en situation et des capacités qu'ils déployaient pour poursuivre leurs objectifs respectifs et construire ensemble un sens commun à leurs actions. Les possibilités de visionner à plusieurs reprises, de ralentir les séquences, font de l'enregistrement vidéo un outil précieux pour l'observation et l'analyse interactionnelle. Toutefois, cette méthode seule en dit peu sur les vécus des expériences des acteurs. Autrement dit, l'enregistrement vidéo seul ne nous dit pas grand-chose des points de vue des acteurs sur les propres situations qu'ils vivent.

En mars 2023, alors que je suis sur le point de terminer l'enregistrement des dernières consultations médicales, je propose aux professionnelles et stagiaires des entretiens en autoconfrontation à propos de certaines séquences que j'ai choisies³⁷. Les entretiens avec les stagiaires se sont toujours tenus en présence d'un interprète professionnel, par téléphone. L'entretien avec les professionnelles réunissait l'infirmière et la médecin³⁸. Je choisissais préalablement des extraits de consultation que nous discussions ensemble, que les enquêtés commentaient. En s'appuyant sur des « traces » observables de l'activité, de l'interaction, l'expression des professionnelles comme des stagiaires à propos de leurs expériences en était facilitée. Visionner permet aux acteurs de se replonger, *a posteriori*, dans les situations qu'ils ont eux-mêmes vécus et d'en faire

³⁷ Il aurait pu être intéressant de laisser les enquêtés visionner l'ensemble des consultations auxquelles ils participaient et ainsi les laisser choisir certains extraits à discuter ensemble. Je n'ai pas pensé à cette possibilité à ce moment de l'enquête, que j'ai découvert plus tard à la lecture d'un article (Clot, *et al*, 2000). Aussi, avec plus de temps, j'aurais aimé proposer plus d'entretiens d'autoconfrontation et plus tôt dans l'enquête.

³⁸ A l'instar de certains chercheurs (Clot, *et al*, 2000, Mezenna, *et al*, 2019), une co-analyse réunissant stagiaires, professionnelles, chercheur, permettant une conjugaison et une confrontation directes des expériences et points de vue, aurait été intéressante à réaliser.

leurs propres analyses réflexives. Aussi, face aux difficultés que j'ai perçues lors d'entretiens plus classiques à objectiver et décrire les expériences vécues des enquêtés, l'observation de séquences vidéo et les échanges qui en découlent constituent de véritables ressources.

Ce qui a été particulièrement significatif lors de ces entretiens, c'est qu'ils ont permis aux enquêtés, dans une circulation à double sens, de mettre des mots sur le vécu des situations par l'observation de celles-ci et, inversement, d'étayer des propos par l'appui de certains extraits vidéo³⁹ (je pense notamment aux ressentis, manifestations et expressions plus ou moins visibles des émotions en situation⁴⁰). Le visionnage d'extraits et les discussions qui s'en sont suivies ont aussi permis aux professionnelles de détecter et discuter des aspects fins de leurs propres pratiques (dont elles ne se rendaient pas compte au cours de l'action). L'entretien d'autoconfrontation participe alors de l'analyse réflexive des acteurs sur leurs propres pratiques. En ce sens, l'enregistrement vidéo vient au service de l'entretien et inversement. La complémentarité et l'association de ces deux méthodes d'enquête viennent favoriser la participation des acteurs enquêtés à la co-construction des savoirs de l'enquête. Ce travail de co-analyse des données a participé de la mise en exergue de certains axes de réflexion et, au contraire, à en mettre d'autres en suspens.

Aussi, ces moments d'échanges ont permis aux enquêtés d'exprimer des vécus, des éléments de leurs activités qui se situent en dehors des consultations ou du moins de celles filmées. Et ainsi de me rappeler que l'analyse des interactions et de l'activité des professionnelles auprès des FLE ne se limitent pas à ce que j'ai filmé à un certain instant.

Enfin, les enregistrements vidéo et les entretiens en autoconfrontation m'ont permis de revisiter mes premiers matériaux d'enquête, d'en faire une seconde lecture, parfois une seconde écriture, offrant un nouveau regard.

2.3 Un travail et une enquête « du proche »

Des liens affectifs forts peuvent se créer entre travailleurs sociaux du dispositif ASBPI et réfugiés. Nous travaillons par « référence », un professionnel accompagne exclusivement un ménage. Nous nous voyons très régulièrement, parfois plusieurs fois par semaine. Les rencontres se font soit dans nos bureaux, soit au domicile des personnes. Nous sommes régulièrement présents au domicile des réfugiés. Nous

³⁹ Il m'arrivait par exemple, selon les propos tenus d'un stagiaire ou d'une professionnelle, de retrouver des extraits d'enregistrement vidéo qui me semblaient liés au discours des enquêtés, permettant ainsi d'alimenter, de relancer l'échange entre nous.

⁴⁰ L'extrait et la retranscription vidéo (p.47-48), ainsi que les extraits d'entretien en autoconfrontation avec un stagiaire (p.48-49), sont illustratifs de ce propos. L'entretien, avec l'extrait vidéo comme support, permet au stagiaire d'en dire plus sur ses émotions et ses ressentis en situation.

partageons des repas ensemble. Nous devenons parfois garant de la mise en place de démarches à forts enjeux pour eux (je pense notamment aux démarches de réunification ou de regroupement familial permettant de faire venir en France des membres de la famille restés « au pays »). Nous sommes occasionnellement présents à des moments de vie importants pour les personnes : rentrée scolaire des enfants, naissance, mariage, etc. (Silène devenant même témoin de mariage). Cette proximité⁴¹ a évidemment été bien utile pour l'enquête, la relation déjà établie permettait de réduire le « round » d'observation. Souvent, les demandes de participation à l'enquête auprès des réfugiés ont été favorablement accueillies. « *Merci de t'intéresser autant à quelque chose qui nous préoccupe* », me dira Zakia. A de rares occasions, j'ai eu plus de doute sur l'adhésion que m'exprimaient les réfugiés sollicités. L'hésitation était plus marquée et l'accord finalement prononcé était souvent accompagné d'un « *c'est normal avec ce que tu fais pour moi* ». Je me demandais alors si l'acceptation ne venait pas comme une obligation liée à la relation d'aide instaurée. Pour l'écriture de ce mémoire, l'usage parfois des prénoms, parfois des noms, qu'il s'agisse des professionnels ou des réfugiés, donne à voir la proximité du lien entre nous.

2.4 Une perspective croisée, finalement

J'avais comme ambition de départ d'enquêter principalement du point de vue des réfugiés. Je pense que cette volonté de prise de parti est intimement liée à mes affinités avec « le public » et mes préoccupations de travailleur social (celles-ci étant fortement liées à l'objet de ma recherche), de « donner voix » dans un contexte où je considère que la voix des réfugiés est peu sollicitée⁴² et où les conditions (notamment l'absence d'interprétariat) la rendent inaudible. L'enquête pouvait constituer un espace et un moyen de rendre visible la parole des personnes réfugiées. Les considérant comme « *subordinate* » (Becker, 2013, traduit par Fernandez), a priori dominés par l'institution qui leur propose ses services (ici, la fondation Seltzer dont je fais partie), j'ai vu par l'enquête un moyen de rééquilibrer les positions, voire de renverser ce que Becker appelle la « *hiérarchie de crédibilité* » (*idem*, p.480).

⁴¹ Le sujet de la proximité, à resituer dans un contexte de « rapprochement » entre le public et les professionnels, sera particulièrement analysé dans le troisième chapitre de cette partie.

⁴² Il n'existe pas d'espaces formalisés permettant de recueillir la parole des personnes que nous accompagnons. J'ai souvent l'impression, notamment lors de nos réunions d'équipe ou lors de moments où nous devons nous exprimer sur les stratégies et les difficultés que nous rencontrons, qu'en tant que professionnels intervenant auprès de réfugiés, nous parlons pour eux, à leur place, sur des situations que nous vivons ensemble mais pourtant pas de la même place. Notre vécu d'accompagnant social est parfois considéré comme le leur. Ce constat peut se transposer à une échelle plus large. Par exemple, se tenait en fin d'année 2022 une rencontre départementale visant notamment à dresser « les constats concernant les difficultés d'accès aux soins des personnes exilées ». Seuls les professionnels du médico-social et de la santé étaient conviés, les personnes exilées pourtant directement concernées n'étaient pas invitées. Ce constat s'observe différemment, à une échelle plus grande encore, par la faible représentation des opinions et expériences des réfugiés eux-mêmes dans la presse européenne (Georgiou et Zaborowski, 2017, p.10).

J'ai progressivement dû revoir ma position. Tout d'abord parce qu'au début de l'enquête, les conditions de réalisation des entretiens n'étaient pas satisfaisantes. Je rencontre les mêmes problèmes interactionnels dans l'enquête que dans mon travail. Je décide de débiter l'enquête par des entretiens plutôt formalisés tout en conservant une grande souplesse dans leur conduite (j'utilise d'abord un guide d'entretien plutôt sommaire, que je délaisse progressivement). Je « bricole » les deux premiers entretiens de cette enquête, en réalisant des entretiens « par bribes », sans interprète, et pour lesquels je refuse d'utiliser une quelconque application de traduction (je sais par expérience que la fluidité du discours ne va pas être suffisamment améliorée et la qualité des traductions en certaines langues trop aléatoire). Configuré ainsi, le format de l'entretien n'est pas satisfaisant au regard de ce que je cherche à observer. Un troisième entretien avec un couple syrien, pour lequel je sollicite une collègue juriste de CADA comme traductrice « *ad hoc* », s'avère plus qualitatif. Mais cette modalité n'est pas entièrement satisfaisante : je ne peux pas mobiliser ma collègue tout au long de l'enquête et surtout, elle n'est pas formée comme le sont les interprètes professionnels, ce qui pose quelques problèmes pour la conduite de l'entretien. On peut aussi imaginer que cette modalité puisse poser des problèmes de confidentialité pour certains réfugiés. Si ma collègue connaît la plupart des réfugiés interrogés et qu'elle est soumise au secret professionnel, les échanges dans le cadre de l'enquête sont d'une autre nature que les échanges qu'elle a habituellement avec eux (principalement sur des questions juridiques). Qu'il s'agisse d'un interprète *ad hoc* ou professionnel, en entretien social ou d'enquête, cette question de la confidentialité revient régulièrement. Il m'est arrivé quelque fois, en tant qu'enquêteur ou travailleur social, d'essayer le refus d'entretien avec interprète par la personne réfugiée, cette dernière ne souhaitant pas partager son discours avec un tiers. Aussi, la proposition de recours à l'interprétariat est parfois vécue comme infantilisante, mettant en lumière la fragilité.

Face à ces embarras, je redirige alors mes entretiens vers mes collègues travailleuses sociales et vers quelques professionnels de santé. Evidemment ceux-ci sont plus qualitatifs. J'accède au sens vécu des professionnels concernant leurs expériences dans des situations de soin qu'ils partagent avec les réfugiés. Cependant, à l'instar de mes entretiens avec les réfugiés, y compris lorsqu'un interprète est présent, il est parfois difficile pour les enquêtés d'objectiver le soin. Pour contourner cette limite de l'entretien, les enregistrements vidéo et les entretiens en autoconfrontation me seront forts utiles. Ouvrir l'enquête à mes collègues, d'abord de façon assez formelle par l'entretien, dynamisera la suite de l'enquête de terrain : tout au long de celle-ci, mes collègues me relateront, de façon plus informelle cette fois-ci, leurs expériences d'accompagnement au soin. C'est aussi ce qui vient déséquilibrer mes intentions de départ, vis-à-vis de la participation des réfugiés à l'enquête. Le partenariat établi avec l'association OSIRIS permettra grandement de rééquilibrer quantitativement et qualitativement mes échanges avec les réfugiés. Je comprends aussi que, compte tenu de l'objet de ma recherche, s'intéresser aux interactions en ne considérant qu'une seule

perspective n'est pas totalement cohérent. La mise en perspective des différents points de vue s'avèrera précieuse pour l'analyse.

2.5 Un cadre d'analyse pluriel et ancré au terrain : une sociologie « métisse et plastique » ?

Enfin, pour terminer sur le cadre méthodologique de l'enquête, il me semble important de rendre compte, comme je l'ai fait pour les méthodes d'enquête, de la façon dont j'ai construit mon analyse et mon cadre théorique.

J'ai fait le choix de partager mes perspectives d'analyse, mes interprétations, avec les personnes enquêtées (y compris les interprètes), tout au long de l'enquête. J'ai fait en sorte d'instaurer des moments de discussion avec elles dans une logique de co-construction de l'enquête et des savoirs. J'ai aussi partagé certains de mes écrits, au cours de l'enquête, avec quelques professionnels enquêtés ou concernés par l'objet de ma recherche. J'ai discuté de mes interprétations lors de séances d'analyse des pratiques avec mes collègues de travail et lors d'un séminaire réunissant des professionnels d'horizon divers⁴³. Ce qui a notamment permis d'avoir des regards critiques sur mes propres analyses et ainsi de les nourrir. Ce qui a aussi permis à certains professionnels de « se poser des questions qu'ils ne s'étaient jamais posés sur leurs pratiques ».

Ces analyses plurielles, ancrées au terrain et à mes matériaux d'enquête, ont guidé mes orientations conceptuelles et rattachements théoriques. Ayant peu de connaissances en sociologie à mon entrée en Master, je n'avais pas d'affinité à un modèle ou un courant particulier, ni de méthodologie clairement définie. Me raccrocher à mes matériaux collectés (presque par nécessité) m'a permis de faire émerger des questionnements que je n'avais pas avant d'enquêter et d'ouvrir plusieurs « portes d'entrées analytiques ». Si je me suis parfois limité pour ne pas trop complexifier l'analyse⁴⁴, j'ai fait le choix d'emprunter des concepts et des notions auprès de différents modèles théoriques, avec souplesse. En ce sens, je pense que l'on peut parler d'une sociologie « plastique et métisse » (Herreros, 2004).

⁴³ Séminaire organisé par le laboratoire ICAR et l'ORSPERE-SAMDARRA dans le cadre du projet TIASAMN (tiers-intervenants dans l'accès à la santé et au numérique). La problématique du projet TIASAMN se construit autour de la notion de « tiers » dans le soin, et vise à comprendre comment différents tiers interviennent dans les parcours médicaux des personnes migrantes.

⁴⁴ On aurait par exemple pu imaginer un éclairage ethnopsychiatrique de certains propos d'analyse.

Les réfugiés et leurs soutiens à l'épreuve du soin

Ce chapitre s'attache à décrire les situations (consultations, entretiens médico-sociaux plus ou moins formalisés) dans ce qu'elles ont de fragile. J'inscris ma réflexion en partie autour de la notion « d'acteurs faibles » (Payet, Laforgue, 2008, p. 9-25), ce qui permet de penser l'autonomie comme relative et toujours susceptible d'être affaiblie. La faiblesse étant « liée à des contextes, à des situations, et non à un état structurel, dont le dépassement échappe aux individus concrets » (*idem*). La notion d'acteur faible m'est particulièrement utile puisqu'elle amène à penser le caractère réversible des vulnérabilités, la possibilité « d'un mouvement des états et des positions dans la relation asymétrique » (*idem*), et à prendre en compte les capacités⁴⁵. Sans évacuer les rapports de pouvoir⁴⁶, les auteurs décrivent un processus « d'affaiblissement/renforcement » où « les forces et les faiblesses ne sont pas réparties de chaque côté d'une frontière infranchissable, et que s'opère un processus de circulation, voire de mutualisation partielle, des ressources et des contraintes, entre les forts et les faibles » (*idem*, p.14). Cette analyse du soin et de la relation d'aide, au prisme de l'épreuve, vise à enrichir la critique réflexive que je cherche à faire sur mes propres pratiques professionnelles.

Il s'agit ici de décrire la façon dont les acteurs vivent et expriment ces fragilités, notamment pour mieux comprendre les postures qu'ils cherchent à adopter. Cette description nous amènera à voir comment les professionnels de santé et du médico-social se sentent bouleversés dans leur « professionnalité », « dans leur façon très concrète d'exercer leur métier » (Ravon et Vidal-Naquet, 2018, p.75).

Je m'attache aussi à décrire quelques effets du « prendre place » des professionnels médico-sociaux dans les situations de soin des réfugiés. Nous verrons que les enjeux des rencontres diffèrent selon les acteurs et qu'à tour de rôle, tous se retrouvent temporairement plus ou moins fragilisés, troublés dans leur place. Nous observerons que celle du « tiers accompagnant » est souvent instable, inconfortable et qu'ils la jugent parfois illégitime. Ce souci « d'être à une bonne place » vient poser la question des effets de la présence du tiers dans la relation de soin, notamment sur le

⁴⁵ J'ai aussi été inspiré des travaux de Ricoeur (1997) et des « autrices du care » (Tronto, 2009, Molinier, *et al*, 2009), qui s'inscrivent selon moi dans une même conception de l'autonomie, soucieuse des vulnérabilités et révélatrice des capacités.

⁴⁶ On retrouve ici le souci, qui m'anime également, de « décrire de beaucoup plus près les processus par lesquels des asymétries sociales sont produites ou renforcées, mais aussi, dans certains cas, diminuées ou renversées » (Lemieux, 2018, p.28). Dans cette perspective pragmatique, les rapports de domination sont susceptibles d'être renversés et « il s'agit de renoncer à analyser les épreuves qui surviennent en prédéterminant qui, au terme de celles-ci, aura eu raison et qui aura eu tort, qui aura gagné et qui aura perdu, qui sera le dominant et qui sera le dominé » (Latour, cité par Lemieux, 2018, p.28).

« pouvoir de dire » des personnes qu'il accompagne. Ma réflexion amènera aussi à questionner la notion d'accompagnement, autant du point de vue des professionnels médico-sociaux que des réfugiés, et de considérer le rapprochement qui s'opère dans ce qu'il a de risqué.

3.1 Insécurité langagière : penser la vulnérabilité en interaction comme partagée et réversible

Sur les deux terrains de cette enquête, se rencontrent des professionnels francophones et des réfugiés qui ne le sont pas, ou peu. On peut également dire que se rencontrent des « natifs » et des « non natifs » (Adami et André, 2014). Ces derniers, ne maîtrisant pas toujours la langue couramment employée dans le pays où ils se trouvent, sont en « insécurité langagière », définie comme :

« la difficulté pour un locuteur/scripteur de gérer de façon efficace les interactions verbales dans lesquelles il est engagé, d'un point de vue linguistique, interactionnel, pragmatique et social » (*idem*, p.77).

« La notion d'insécurité linguistique décrit les hésitations ou les incapacités des locuteurs à prendre la parole (...) L'insécurité linguistique est en effet à la source du silence ou d'une position basse dans l'interaction » (Paveau, 2017, p.144).

L'insécurité langagière est considérée par les auteurs du côté des migrants non francophones qui, possédant « des répertoires langagiers trop incomplets ou trop peu variés », ne peuvent « faire face avec efficacité aux situations de communication auxquelles ils participent » (Adami et André, 2014 p.71). Sur les deux terrains enquêtés, l'insécurité générée par le caractère exolingue des interactions est observable sous de multiples formes et parfois explicitement exprimée par les réfugiés. L'insécurité s'exprime parfois par la frustration d'avoir l'impression de comprendre les questions, les attentes de l'interlocuteur, sans être capable d'y répondre. Cette incapacité à répondre peut provenir d'un répertoire langagier incomplet mais également de l'aspect inhabituel de la situation pour les réfugiés. Ces deux aspects s'observent dans cet extrait d'enregistrement vidéo d'une consultation et l'entretien en autoconfrontation mené avec un réfugié du centre de formation.



Clef USB : Vidéo 1 Partie 1 Chap 3.1

Enregistrement vidéo du 3 octobre 2022 – 1 mois après le début de la formation

Time code : 02:39 à 03:03

Stagiaire : STG ; Médecin : MED ; Infirmière : IDE

01	IDE	Mais hier il a dit quoi Yassin le médecin ?
02	STG	(regarde vers le sol) Voilà es /
03	IDE	(coupe la parole) Qu'est-ce que vous avez retenu ?
04	STG	(regarde en direction de la caméra)
05	IDE	Pour dire au médecin (.) (montre MED de la main) Qu'est-ce que vous avez

		retenu ?
06	STG	(regarde en direction de la caméra puis vers le sol à sa prise de parole, baisse la tête vers le sol)
07		Oui difficile je sais pas c'est comment ça parler (regarde vers le sol)
08	IDE	(voix plus douce) Ah (grimace)
09	STG	Oui voilà c'est (...)
10	IDE	(mouvement de tête latéral) Vous avez pas compris ?
11	STG	(mouvements des bras, regard rivé au sol et tête légèrement inclinée vers le bas) No compris moi c'est comprend qué (.) parler difficile répondre difficile
12	IDE	La maintenant ?
13	STG	(baisse d'intensité de la voix au fur et à mesure de la phrase) Oui maintenant c'est difficile oui
14	IDE	Ok

Yassin, stagiaire de l'ESRP, exprime clairement ses difficultés à répondre (lignes 07, 11 et 13) alors qu'il estime avoir compris ce que l'infirmière lui demande (11). Il explicite son inconfort dans la situation (07, 11), manifeste son manque « d'assurance » (02, 06 et 11), notamment en baissant la tête à plusieurs reprises (Goffman, 1974a, p. 12). En visionnant ce passage, il s'exprime sur la manière dont il a vécu ce moment, qui mêle frustration et désolation « de ne pas être à la hauteur »⁴⁷.

Extrait d'entretien en autoconfrontation vidéo

YASSIN (traduit par Mr GURAD, interprète professionnel) : Pour moi le problème, ce n'est pas de comprendre. Ce qui est très difficile c'est de répondre. Même si les filles parlent vite, Justine [infirmière], Colombes [médecin] elles répètent, elles utilisent d'autres verbes et je comprends un peu. Et moi je suis désolé de ne pas bien répondre, désolé de donner une réponse qui n'est pas bonne, qui n'est pas comprise.

D'autres réfugiés parlent de « honte », de « peur ». Certains réfugiés expriment qu'ils n'ont pas ou moins consulté de médecin pendant plusieurs mois ou années par crainte de vivre une situation insécurisante, inconfortable. Par crainte de faire « mauvaise figure » (*idem*). Nous l'avons aperçu précédemment, en consultations, notamment celles que j'ai observées et filmées, l'expression des émotions est souvent visible, l'insécurité explicitement exprimée. Pour décrire l'insécurité langagière, il ne suffit pas uniquement de considérer les aspects codiques, trop réducteurs, (Adami et André, 2014, p. 77). Le contexte⁴⁸ de l'interaction, parfois vécu comme inhabituel, participe également de l'insécurité.

⁴⁷ Cette désolation de ne pas « bien répondre », de ne pas bien parler français face à des natifs est très présente dans mon corpus d'entretiens et de discussions. Ce sentiment de désolation, exprimé parfois sur le registre de la honte, est à resituer dans un contexte d'injonction à la maîtrise de la langue (Carbonel et Le Goff, 2023), d'injonction à l'autonomie et parfois de suspicion lorsque la langue française n'est pas maîtrisée (ces trois aspects sont prégnants dans mes matériaux d'enquête, pour une question de place je ne pourrai pas plus les développer)

⁴⁸ Le contexte est le « cadre local et perceptif dans lequel se déroule une activité et espace de parole auquel les participants se réfèrent au cours de l'échange » (Joseph, 2009, p.123).

Extrait d'entretien en autoconfrontation vidéo

[Cet échange se déroule en fin d'entretien alors que nous avons raccroché avec l'interprète. Yassin me demande de revoir une séquence vidéo que nous avons regardé une première fois 20 minutes plus tôt]

YASSIN : Moi là c'est...stress. Stress tu connais ? Je suis stress. Moi, y'en a pas beaucoup Pakistan parler fille. Y'en a pas beaucoup comme ça, rendez-vous.

ALEXIS COLIN : Tu veux dire dans un bureau, fermé, comme ça, avec deux femmes ?

YASSIN : Oui c'est ça. Moi je stresse beaucoup. Maintenant (montre l'écran de l'ordinateur) je répondre difficile. Oui y'en a pas compris. Moi y'en a pas bien donner répondre. Regarde-moi c'est stressé comme ça. Y'en a pas bien regardé y'en a pas bien répondu. Ça c'est stressé (rire).

Pour d'autres réfugiés au contraire, l'interaction exolingue ne suscite pas d'appréhension particulière ni de caractère inhabituel. Si l'intercompréhension n'est pas jugée entièrement satisfaisante, la qualité de l'accueil et un minimum de compréhension suffisent à sécuriser l'interaction.

Extrait d'entretien

FARIAH (traduite par Mr M, interprète professionnel) : Moi j'ai pas de problème, l'accueil est très bien, pour le reste, on se débrouille avec les moyens du bord.

ALEXIS COLIN : Et c'est quoi les moyens du bord ?

FARIAH : On parle en français et quelques mots d'anglais. Malgré qu'on ne se comprenne pas vraiment convenablement, ça se passe bien parce que je comprends suffisamment dans l'ensemble et parce que je suis bien accueillie. Pour moi c'est bon comme ça.

Extrait d'entretien

Madame MURAD (traduite par AMINE, juriste en CADA, interprète *ad hoc*) : (...) les premiers jours [en France], les premières consultations, elle avait peur, elle avait honte. « Khajoula », ça veut dire honte (...) Et voilà, et que, avec le temps, elle se sent en sécurité. Elle parle de « amane », « amane » c'est la sécurité. Du coup elle se sent en sécurité avec eux et en confiance avec eux (...) Bien sûr c'est difficile de se comprendre, ça c'est difficile, mais elle se sent écoutée, les 3 médecins qu'elle a rencontré sont souriants, avenants, et ça ça l'a rassurée.

Bien qu'elles rapportent des problèmes évidents d'intercompréhension liés à la différence linguistique, Madame Murad et Fariah jugent les situations suffisamment satisfaisantes par la qualité des relations établies avec les professionnels de santé. Ce qui fait écho aux propos de Virginie André et Sophie Bailly qui, en s'appuyant sur un épisode de vie courante d'une femme brésilienne, avancent que « la relation qui s'établit entre les interactants est plus importante pour juger de la réussite de l'échange que les « confusions linguistiques » (2007, p.1-2). Toutefois, se sentir en sécurité dans une situation n'est pas prédéterminé, n'est pas valable partout et tout le temps.

« L'insécurité langagière n'est pas mesurable dans l'absolu mais son degré est variable en fonction des situations de communication dans lesquelles l'interactant est engagé, de ses interlocuteurs, des thèmes abordés, de l'objectif de communication et, bien sûr, de la langue ou de la variété de langue utilisée au cours de cette interaction. » (Adami et André, 2014, p.77)

La fréquence des rencontres, leur caractère ordinaire, participent du sentiment de sécurité des interactants. Au contraire, le caractère exceptionnel, inhabituel de la rencontre peut fragiliser l'un, l'autre ou l'ensemble des acteurs (y compris les

professionnels, comme nous le verrons plus loin). L'insécurité qui naît de rencontres inédites, puis qui s'estompe parfois par la qualité, la durée et la fréquence des rencontres, est particulièrement visible dans le discours de Kerem, stagiaire au centre de formation, lorsqu'il aborde quelques éléments de son parcours de vie et du vécu des consultations.

Carnet de terrain, discussion

Je croise Kerem en sortant du self de la fondation. Il est assis sur un banc, c'est sa pause déjeuner à lui aussi. Nous discutons de la pluie et du beau temps (...) Puis Kerem me raconte son parcours, sa trajectoire : son arrivée en France en 2008 pour rejoindre une partie de sa famille, dans une petite ville à quelques dizaines de kilomètres de Briançon (...) Il me raconte que sa vie sociale est construite dans sa communauté, il travaille dans une entreprise turque et entretient des relations amicales et familiales presque exclusivement avec sa « communauté » : « à la maison, au travail, toute communauté turque » (...) La langue française entre chez lui par ses enfants scolarisés : « parler français non, maintenant les enfants parler oui » (...) C'est sa femme, qui parle mieux français, qui se charge d'interagir avec l'environnement francophone (...) C'est un grave accident de travail, l'année dernière, qui l'oblige à plus rencontrer de francophones. Cela vient perturber son quotidien et les relations qu'il entretenait habituellement puisqu'il est désormais dans l'obligation de consulter des médecins régulièrement (...) C'est tout du moins ce que je comprends.

Extrait d'entretien en autoconfrontation vidéo

[Je profite de la présence de l'interprète pour revenir sur la discussion que nous avons eu ensemble quelques jours plus tôt]

(...)

ALEXIS COLIN : En fait, si j'ai bien compris, ce que Kerem me disait la dernière fois, c'est que, en dehors du centre de formation, en dehors de ses rendez-vous médicaux, sa vie elle est beaucoup avec la communauté turque que ce soit au travail ou chez lui.

Madame PAMUK (interprète professionnelle, traduisant les propos de KEREM) : Oui oui c'est ça (...) Normalement, comme il parle pas français, il dit il a des traducteurs. Avec lui, il a des interprètes. Mais c'est sa fille qui a 11 ans en général si elle va pas à l'école, son cousin, ou en général ce sont aussi des amis ou des gens qui ont vécu, qui vivent ici de la communauté turque hein. Qui parlent français, qui peuvent l'accompagner ou qui peuvent aider. Et tout de suite après il est passé à son accident qu'il a eu le 22 avril si j'ai bien... C'est ça 22 avril l'année dernière ?

ALEXIS COLIN : Euh...

(Mme Pamuk et Kerem échangent ensemble pour s'assurer qu'elle ait bien compris la date)

Mme PAMUK (traduisant les propos de KEREM) : En fait il dit que c'est depuis l'accident que il côtoie plus de français. Avant non. Et depuis l'accident, normalement il va toujours aux (silence) il dit en général quand il a des rendez-vous, il n'y va jamais seul. Il y va avec un turc ou quelqu'un qui parle la langue.

AC: ok

(Kerem reprend la parole puis Mme Pamuk traduit)

Mme PAMUK (traduisant les propos de KEREM) : Il dit que ce soit les rendez-vous médicaux et d'autres rendez-vous, il n'y va pas seul.

AC : Ok. Mais là au centre de formation, le fait d'être tout seul avec la médecin et l'infirmière, ça le met comment ?

Mme PAMUK (traduisant les propos de KEREM) : Au début, oui, au début il stressait, il était coincé. Un peu comme ça. Ou plutôt tendu voilà, plutôt tendu. Maintenant il dit, surtout avec les infirmières, les infirmiers, il n'y a plus cette timidité. Dès fois un peu encore avec le médecin.

(Madame Pamuk parle à nouveau avec Kerem, qui lui répond, puis elle traduit)

Alors effectivement au début il n'avait pas du tout ce, c'est-à-dire, euh, cette, cette allégresse, comment on dit, il était mal à l'aise et là il est plus à l'aise dans les liens avec que ce soit le directeur et tout le monde. Puisque tout le monde est très très bienveillant avec lui et il dit, il

peut échanger quelques mots, même si c'est pas parfait. Il peut échanger quelques mots en français aussi parce qu'il se sent beaucoup plus à l'aise qu'au début. Au début il était beaucoup plus tendu.

AC : En fait ce qu'il dit c'est que le fait que les gens portent de l'attention à lui, ça le rassure et même s'il parle pas....

Mme PAMUK (coupe la parole) : Avec la gentillesse et, euh, il le dit pas de cette manière. Mais quand il dit je suis plus à l'aise ça veut dire aussi plus confiance. Attendez je lui demande si c'est bien ça (...).

On comprend dans le discours de Kerem que la sécurisation des situations ne relève pas seulement des pratiques de l'infirmière et du médecin en consultation (pratiques que nous observerons plus en détails en seconde partie du mémoire). Parce que « *tout le monde est (...) bienveillant* » avec lui, notamment en dehors des consultations, alors il se sent plus en confiance et ose parler dans diverses situations. La sécurisation relève alors d'un travail d'hospitalité collective, « d'attention conjointe » en consultation mais également en périphérie de ces situations (Citton, 2014, p.193). Cette attention conjointe relève de petites attentions que je n'ai pas pu observer, mais que Kerem et d'autres stagiaires ont pu décrire : le sourire du directeur dans le couloir associé à une question pour savoir si tout se passe bien dans l'établissement, la formatrice qui demande si la nuit s'est bien passée le matin avant de commencer son cours, l'assistante sociale qui se soucie de savoir si la famille se porte bien au pays, etc. Ces formes d'attention ne relèvent pas toujours de simples formules de politesse, mais d'une attention plus profonde à ce qui préoccupe l'autre (par exemple, si la formatrice demande à un stagiaire s'il a bien dormi la veille, c'est qu'elle sait que ses nuits peuvent être particulièrement difficiles). Ces attentions discrètes, furtives au détour d'une rencontre de couloir, semblent participer du mieux-être des stagiaires et de l'instauration de conditions propices pour déployer leurs capacités et leur pouvoir dire.

Le parcours de Kerem et les relations qu'il a établi depuis son arrivée en France il y a 15 ans ne sont pas représentatifs des situations des autres réfugiés enquêtés. Peu de réfugiés peuvent s'appuyer sur un réseau familial et amical aussi dense et peu ont un réseau communautaire aussi présent sur le territoire enquêté. Pour de nombreux réfugiés, le parcours migratoire a été long, certains sont restés plusieurs mois ou années dans d'autres pays avant d'arriver en France. Parmi les enquêtés, mise à part une famille syrienne pour qui l'arrivée est récente (10 mois), toutes les personnes interrogées sont arrivées en France depuis au moins 4 ans. Contrairement à Kerem, peu résident en France depuis aussi longtemps que lui (15 ans). La majorité a connu la procédure de demande d'asile en France et l'hébergement en CADA⁴⁹, certain en CPH après l'obtention du statut. Dans leur « carrière »⁵⁰ de demandeur d'asile, jalonnée par un cadre de relations sociales en partie bien circonscrit, les réfugiés (alors demandeurs d'asile) ont

⁴⁹ Ce qui n'est pas représentatif des conditions d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile à l'échelle nationale ou, en 2021, seulement 40% d'entre eux ont bénéficié d'un hébergement en CADA au cours de l'instruction de leur demande d'asile (Cimade, 2022).

⁵⁰ Entendons ici le « contexte social dans lequel se déroule la vie » des demandeurs d'asile, leurs « situations officielles », leurs « relations de droit » (Goffman, 1968, p.179).

partagé de nombreuses interactions avec des natifs francophones (médecins, travailleurs sociaux, bénévoles, juristes, co-hébergés, etc.). Ils ont une expérience assez longue et répétée des situations exolingues. Finalement, la rencontre avec le natif francophone ne relève pas toujours et spécialement de l'inédit pour eux.

Ce qui n'est pas toujours le cas des professionnels avec qui ils y interagissent. Parfois, les difficultés liées à l'absence de langue commune sont plus déstabilisantes pour eux que pour les réfugiés. D'autant plus s'ils ont peu d'expérience des rencontres plurilingues⁵¹. Le caractère inhabituel des situations, au-delà de l'interconnaissance des acteurs, et l'insécurité qui en résulte, n'est-il pas aussi à voir du côté des professionnels ? Ces considérations m'amènent à manier différemment le concept d'insécurité langagière. Bien qu'il soit défini par Hervé Adami et Virginie André en tenant compte du contexte d'interaction et d'une insécurité variable selon l'habitude, ou non, qu'aurait le locuteur à interagir dans un certain espace d'interaction (2014, p.77), il est principalement abordé du côté des réfugiés. Considérons alors l'insécurité langagière non plus comme un « état » qui ne serait à voir que du côté des non natifs, mais également du côté des professionnels pour qui la rencontre exolingue peut relever de l'inhabituel, de l'inédit. C'est finalement l'interaction elle-même, entendue comme « l'action réciproque qu'exercent les partenaires d'un échange lorsqu'ils sont en présence les uns des autres » (Joseph, 2009, p.124), qui est considérée et dans les situations qui nous intéressent est fragilisée par son caractère exolingue. L'interaction est ici à voir comme la scène d'un partage de fragilités.

Nous venons de voir que pour les réfugiés, l'insécurité langagière se manifeste par des sentiments de culpabilité, de désolation, voire de honte, très souvent exprimés et visibles en situation (par une attitude particulière ou explicitement par la parole). Bien que difficilement mesurable, le sentiment d'insécurité varie selon plusieurs facteurs (thèmes abordés, ressources mobilisables et mobilisées par les interactants, qualité de l'accueil, ...). Dans ce contexte, la notion de capacité est donc à voir comme mouvante et instable. Les capacités sont variablement mobilisables par les acteurs selon le contexte d'interaction. La rencontre exolingue est souvent considérée comme une situation délicate pour les personnes allophones. Ces dernières ne maîtrisent pas la langue commune d'usage, les langues qu'elles maîtrisent ne sont habituellement pas utilisées. La configuration la plus visible des fragilités est souvent celle des réfugiés.

⁵¹ J'ai questionné, lors de mes entretiens, les expériences professionnelles et personnelles avec des personnes migrantes. L'altérité est appréhendée et vécue différemment selon les trajectoires. Les professionnels de santé et du social qui ont travaillé à l'étranger, qui ont une expérience professionnelle, personnelle ou avec des migrants, semblent recevoir avec moins de craintes la rencontre à venir avec un réfugié allophone. Des chercheurs ont observé des rapprochements entre les trajectoires professionnelles et personnelles de professionnels de santé mentale et leur investissement auprès de migrants (Pian, *et al*, 2018, p.68-69), ainsi que sur la capacité à diversifier et adapter ses pratiques communicationnelles selon l'habitude d'interagir avec des étrangers (André et Bailly, 2007, p.3-8).

Pour les professionnels, qu'ils s'agissent des soignants ou des accompagnants, bien que l'usage de la langue soit principalement leur langue maternelle, les micro-épreuves qu'ils rencontrent en interaction viennent bouleverser leur professionnalité. Cependant, leurs fragilités sont généralement moins visibles, moins exprimées en situation. Malgré les contraintes de l'interaction, les professionnels cherchent à « sauver la face » (Goffman, 1974a, p.12-13), à donner aux autres l'impression qu'ils tiennent « une ligne de conduite » fidèle à celle attendue dans de telles situations (*idem*). Voyons dans la prochaine partie, en coulisse des consultations, les regards qu'ils portent sur les vécus des interactions. Par leur description du vécu des situations, nous comprendrons mieux les difficultés bien dissimulées qu'ils rencontrent (qui menacent leur « image de soi » et parfois celle de leur profession).

3.2 Des professionnalités mises à l'épreuve : dilemmes et paradoxes de l'accompagnement au soin des réfugiés

Dans les situations que j'observe, les réfugiés « se mettent entre les mains » de professionnels de santé ainsi que d'accompagnants (travailleurs sociaux ou infirmière), afin d'obtenir la « réparation » de problème(s) (Goffman, 1968, p.380-381). Nous sommes dans le cadre de ce que Goffman appelle une « relation de service », entendue comme une interaction directe triangulaire (*idem*). La structuration théorique nécessaire à la « bonne relation de service » (aux yeux du praticien), d'un point de vue interactionnel, s'articule, toujours selon Goffman, en « trois points ». « Une partie contrat, indication approximative, et, en général, pudiquement écourtée, du coût du travail, des délais nécessaires et autres détails semblables » (*idem*, p.383). Une partie « technique » ou « chacun fournit à l'autre (...) des éléments d'information technique sur le problème qui se pose, sur les solutions à envisager, sur la prestation en cours ou sur son achèvement » (Gadrey, 1994, p.382-383). Enfin, une partie « civilités, où l'on voit les protagonistes échanger de façon plus ou moins prononcée des signes, formules et comportements qui sont autant de marques d'attention réciproque mais aussi parfois des moyens de faciliter les interactions selon les deux autres registres » (*idem*). La déstructuration de ce socle théorique dans la relation de service avec un patient peu francophone vient fragiliser et mettre à mal la professionnalité des professionnels de santé.

Voyons comment des professionnelles de santé vivent, définissent et décrivent ces « épreuves de professionnalité »⁵² (Ravon et Ion, 2012, p.91-95, Ravon et Vidal-

⁵² Entendons ici la professionnalité comme la « façon très concrète d'exercer [le] métier(...) la capacité issue de l'expérience, qui permet à des professionnels à la fois de respecter les règles du métier – ils ont été formés dans cette perspective – et de les transgresser afin de s'adapter aux situations » (Ravon et Vidal-Naquet, 2018). L'épreuve de professionnalité fait référence aux « troubles éprouvés au sein de l'action elle-même, lorsque les

Naquet, 2016, 2018, Chambon et Le Goff, 2016, p.131-133). Mon propos, en s'intéressant au sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et expériences, se construit autour de trois moments, jugés comme problématiques par les acteurs ou une partie d'entre eux, illustratifs de ce que je rencontre plus généralement dans mon quotidien de travailleur social. Nous nous intéresserons aux toutes premières consultations avec les stagiaires FLE pour la médecin et l'infirmière du centre de formation (cette dernière a déjà rencontré une fois seulement les stagiaires avant ces consultations, pour la médecin il s'agit des premières rencontres depuis l'entrée en formation des stagiaires, 11 jours plus tôt). Mon propos s'appuie également sur un entretien avec une médecin généraliste que j'ai sollicitée suite à des « difficultés » en consultation exprimées *a posteriori* par deux personnes réfugiées que j'accompagne. Enfin, j'étaye mon propos par plusieurs conversations téléphoniques et rencontres avec une médecin spécialiste pour qui le soin d'un réfugié est devenu problématique suite à l'interruption d'accompagnement par un tiers. Comprendre comment les professionnelles de santé vivent et décrivent ces moments délicats nous permettra aussi de comprendre comment elles perçoivent la place du tiers accompagnant dans la relation de soin.

3.2.1 « Du sale boulot » pour les médecins ? Responsabilité et professionnalité menacées

Carnet de terrain, extrait d'observation

Première consultation filmée ce matin, début du recueil de données à l'ESRP. Je suis à la fois stressé que le matériel ne fonctionne pas et impatient d'avoir le retour de Justine [infirmière], Colombe [médecin] et Ahmad [stagiaire] sur leur première consultation (...) Comme prévu, Justine m'appelle à la fin de leur rendez-vous pour que je puisse récupérer les deux caméras. Ahmad est déjà retourné en salle de cours. Un stagiaire d'une autre formation attend devant le bureau médical pour leur prochaine consultation, le temps est compté. (...) L'ambiance est moins joviale qu'en début de matinée. Je peine à ouvrir la discussion et leur demander comment cela s'est passé. Je crains aussi qu'elles soient gênées par la présence des caméras (...) C'est le silence dans le bureau, jusqu'à ce que Colombe intervienne, plutôt froidement : « *je ne vois pas comment on va faire là...* ». Nouveau silence puis Justine lui répond : « (...) *et encore, lui c'est celui qui parle le mieux français* ». « *Je ne suis même pas sûre d'avoir compris ce qu'il avait comme maladies* » termine Colombe. (...) Je les quitte, sans oser discuter plus de la consultation. (...) Dès que j'arrive au bureau je visionne l'enregistrement. La consultation a duré 1h17 et les questions posées par les professionnelles ont amené Ahmad à raconter quelques éléments de son parcours très difficiles à entendre. Je me dis que ça peut aussi expliquer leur malaise (...) En visionnant, je trouve le malaise de Justine et Colombe exprimé plus tôt bien dissimulé (...).

Carnet de terrain, extrait d'observation

[Le lendemain] Deux nouvelles consultations avec des stagiaires qui ont accepté de participer à l'enquête. Entre les deux consultations, je viens vérifier que tout a fonctionné⁵³. (...)

professionnels font état d'une grande perplexité face à l'incertitude des situations rencontrées, parce qu'ils n'arrivent plus à discerner au juste ce qu'il convient de faire » (Ravon et Vidal-Naquet, 2016).

⁵³ Ces moments en fin de consultation, ou entre deux consultations, seront tout au long de l'enquête très précieux. Vérifier le matériel deviendra progressivement un prétexte pour instaurer un moment de discussion « à chaud », avec les professionnelles, sur leurs vécus des rencontres.

L'ambiance est encore plus glaciale qu'hier. Colombe prononce quelques mots avant de s'effondrer, en pleurs. Je ne sais pas où me mettre et j'ai l'impression que l'enquête de terrain va s'arrêter aujourd'hui. Je leur propose d'arrêter les enregistrements et l'enquête si cela est trop pesant pour elles. Colombe me dit que ça n'a rien à voir, que de toute façon elle « *oublie déjà les caméras* ». Elle s'exprime plus sur son malaise (...). Elle doute de « *l'utilité* » de son travail dans ces conditions (...) Elle craint pour « *sa responsabilité en tant que médecin* » comme pour l'image qu'elle peut renvoyer à ses confrères : « *là j'ai mon dossier, mais je ne le transmets à aucun confrère, y'a un peu de tout mais rien de creusé, je vais passer pour quoi moi si je transmets ça ?* » (...) Justine, qui s'inscrit sur une autre temporalité, tempère « (...) *mais on a 10 mois pour creuser tout ça, ça va aller* ».

Pour les professionnelles de santé du centre de formation, l'incertitude qui règne autour de l'intercompréhension avec les patients allophones vient complètement bouleverser leur façon habituelle de travailler. Elles ne savent plus comment agir parce qu'elles estiment que leurs outils et leur organisation habituelle pour mener leur consultation ne fonctionnent plus dans ce nouveau contexte. Les rencontres avec « *les FLE* » provoquent une rupture dans leurs expériences habituelles de travail au quotidien. Ces rencontres relèvent d'une expérimentation au caractère incertain. Ce qui menace, selon elles, à la fois l'utilité et la qualité de leur travail, ainsi que l'image qu'elles pourraient renvoyer à leurs confrères. Quelques semaines après les premières consultations, Justine, l'infirmière, revient sur ces expériences.

Extrait d'entretien

JUSTINE : (...) rappelle-toi au début, on était complètement désorientées, on était secouées, on ne savait pas ce qu'on allait faire (silence) et comment surtout (...) Moi j'ai eu cette sensation là quand ils sont arrivés en entretien (...) tu te dis qu'il faut faire avec les moyens du bord, et que du coup euh (silence) bah tu fais avec les infos que t'as. Et en fait prendre en charge les gens qui (silence) dont tu comprends rien. Bah tu te rappelles quand t'étais venu et que Colombe était super mal. C'est que (silence) en fait voilà (silence) qu'est-ce que je fais quoi (...) Et je me souviens quand j'ai fait mes premiers accompagnements vers des médecins à l'extérieur avec des FLE, mes dossiers étaient vides quoi j'avais pas d'info (...) Et puis t'as peur d'être passée à côté d'un truc. Ou des fois tu te dis putain ça crève les yeux et t'es passée à côté et du coup ça fait de toi (silence) un mauvais professionnel.

On retrouve ces difficultés pour les médecins généralistes ou spécialistes « de droit commun », où les manières de mener leurs consultations, les techniques qu'ils utilisent habituellement, ne conviennent plus dans ce contexte exolingue. Comprendre de quoi souffre le patient leur est difficile, à la fois à cause de l'intercompréhension mais également parce que l'origine des souffrances est parfois indéterminée (une médecin me l'exprime ainsi : « *on ne sait pas si on est dans le psy, dans le social, dans le somatique* »). Les problèmes périphériques à la santé des réfugiés s'immiscent dans les espaces et interactions de soin et perturbent le suivi (« *on a l'impression de plus faire du social dès fois* » exprimera ce même médecin).

Carnet de terrain, discussion

DR MARIANI (médecin spécialiste en hôpital) : (...) Et je vois bien pour lui [réfugié, patient] que c'est compliqué à côté. Je vois bien qu'il est tiraillé. Il me dit qu'il veut quitter Briançon, que son logement c'est trop cher. Il doit aller à Marseille pour envoyer de l'argent à sa mère qui est malade. Il doit aussi aller dans un autre pays voir sa femme. (...)

De l'accueil à la compréhension des symptômes, de la prescription de médicaments ou d'examens au diagnostic, les méthodes et la qualité de leur travail sont remis en cause.

Carnet de terrain, discussion téléphonique

Je suis appelé par un médecin spécialiste de l'hôpital que je ne connaissais pas encore. C'est son patient, que j'accompagne en ASBPI, qui lui a donné mon numéro. « *Je ne m'en sors pas avec Monsieur Srah, il ne vient pas aux rendez-vous, ou alors il vient quand il n'a pas rendez-vous. On lui dit non, du coup il s'énerve. Il ne fait pas toujours les analyses mais moi j'ai besoin de savoir si le traitement marche (...)* On patine, on s'en sort pas (...) Depuis qu'il n'est plus accompagné, c'est la galère pour le suivi.

(...) « *Cela fait deux ans que je l'accompagne. Au début on a cru que c'était son XXXX [nom d'un type de virus] qui posait problème, en fait non il se répliquait pas. On sait que c'est XXXX [virus] mais on sait pas si le traitement marche pas pour lui, si le virus a muté ou si c'est le manque d'observance. J'ai essayé de savoir s'il prenait bien, à la même heure, chaque jour, mais j'ai pas réussi à comprendre. De toute façon c'est clair avec lui je n'arrive pas à aller en profondeur. (...)* Au point que je me demande si on va pas tout arrêter. Il prend un traitement qui comme pour le XXXX [virus] est très nocif pour les reins. Si dans quelques mois on se rend compte qu'il a une infection rénale et que sa charge virale est élevée, on aura tout perdu ».

Extrait d'entretien

DR DOLLON (médecin généraliste en cabinet libéral) : (...) Quand t'as une grosse barrière de langue c'est hyper compliqué en médecine parce que (silence) nous pour décrire des symptômes si t'as pas un minimum de mots (silence) euh les nuances, les subtilités, les trucs même tu vois il me faut des dates, des durées de symptômes, des symptômes précis, on pose des questions précises. Euh on est là plus sur du mime, tu fais style est ce que tu vomis, mal à la tête (rire) t'es là comme ça (elle mime l'action de vomir). Ça reste très basique tu vois⁵⁴. T'arrives à peu près des fois à cerner à peu près le problème mais (silence) (...) Donner des médicaments c'est bien, mais si tu peux pas correctement expliquer comment les prendre, c'est dangereux. (...) Par exemple la cortisone c'est, tu vois, faut pas le prendre plus de 7 jours. C'est très dangereux comme médicament si tu le prends plus de 7 jours. Bah celui-là par exemple je vais pas le prescrire parce que dans le doute, la personne a pas compris, elle va m'avaler la boîte pendant 15 jours, ça va créer trop de danger. Du coup je vais pas lui mettre ça. Tu vois ça fausse un peu. Bah ça fausse tout en fait.

ALEXIS COLIN : La consult et la façon de prescrire ?

DR DOLLON : La consult, la façon de prescrire, les examens que tu vas prescrire c'est faussé. Tout quoi. Même le diagnostic parce que en général tu sais pas trop (silence) bah quand tu sais pas trop pourquoi il vient, tu sais pas trop quoi chercher. Bah c'est hyper chiant. (...)

DR DOLLON : Tu fais moins bien ton métier quoi. Ce qui est évident c'est que tu as une perte de qualité de travail tu vois. Parce qu'en fait tu peux pas (silence) tu peux pas être aussi précis, tu fais vraiment de l'approximatif (silence) De toute façon voilà même si toi t'arrives à faire le diagnostic tu n'arriveras même pas à l'expliquer aux gens et encore faut-il qu'après ils prennent les médicaments correctement. Quand c'est des médicaments. T'imagines quand c'est de l'hygiène de vie ou quoi. Va expliquer un régime alimentaire (silence) Va expliquer à un migrant qui a un peu de diabète ce qu'il doit manger, tu vois. (...) Tu fais jamais une bonne consult, j'ai pas de qualité. Enfin c'est pas du tout pareil qu'une autre consult en fait (...) On fait que du sale boulot.

⁵⁴ Le discours du médecin jusqu'ici illustre bien la mise à mal de l'idéal, du schéma-type de la relation de service, avec l'absence des conditions nécessaires « dont le réparateur a besoin pour effectuer son travail avec efficacité » : « déclaration » du patient sur ses symptômes, « aptitude de ce dernier à apporter des renseignements utiles » (Goffman, 1968, p.383-384).

Aussi, bien souvent, le temps nécessaire à consacrer au patient allophone ne correspond pas au temps qu'est prêt à consacrer le professionnel de santé.

DR DOLLON : Moi en 3 minutes je peux te poser 15 questions et j'ai déjà cerné rapidement, tu vois, si quelqu'un est bien (silence) moi tu vois j'ai une batterie de questions. Peut-être j'en ai 15 à poser pour un symptôme.

ALEXIS COLIN : Ah oui.

DR DOLLON : Bah oui nous tu vois on a des batteries de question à poser. Comme si t'avais une liste qui sort. Tu vois on me dit j'ai de la fièvre, mal au ventre et j'sais pas quoi. Et moi j'ai 15 trucs et je coche mes cases dans ma tête vite vite vite. Tu vois. Je pose mes questions et vite. Comme ça et tac je passe sur des hypothèses et ensuite sur des examens complémentaires et un traitement. Enfin moi en tout cas je fonctionne comme ça, enfin on nous a appris comme ça. Et ça marche très vite.

AC : Parce que toi tu prévoies des consultations de 30 min ?

DR DOLLON : Même pas même pas. 15 minutes. Je peux pas m'amuser à déborder.

Les alternatives pour diagnostiquer la maladie passent bien souvent par des examens complémentaires, qui viennent finalement complexifier le parcours de soin du patient (Tabouri, 2009). Les professionnels en ont bien conscience, ces alternatives apparaissent à leurs yeux comme « des solutions de moindre mal » (Goffman, 1968, p.396), ce qui peut renforcer chez eux l'impression de ne pas bien faire leur travail.

Extrait d'entretien

DR DOLLON : On prescrit des examens, parce qu'avec un peu de chance les examens vont nous dire ce qu'il y a tu vois. Du coup tu vas faire un bilan, une écho, un truc que peut-être tu ferais pas. Parce que comme tu n'as pas le verbal tu vas faire beaucoup plus d'examens pour (silence) ou alors tu fais rien parce que tu sais pas trop donc tu sais pas (silence) trop quoi (silence) dans quelle direction te pencher tu vois. Donc soit tu fais trop ou pas assez mais en général c'est pas bien.

Face aux difficultés rencontrées, la possibilité pour les patients allophones d'être accompagnés par un tiers apparaît comme une solution idéale du point de vue des médecins, qu'il s'agisse de membres de la famille, d'interprètes (professionnels ou *ad hoc*) ou de travailleurs sociaux. Il arrive, bien que rarement, que des professionnels de santé qui ont connaissance de la possibilité d'accompagnement pour un patient exige la présence du tiers.

Extrait d'entretien

ALEXIS COLIN : (...) Et ils [les migrants qu'elle reçoit en consultation] sont jamais accompagnés ?

DR DOLLON : Quand ils sont accompagnés c'est magique, ça change tout. Donc tu demandes à chaque fois quand il y a un accompagnant que l'accompagnant revienne. Qu'il y ait toujours un accompagnant. Mais c'est rare que ça se fasse comme ça. Tu vois. Mais en fait dès qu'il y a un accompagnant, la consult elle est de dix fois meilleure qualité. Tu peux enfin poser des questions que j'ai jamais posées, tu vois. (...) En fait c'est un gain de temps énorme, je vais te dire je peux tout donner les consignes vite fait tac même si je les note et vas-y après derrière à la maison débrouille-toi (...) Là avec quelqu'un tu peux tout dire et tu dis bah vous prenez le temps de bien (silence) qu'il comprenne bien, tout lui expliquer, lui reparler, lui dire ça, le rassurer⁵⁵. Parce qu'on a pas le temps nous. C'est important oui qu'il y ait quelqu'un. Ça joue

⁵⁵ On voit bien dans ce propos du médecin, le rôle, les missions qu'elle accorde (impose ?) à « l'accompagnant », quel qu'il soit. Le tiers devient subordonné aux consignes du médecin, comme par exemple celle d'expliquer, après la consultation, ce qui vient d'être dit, ou expliquer (on pourrait même dire

vachement sur la consult. De toute façon à chaque fois qu'il y a un accompagnant, mais ça joue sur tout de toute façon. Tu sais tu fais une ordonnance pour faire une prise de sang. « Vous ferez la prise de sang ? » « oui oui » « vous appellerez l'infirmière ? » « oui oui ». Moi j'y crois pas. Tu sais tu donnes tout et tu te dis ça va être bourré dans le sac et c'est terminé quoi. Tu vois. Tandis que si t'as quelqu'un qui prend des notes. Tu vois au CADA souvent elles prennent des notes « appeler... ». Par exemple pour les spécialistes c'est un sketch. Tu sais euh... « vous prendrez un rendez-vous chez le cardiologue ». Et qui va ? Déjà quelqu'un de normal il arrive pas à prendre rendez-vous chez le cardiologue. Il appelle 20 fois déjà alors quelqu'un qui a des difficultés soit de langue soit de machin ça mais alors c'est mort. Je lui dis vas voir le cardiologue je t'aurais dit je sais pas vas faire un aller-retour sur la lune c'est pareil. Quand j'ai quelqu'un qui me dit « oui j'appellerai » je me dis ah mais merci tu vois ça m'enlève un poids. Parce que dès fois c'est pas urgent mais dès fois quand même c'est... Tu tiens à un fil tu vois, dès fois t'as un doute sur un truc et tout. Sinon il y a une perte de chance, tu vois.

Dans cette enquête, nous nous intéressons plus particulièrement à la place des travailleurs sociaux du dispositif ASBPI et de l'infirmière du centre de formation comme tiers accompagnant au soin. Si pour les professionnels de santé leur présence est d'un grand renfort, d'autres enjeux entrent en considération pour les travailleurs sociaux et les réfugiés. Ce qui n'est pas sans provoquer de dissonances entre les acteurs sur les configurations possibles de l'aide et sans poser quelques dilemmes aux travailleurs sociaux pour leurs accompagnements. Si tous œuvrent pour une « bonne » prise en charge des soins des réfugiés, les enjeux et finalités diffèrent en situation selon les acteurs, ainsi que les façons d'intervenir.

3.2.2 Conflits entre relation d'accompagnement et de soin ?

3.2.2.1 *Faire avec et laisser faire : enjeux et dilemmes autour de « l'intégrabilité » et de la protection*

L'infirmière du centre de formation et les travailleurs sociaux du dispositif ASBPI accompagnent au soin (aussi, pour ces derniers, au parcours d'insertion, à l'emploi, etc.). De quoi l'accompagnement est-il le nom ? Qu'est-ce accompagner, maître mot de nombreux dispositifs depuis le développement des « nouveaux métiers du social » issus de la politique de la ville du début des années 1980⁵⁶ (Astier, 2007, p.127). Autour de quels principes s'agence la relation d'accompagnement ?

traduire) les examens prescrits suite à la consultation. Médecins et accompagnants ne sont ni sur les mêmes temporalités d'action (pour ces derniers, l'objectif est de faciliter l'intercompréhension et le lien en situation entre professionnels de santé et réfugiés) ni sur les mêmes régimes d'action. Ce qui n'est pas sans poser de problèmes aux professionnels accompagnant les réfugiés (voir les extraits d'entretien avec Silène et Lexane, p.64).

⁵⁶ Pour une présentation plus détaillée de l'évolution et des transformations du champ social depuis les années 1970, voir également Astier et Medini (2019, p.69-129).

« La notion d'accompagnement soutient d'abord l'idée qu'une « bonne » prise en charge ne peut être construite sans l'assentiment de la personne aidée. En effet, accompagner, c'est faire un bout de chemin avec l'autre, et non pour ou malgré lui ; lequel est considéré par là même comme une « personne à part entière », un « acteur » plutôt qu'un « patient ». Travail avec autrui inscrit dans une logique de prise en compte (le « faire-avec ») davantage que dans une logique de prise en charge (le « faire-pour ») [Karsz, 2004] » (Ravon et Ion, 2012, p.80)

On voit déjà dans cette proposition de description de la notion d'accompagnement, les prémices de dissonances possibles autour du soin et de l'accompagnement, de « l'acteur » et du « patient ».

Pour les travailleurs médico-sociaux, accompagner désigne davantage un soutien à l'expérience du soin qu'un accompagnement au projet comme c'est souvent le cas dans le travail social (Astier, 2007, p.129). Pour reprendre les propos d'une collègue du dispositif ASBPI cités au début de ce mémoire, l'intervention des travailleurs médico-sociaux visent notamment à « *faire la place à ce public-là* ». L'activité des accompagnants s'inscrit dans « une logique connexionniste » (Breviglieri, 2005, p.3) et consiste, entre autre, à aider les personnes à tisser des liens, à accompagner l'expérience de la rencontre, l'entretenir dans la durée puis se détacher progressivement dans une perspective d'autonomisation. L'aide à la relation se fait à double sens : aider les réfugiés à interagir avec les professionnels de santé et inversement. Déceler des techniques, des méthodes qui faciliteront à plus long terme les interactions entre ces deux acteurs. Nous avons affaire ici à une promotion du pouvoir d'agir, d'empowerment, « consistant à aider les gens à s'aider eux-mêmes » (Ehrenberg, 2013, p.140). Des pratiques qui s'inscrivent dans une logique « d'intégrabilité », définie par Marc-Henry Soulet comme « la capacité à prendre socialement place en tant que sujet constitué et responsable » (Astier, 2007, p.130). L'intervention des professionnels médico-sociaux enquêtés sur les deux terrains vise à accompagner et soutenir ce « prendre place ». La relation d'aide entre les professionnels et les réfugiés s'appuie sur une personnalisation de l'accompagnement. L'aide est relationnelle, coproduite (Ravon et Ion, 2012, p.80), et se veut soucieuse des subjectivités, des capacités et du consentement⁵⁷ des personnes. Ce « travail avec autrui » (*idem*, p.80, Astier et Medini, 2019, p.95) s'inscrit dans une temporalité plutôt définie⁵⁸ puisque les stagiaires sont en formation pour 10 mois et les mesures d'accompagnement ASBPI s'arrêtent au bout de 12 mois. « *On est un peu la dernière marche avant le droit commun* », pour reprendre les propos d'une éducatrice du dispositif ASBPI. Il y a donc un enjeu pour les professionnels comme pour les réfugiés de « préparer l'après ». « *C'est un peu comme un entraînement* » me dira Salim, un réfugié soudanais quand je lui demandais ce que représentait pour lui mon accompagnement.

⁵⁷ « C'est seulement dans la mesure où l'intervenant s'est bien informé du point de vue de l'utilisateur qu'il pourra légitimement conduire et orienter sa politique d'aide » (Breviglieri, 2008, p.217).

⁵⁸ Je nuance puisque sur les deux terrains, en y regardant de plus près, on constate que les professionnels ruse parfois pour allonger les durées d'accompagnement au-delà de ce qui est initialement prévu, lorsqu'ils estiment que des besoins subsistent ou que les réfugiés expriment leurs réticences quant à la fin de l'aide à venir.

Pour les professionnels médico-sociaux enquêtés, l'enjeu des accompagnements en consultations n'est donc pas seulement la « bonne » prise en charge des besoins de santé. Les consultations sont aussi considérées comme des espaces et moments d'expérimentation pour les réfugiés, qu'il convient parfois d'accompagner, parfois non.

Extrait d'entretien

SILENE (éducatrice ASBPI) : (...) je sais pas si c'est le fait qu'il y ait la barrière de la langue qui fait qu'ils comprennent pas ou si c'est la barrière de la connaissance du système. Qui fait que, euh, bah en fait ils arrivent pas à concevoir ce que tu leur dis parce que ça n'existe pas, ça n'existe pas dans ce qu'ils connaissent. Et du coup tu pourrais leur expliquer dans n'importe quelle langue en fait ils ne le comprendront pas tant qu'ils ne l'auront pas vécu, expérimenté. Tu vois ce que je veux dire ?

On fait faire, on fait avec, on laisse faire. L'expérimentation de la situation de soin, qu'elle soit accompagnée ou non, participe d'une stratégie d'accompagnement qui vise à valoriser les capacités de la personne à prendre place. Pour Frédérique Giuliani, « dans des dispositifs expérimentaux du travail social, la relation dite d'accompagnement est pensée comme le niveau pertinent d'identification et de prise en compte de problèmes sociaux liés à la réalisation d'un parcours d'insertion » (2008, p.195). Pour les travailleurs sociaux du dispositif ASBPI et l'infirmière du centre de formation, la relation d'accompagnement (organisée notamment autour d'entretiens, de discussions, de participation aux consultations médicales, etc.) constitue aussi ce que l'on pourrait appeler un espace pédagogique. Ils cherchent à déployer les capacités des réfugiés dans une perspective d'autonomisation des personnes. Dans cette perspective, ils veulent mettre en lumière les capacités de faire des réfugiés et notamment leur « pouvoir de dire » (Ricoeur, 1997), dans un objectif de reconnaissance par la personne elle-même de ses propres capacités à agir. Pour ce faire, il y a dans leur logique d'accompagnement une idée de confrontation aux situations. La consultation, puisque c'est ce qui nous intéresse ici, n'est pas qu'un espace de soin du point de vue de ces professionnels, c'est également un support éducatif, de coopération et d'apprentissages co-construits. On essaie, on échoue, on observe, on réessaie différemment.

Si pour les professionnels, accompagner c'est « travailler avec », les risques de passer de l'aide à l'emprise, au « travail sur autrui » (Astier, 2007, p.135), n'en restent pas moins présents. De leur point de vue, une maîtrise partielle de la langue pour les réfugiés peut renforcer le risque de « faire pour » (Ravon et Ion, 2012, p.80).

Extrait d'entretien

SOLANGE (éducatrice ASBPI) : Alors bon, y'a eu des moments aussi euh, faut le reconnaître, c'est peut-être pas très bien, d'un point de vue j'allais dire éducatif, ou d'accompagnement. C'est, c'est. J'explique le truc à la personne puis je lui dis, je m'en occupe. Et je fais. Ne serait-ce que pour XXXX [un réfugié], où je sentais que c'était compliqué, qu'en plus il était pas là, qu'il partait. Bon ok je fais pour vous vous êtes ok ? (...) C'est vrai que cette barrière de la langue fait qu'on fait plus pour eux.

Extrait d'entretien en autoconfrontation vidéo

JUSTINE (infirmière ESRP) : Avec XXXX [un stagiaire], je me suis rendue compte que sous couvert de la langue, j'ai accompagné et fait pour lui quasiment tout. Et quand on s'est rendu compte qu'il allait peut être se faire exclure sous décision arbitraire, c'était la panique à bord.

Mais je me disais mais comment il va faire. Et d'un coup j'ai commencé à lui dire j'attends dans la voiture allez faire la prise de sang. Et euh...Ca m'a un peu appris ça. Dans l'absolu il (silence) y'a peut-être aussi de pas faire trop à leur place. Ils te font confiance mais faut peut-être pas trop en abuser quoi.

Les consultations sont des espaces où se mettent à l'œuvre des stratégies d'accompagnement rarement prédéfinies. Ne pas accompagner peut être considéré comme une stratégie d'autonomisation. Les manières de faire sont rarement évidentes, les prévisions de « réussite » toujours incertaines. Les professionnels œuvrent avec « prudence », « acceptent de faire des paris » (Champy, p.155, 2017), sans jamais être entièrement assurés de leur réussite. Aussi, ils se confrontent à leurs propres exigences, parfois contradictoires, de favoriser l'autonomisation des personnes tout en assurant une certaine protection. Accompagner physiquement pour sécuriser la situation de soin et plus globalement le parcours de santé, ou laisser seul pour favoriser l'autonomisation des personnes ? C'est l'un des dilemmes, courant dans la relation d'aide (Hennion, *et al*, 2012, Vidal-Naquet, 2013), qui se pose aux travailleurs sociaux et l'infirmière, avec les réfugiés, au moment de décider de la configuration de l'accompagnement.

Extrait d'entretien

SILENE (éducatrice ASBPI) : (...) Est-ce que tu les laisses se planter et tu rattrapes derrière ? Ou est-ce que tu fais et (silence) qu'est ce qui est le mieux pour eux en fait ? Est-ce que tu les laisses se planter pour qu'ils comprennent, vraiment, et qu'ils voient les conséquences qu'il y a quand tu ne fais pas ça. Ou est-ce que tu dois faire en sorte qu'ils se plantent pas, pour pas qu'ils se plantent, parce que tu sais que derrière ça va être hyper compliqué à rattraper (...) et ça c'est vraiment, j'ai pas la réponse. J'essaie de faire un peu au feeling, de me dire attends, allez eux laissez les aller se planter un petit peu c'est pas trop grave (...) J'ai pas l'impression qu'il y ait une manière de faire, ça dépend vraiment de la personne que tu as en face de toi. Et de sa capacité à faire. Il y en a tu peux passer 4 ans, 5 ans à expliquer certaines démarches ça rentre pas. Malgré le fait que tu les aies laissés se planter. Dans l'idéal t'es censé avoir une progression, en pratique bah y'en a, y'en a tu te dis bah ils vont galérer tout le temps (rire).

Carnet de terrain

J'aide Nazer [réfugié] à prendre rendez-vous chez le dentiste. (...) Il parle bien français, il a été longuement accompagné par l'équipe du CADA puis par une éducatrice d'un autre service (...) Il insiste pour que je l'accompagne à ce rendez-vous. Pour moi, ce n'est pas cohérent. Il sait se repérer et se déplacer seul, il parle et comprend ce qu'on lui dit. Il vit à Briançon depuis 6 ans maintenant (...) Nous trouvons un arrangement, je reste disponible par téléphone au moment de son rendez-vous, au besoin. (...) A 17h15, 15 minutes après l'heure prévue de son rendez-vous, il m'appelle. Je comprends que tout ne se passe pas vraiment comme prévu. Il donne son téléphone au dentiste avec qui je discute. Ce dernier m'explique qu'il ne recevra pas Nazer, qui est arrivé 30 minutes avant le rendez-vous et qui vient de lui demander quand la consultation allait commencer. Le médecin semble avoir mal pris cette demande de Nazer : *« vous savez je fais des journées de 14h, donc en effet j'ai 15 minutes de retard (...) Il m'a montré son téléphone en me disant qu'il était 17h15. Ça m'a énervé (...) voilà il n'y a pas de feeling, je sais que c'est de mon fait mais je pense que c'est humain non ? (...) Je ne soigne pas quand je suis énervé (...) il peut prendre rendez-vous chez un autre dentiste »*. (...) Nazer se souciait de savoir si la consultation allait vraiment se dérouler plutôt que de signaler le retard du dentiste (...) Il me rappelle une fois sorti du cabinet, très énervé : *« je t'ai dit viens avec moi (...) (il souffle) Je t'ai dit on est pas reçus pareil nous »*.

Pour les réfugiés, l'accompagnement est gage d'une certaine protection, à la fois pour comprendre « un monde » qu'ils ne maîtrisent pas encore vraiment, ou pour être soutenus face aux éventuelles épreuves d'accueil et d'hospitalité qu'ils rencontrent. Mais des formes de résistance s'observent également dans les relations d'aide. Être accompagné est aussi parfois accueilli en contradiction avec l'avis ou les recommandations que peuvent faire les travailleurs médico-sociaux.

Carnet de terrain

Appel téléphonique du Docteur B. C'est la troisième fois en deux mois qu'elle m'appelle. Elle est en difficulté pour le suivi d'un patient, que j'accompagne également, pour qui l'observance thérapeutique est mauvaise. Elle me demande « *si j'ai fait quelque chose* » suite à ces deux dernières « *alertes* ». J'ai proposé plusieurs fois à Monsieur de venir avec lui, il a toujours refusé. Je n'ai pas compris ce qui expliquait ce refus. (...) La situation m'inquiète compte tenu de son infection et l'absence de traitement.

Si la présence de l'accompagnant est généralement perçue comme facilitatrice des interactions et des démarches, pour certaines personnes, faire seul semble être synonyme d'émancipation⁵⁹, d'expérimentation et d'autonomie.

Extrait d'entretien avec interprète

ALEXIS COLIN : Tu me disais que quand tu étais au CADA, il y avait toujours une éduc avec toi pour aller chez le médecin. Toi tu préfères quoi ? Quand il y a quelqu'un, un éduc ou un ami ? Ou un interprète ?

FARAH (femme réfugiée ASBPI) : Je préfère seule, je préfère aller comme ça et faire des fautes pour être bien après, pour être claire après. Recommencer et être claire après. Je suis pas dans l'assistanat.

Difficile de se prononcer sur ce qui relèverait ici d'acte et de discours d'émancipation, ou si nous pouvons les interpréter comme les effets d'injonctions fortes à l'autonomie (à maîtriser la langue, à agir seul, à s'intégrer, etc.), comme les effets d'affaiblissements du lien social, renvoyant l'individu à sa seule responsabilité et à s'appuyer seulement sur lui-même (Ehrenberg, 2013, p.134).

Être accompagné (y compris par un ami, un membre de la famille ou un interprète) renvoie aussi à une forme de dépendance, voire d'infantilisation. Se dégage aussi la culpabilité de ne pas maîtriser la langue et celle d'une charge organisationnelle supposée lourde pour le potentiel aidant, à mettre en place des dispositions particulières pour mieux se comprendre.

Extrait d'entretien en autoconfrontation vidéo

SALIM (stagiaire FLE, traduit par Madame S, interprète professionnelle) : Je préfère aller seul aux rendez-vous médicaux. (Salim coupe la parole à l'interprète qui faisait la traduction et dit en français) En France comme ça non ? (l'interprète reprend sa traduction) Parce que les gens sont toujours occupés, à chaque fois je peux pas toujours demander emmène-moi, emmène-moi. Et voilà il a l'impression de quémander donc voilà il préfère ne pas demander.

⁵⁹ Je pense notamment ici à l'émancipation vis-à-vis de la relation aidant-aidé, omniprésente et qui revêt un caractère obligatoire tout au long de la procédure de demande d'asile. Comme une sorte de détachement à la figure du « suppliant » qui peut être attribuée au demandeur d'asile (Ricoeur, 2006, p.268).

Extrait d'entretien en autoconfrontation vidéo

[nous visionnons deux extraits vidéo assez courts. Le premier se situe au moment où Kerem, la médecin et l'infirmière n'arrivent pas à se comprendre et cette dernière propose d'appeler une amie de Kerem pour traduire. Le second extrait se passe au moment où ils terminent la discussion avec l'interprète *ad hoc* par téléphone. Kerem réagit à ce moment en exprimant sa désolation. Je le questionne sur cette réaction]⁶⁰

ALEXIS COLIN : En fait à la fin, lorsque la dame raccroche, qu'ils ont fini la partie avec la dame, lui il dit « désolé ». Il s'excuse en fait. Et j'ai remarqué à d'autres moments, à d'autres consultations, que les personnes s'excusent beaucoup. Et je voulais savoir quelle sensation il a à ce moment à de la consultation ?

KEREM (traduit par Madame E, interprète professionnelle) : En fait effectivement c'est par rapport à la tristesse en fait. Il dit il est triste parce que il a dérangé les gens, il dépend aux autres, des autres et en même temps il dit voilà vous en tant que (silence) là par exemple ce que nous on a fait ici c'est beaucoup de difficultés, beaucoup de travail [il parle de l'entretien que nous avons en ce moment et la mobilisation d'une interprète professionnelle]. On perd du temps. Il le dit pas comme ça mais (silence) On met quelque chose en place de cette manière, et il dit, on s'excuse, de ne pas pouvoir nous même le faire. Et on ne peut pas parler face à face, comme ça, en direct. On s'excuse, on se sent obligé de s'excuser et on peut pas dire les choses (silence) c'est-à-dire lui-même ne peut pas dire les choses en face à face, en un sur un. Comment on dit. En direct quoi (...) quand je ne peux pas m'exprimer en direct, je me sens coupable, je me sens comme un petit enfant. Et, il n'y a pas de différences entre moi et mon fils. En plus mon fils il commence à s'exprimer maintenant, à parler.

ALEXIS COLIN : Oui, je comprends.

Le fait d'être accompagné renvoie à ses propres fragilités à faire seul une démarche. Solliciter un professionnel pour être accompagné, demander de l'aide donc, reste difficile à bien des égards. Lorsque du point de vue des professionnels la mise en place d'un dispositif de médiation spécifique est considérée comme soutenante et performative pour l'intercompréhension, elle peut être vécue comme révélatrice des incapacités du point de vue des réfugiés. L'exemple de Kerem illustre bien ce paradoxe. Il convient aussi de considérer le caractère délicat de la demande d'aide et d'être accompagné, qui implique parfois de partager des informations personnelles et de dévoiler ses fragilités à résoudre par soi-même un problème⁶¹.

L'accompagnement, s'appuyant pour résumer sur des logiques « d'intégrabilité » et d'autonomisation, ne correspond donc pas toujours et pas exactement aux attentes qu'ont les professionnels de santé du rôle des travailleurs médico-sociaux comme tiers. Si ces derniers veulent respecter ces logiques d'accompagnement, ils doivent sans cesse s'inscrire dans des stratégies de médiation en interaction pour maintenir la personne qu'ils accompagnent « en place ». S'ils échouent dans ce travail ou s'ils ne sont pas soucieux de la participation des personnes réfugiées, le risque des professionnels est d'invisibiliser les personnes qu'ils accompagnent, de leur faire perdre la voix. Je conclurai cette partie sur ce dernier point.

⁶⁰ Ces deux extraits sont visibles sur la clef USB : VIDEO 2 Partie 1 Chap 3.2 et VIDEO 3 Partie 1 Chap 3.2.

⁶¹ Pour une analyse des délicatesses liées à la demande d'aide et des modalités de construction des requêtes dans un centre social, j'invite à lire l'article de Véronique Traverso (2019a).

3.2.2.2 *Invisibiliser et faire perdre la voix : un paradoxe de l'accompagnement*

Carnet de terrain, extrait d'observation

J'accompagne Omar à l'hôpital pour qu'il comprenne le fonctionnement, pour ensuite y aller seul. Il a une maladie chronique qui va lui demander un suivi fréquent et régulier. Il a un bon niveau de français et j'imagine ne l'accompagner que cette première fois (...) Nous arrivons à l'accueil, passage obligatoire avant la consultation. « *Vous avez rendez-vous avec qui Monsieur ?* » me demande la secrétaire en me regardant. Je lui réponds le nom du médecin et lui précise que ce n'est pas moi qui ai rendez-vous, mais Monsieur Ahmadi, ici présent à côté de moi. Pas de réaction particulière de l'agent d'accueil qui ne regardera pas une seule fois Omar (...) A la fin de la consultation nous devons revenir au secrétariat pour prendre un nouveau rendez-vous. « *Le 16 novembre c'est bon pour vous vous serez la ?* », me propose la secrétaire en me regardant. J'ai l'impression que c'est moi qui ai rendez-vous.

Carnet de terrain, extrait de discussion

Silène [éducatrice ASBPI] m'appelle pour me raconter une consultation.

« *Le médecin hyper pressé, il ne s'est pas adressé une seule seconde à Madame E. (...) Il me dit mais « elle a mal quand ? Elle a mal quand ? » (...) Il lui a mis un truc dans le nez, une caméra, il lui a même pas demandé, expliqué ce qu'il faisait. (...) Il m'explique à moi qu'il va falloir que Madame fasse un scanner. Il me dit : « Vous expliquerez ce que c'est un scanner ». Mais moi je lui dis « je ne suis pas médecin ». Il me répond « vous expliquerez ». Pourquoi elle va faire un scanner des sinus ? Et bah je sais pas. Ca me met mal à l'aise moi.*

Carnet de terrain, extrait de discussion

(Lexane, éducatrice en CADA). « *Dès fois je suis un peu mal à l'aise parce que j'ai l'impression que les gens se sentent obligés de passer par moi pour se comprendre. Mais même le médecin. Il me parle de la personne alors qu'elle est là en fait. C'est hyper infantilisant. La dernière fois je disais au médecin non mais Monsieur il parle français, vous pouvez lui dire directement ».*

Ces types d'anecdotes sont courants dans le quotidien des professionnels médico-sociaux lorsqu'ils accompagnent une personne. Ils ont l'impression que les professionnels de santé se comportent et interagissent comme si la personne réfugiée n'était pas présente⁶². Ce phénomène ne naît pas d'accomplissements des professionnels de santé uniquement, mais bien des échanges réciproques en interactions entre les acteurs. Si bien que le travailleur social peut participer de cette invisibilisation de la personne qu'il accompagne. Pour Marie-Anne Paveau, par un manque de réflexivité et d'interrogation politique supposé, « ni les professionnel.le.s de l'aide sociale ni les chercheur.e.s ne sont habitué.e.s à se voir comme des dominant.e.s » et participent ainsi de l'asymétrie interactionnelle et « d'une domination systémique » (2017, p.154-155)⁶³. En focalisant l'observation sur les interactions et sur le sens que les acteurs donnent à leurs expériences, plutôt que sur la construction des discours, je pense que le propos peut être nuancé. Au contraire, les professionnels qui jouissent d'expériences répétées

⁶² On observe évidemment ce phénomène dans d'autres contextes que la consultation médicale, comme par exemple dès la première étape de l'accueil dans un établissement. J'ai également pu l'observer dans d'autres contextes, lors d'entretiens réunissant plusieurs travailleurs sociaux et la personne accompagnée. A plusieurs moments, de façon plus ou moins fréquente et prononcée, on se retrouve à « discuter sur » la personne en l'oubliant temporairement, en négligeant sa présence (nous observerons en détail ce phénomène en seconde partie, p.102).

⁶³ Précisons que l'analyse de l'autrice se fait sur les discours.

des situations d'appropriations et de destitutions discursives des personnes qu'ils accompagnent portent un regard réflexif sur ce phénomène auquel ils peuvent pourtant participer. Quand la personne réfugiée n'est pas perçue, qu'elle est comme invisibilisée, cela est bien souvent considéré comme un problème à traiter, à tenter de résoudre pour les soutiens. Les attitudes, les expressions associées à ces refus de voir et d'entendre les réfugiés sont perceptibles en situation, et bien décrites par les professionnels du dispositif ASBPI : le regard évite la personne réfugiée, le « vous » qui devrait être adressé au réfugié laisse la place au « il » à destination de l'accompagnant, le langage n'est pas simplifié, le tempo n'est pas ralenti. Cette absence de perception de l'autre s'illustre aussi par le manque de précautions quant à l'exposition de son corps.

Extrait d'entretien.

SOLANGE [éducatrice ASBPI] : (...) et ensuite eh bien je suis partie. Parce que là elle demande de l'ausculter. Je comprends même pas que le médecin me demande pas de sortir. Ah ! Je lui dis bah écoutez je vais sortir là. Il se déshabille je vais pas rester là pendant que vous l'auscultez. Surtout connaissant Dxxx [prénom de la personne accompagnée]. Ils ont pas idée des fois.

Dans ce schéma, les professionnels de santé se soucient davantage de l'efficacité de la consultation et du soin (de leur point de vue) plutôt que de la participation du patient lui-même à l'interaction. C'est l'un des paradoxes de la présence du professionnel accompagnant, puisque nous pouvons considérer que cette présence participe du phénomène d'invisibilisation. Axel Honneth, dans un article sur l'épistémologie de la « reconnaissance », aborde les notions de visibilité/invisibilité, au prisme de l'indifférence.

« L'expression familière pour de tels refus intentionnels de perception, c'est « regarder à travers » quelqu'un. Nous possédons la capacité d'afficher notre indifférence aux personnes présentes en nous comportant envers elles comme si elles n'étaient pas réellement là, dans le même espace. En ce sens, « regarder à travers » quelqu'un a un aspect performatif parce que cela exige des gestes ou des manières de se comporter qui témoignent clairement de ce que l'autre n'est pas vu non pas simplement de façon accidentelle, mais de façon intentionnelle. Il est probablement raisonnable de différencier le degré de dommage subi en raison d'une telle invisibilité en fonction de la manière dont le sujet percevant se conduit activement dans l'acte de non-perception » (2004, p.138).

L'absence « d'identification cognitive » et l'absence d'expression en interaction de celle-ci, renvoie à la personne non perçue « une non-existence au sens social du terme » (*idem*, p.137). Pour l'auteur, ce « regard à travers » empêche toute forme de reconnaissance.

« (...) il pourrait sembler que l'acte de reconnaissance est dû à la combinaison de deux éléments : l'identification cognitive et l'expression. Une certaine personne est avant tout connue en tant qu'individu avec des caractéristiques particulières dans une situation particulière, et dans une deuxième étape, cette connaissance reçoit une expression publique en ce que l'existence de la personne perçue est confirmée aux yeux des personnes présentes par des actions, des gestes ou des expressions du visage » (*idem*, p.141).

Dans ce type de situation, le travailleur médico-social devient l'interlocuteur unique, alors qu'il cherche pourtant à tisser et favoriser le lien entre les acteurs en présence et à favoriser la participation de la personne qu'il accompagne. Le risque est

alors de voir le professionnel accompagnant parler à la place des personnes qu'il accompagne, ce que Marie-Anne Paveau appelle « l'appropriation discursive » (2017, p.142-143). A un degré plus important encore à mon sens, le risque d'appropriation du pouvoir de choisir de la personne réfugiée, décider pour, sans le consentement du « locuteur vulnérable » (*idem*, p.136-142).

Carnet de terrain

J'accompagne depuis un mois une femme russe et ses enfants. (...) C'est la rentrée scolaire, Madame me demande de l'aide pour les premières rencontres avec les enseignants. (...) Je participe avec elle à deux entretiens avec l'équipe enseignante et l'infirmière scolaire. (...) Un mois plus tard l'infirmière scolaire m'appelle pour savoir si je suis d'accord pour que l'un des enfants consulte un médecin spécialiste, suite à des troubles du langage constatés par l'équipe enseignante.

Il s'agit bien ici d'effets possibles d'appropriations, de risques que certains parlent et décident à la place d'autres. La personne réfugiée n'est pas forcément passive et entièrement dominée malgré l'asymétrie des relations (c'est ce que nous verrons plus en détail dans l'ensemble de la seconde partie). Mais n'oublions pas l'insécurité linguistique dans laquelle elle peut se trouver et à quel point cette insécurité peut réduire ses possibilités d'agir (je renvoie ici au chapitre 3 de la première partie du mémoire, consacré à l'insécurité langagière, p.47-53).

Il m'a été difficile de faire comprendre et de discuter auprès des réfugiés de ces phénomènes pourtant vécus ensemble, de façon assez fréquente. Toutefois, lorsque j'abordais cette corrélation entre présence d'un accompagnant et invisibilité, un lien presque systématique était fait par de nombreux réfugiés avec des expériences vécues où ils n'étaient pas accompagnés. Ils me racontaient des expériences⁶⁴ où, s'ils étaient bien visibles, ils se sentaient toutefois totalement déconsidérés. Ils ne parlaient donc pas d'invisibilité, mais plutôt d'une absence de reconnaissance de leurs particularités lorsqu'ils se retrouvaient seuls à interagir. Ce que, à mon sens, Axel Honneth appelle la connaissance des propriétés de la personne, une reconnaissance à un niveau élémentaire (2004, p.139).

Extrait d'entretien

MOHAMMED (réfugié, traduit par Monsieur G, interprète professionnel) : Moi quelque fois, quand je suis tout seul, je vois bien ce qu'il se passe. Je prépare bien ma question mais la réponse c'est impossible pour moi de comprendre. Parce que y'a pas l'effort. Je pourrais comprendre. C'est tellement vite, sans faire l'effort, c'est comme si tu me disais de partir. C'est pas toujours ça hein ? Quelque fois. Mais les gens font pas ça quand je suis avec toi.⁶⁵

⁶⁴ J'insiste ici sur le terme « expérience » puisque pour les réfugiés, ce type de situation ne relève pas d'un événement anecdotique quelque peu déstabilisant, mais bien « d'une expérience » éprouvante dans le sens que lui donne John Dewey, celle formée par un « rapport étroit entre faire, souffrir et subir » (Dewey, 2015 [1920]). Ces expériences donc, sont particulièrement marquantes pour les réfugiés.

⁶⁵ J'analyse aussi ce type de discours au prisme du stigmaté (p.81). Ce qui illustre selon moi l'incertitude, le flou autour de ce type de situations où se mêlent absence de reconnaissance, insécurités de part et d'autre, altérité, discrimination. Une collègue s'exprimait à ce sujet : « *on vit quand même beaucoup de situation où il y a de la stigmatisation. Si bien que des fois, je me demande si c'est moi qui ne vois que ça partout, alors que c'est juste le caractère du médecin, qu'il est comme ça avec tout le monde, ou qu'il est mal à l'aise* ».

En discutant avec l'une de mes collègues, elle se rappelait à son tour une discussion récente avec un réfugié qu'elle accompagne, illustrant le paradoxe de l'accompagnement, entre volonté de protection d'un côté et perspective d'autonomisation de l'autre.

Carnet de terrain, extrait de discussion

SILENE (éducatrice ASBPI) : « Cet après-midi en entretien, un Monsieur qui était médecin dans son pays, que je pousse à faire ses démarches par lui-même en insistant sur le fait qu'il en est capable, mais qui négociait pour que je l'accompagne, me disait : « quand tu parles pas bien français, 80% des personnes te prennent pour quelqu'un de stupide et c'est trop dur quand tu sais que tu ne l'es pas et que tu comprends ».

Animés par l'autonomisation et l'intégrabilité des personnes qu'ils accompagnent, par la volonté que les réfugiés participent à leur propre parcours de santé, les professionnels médico-sociaux sont indécis sur la forme à donner à leur intervention. Leur présence peut être protectrice, rassurante et parfois performative du point de vue des réfugiés pour résoudre leurs problèmes. Mais elle peut parallèlement bloquer la parole des réfugiés, distendre leur lien avec les professionnels de santé. La simple présence des professionnels médico-sociaux peut parfois annihiler toute interaction directe entre soignant et patient, toute possibilité de coopération. L'accompagnant se substituant au patient.

Extrait d'entretien.

SILENE (éducatrice ASBPI) : (...) Toute la difficulté aussi dans les accompagnements à un moment donné c'est de dire tu fais avec, t'accompagnes, à partir du moment où t'accompagnes le professionnel que tu as en face de toi ne regarde plus la personne que tu accompagnes il ne regarde que toi (...) D'un autre côté Madame Y [réfugiée accompagnée par Silène], ma présence ça la rassure.

En arrière fond de ces préoccupations de participation, d'autonomisation, de visibilité et de pouvoir de dire, se pose également pour les professionnels médico-sociaux la question de la place qu'ils occupent. Nous l'avons entrevu précédemment dans la description d'une situation vécue par Solange dans un cabinet de médecin (p.65). Ce souci d'être ou de ne pas être à sa place, d'être ou non à bonne distance, est peut-être plus marqué dans les propos de Silène.

Extrait d'entretien

SILENE (éducatrice ASBPI) : (...) Par exemple quand on a fait le rendez-vous chez la diététicienne, pour mettre en place l'hospitalisation de jour. Y'a Monsieur [mari de la personne accompagnée] qui était présent, elle voulait que son mari soit présent. Au moment de la consultation où elle devait se déshabiller, elle a demandé à son mari de sortir, elle m'a demandé à moi de rester. L'autre fois elle avait un examen à l'hôpital. (...) Et en fait après elle s'est retrouvée euh, moi je pouvais pas rentrer avec elle là où elle passait l'examen. C'est une endoscopie donc c'est limite une salle d'opération en fait. Champs stériles, machin, euh... Et je pouvais pas rentrer. Elle était en panique (rire). Parce que j'étais pas là. Alors après les infirmières ont été super top, elles sont sorties plusieurs fois pour me poser des questions, parce qu'elles voyaient qu'elles pouvaient pas se comprendre avec madame. Et du coup je me dis que c'est pas ma place.

ALEXIS COLIN : Pourquoi ?

SILENE : Quelque part dans l'accompagnement, bah ça va trop loin dans le soin. J'ai été là à une consultation gynéco. Ou euh (silence) y'a le rideau qui était tiré mais euh (silence) Je disais bon je vais sortir. Non non vous restez parce que sinon on va pas se comprendre, avec la dame.

La place renvoie à des questions de distance, de proximité, d'intimité. Les questionnements et paradoxes autour de la place sont incontournables dans la relation d'aide.

« Accompagner une personne consiste dès lors à se rapprocher de son monde intime et familial ce qui n'est pas sans poser problème à une action qui se doit de rester publique (...) Le rapprochement entre ceux qui aident et ceux qui sont aidés devient donc l'une des modalités essentielles du travail relationnel, la première mission de l'intervenant étant d'instaurer un monde de relations, lequel est justement pensé comme faisant défaut. » (Ravon et Ion, 2005, p.82).

La relation d'accompagnement suppose donc un rapprochement entre professionnels médico-sociaux et réfugiés. Ces pratiques du proche (par ailleurs bien difficiles à décrire en termes de compétences à mobiliser) ne sont pas singulières aux terrains étudiés. Elles sont à resituer dans un contexte de transformations, depuis les années 1980, du travail social vers l'intervention sociale (Astier et Medini, 2019, p.70-100, Ravon et Ion, 2012, p.78-81, Breviglieri, 2005, p.1-3, Hennion, Vidal-Naquet, *et al*, p.5-8).

Dans les deux prochaines parties, j'aborderai la dynamique de rapprochement et ses effets, principalement du point de vue des travailleurs médico-sociaux, aux prismes du récit et du stigmaté. En ne négligeant pas la préoccupation plus générale qui m'intéresse dans ce chapitre d'essayer de comprendre ce qui renforce ou fragilise le lien dans la relation d'aide.

3.3 Exposés aux récits et aux corps

Comme la plupart de mes collègues du dispositif ASBPI, je m'attache à informer les réfugiés lorsque nous nous rencontrons les premières fois, qu'en aucun cas je n'ai besoin de connaître les raisons de leur exil, les éventuelles atrocités qu'ils ont vécu dans leur pays d'origine et pendant le trajet migratoire. J'ai également pris cette précaution en tant qu'apprenti-chercheur à chaque discussion, à chaque début d'entretien (mon ambition n'étant pas de recueillir des récits de vie à des fins de recherche). Je sais qu'ils ont dû maintes fois témoigner⁶⁶ et, qu'il s'agisse de l'accompagnement social ou de

⁶⁶ Ici, « témoigner » n'est pas « raconter ». J'emploie le mot « témoignage » comme « un récit certifié par la présence à l'événement raconté » où les données formulées sont « l'objet d'un travail critique immédiat : elles sont évaluées sous l'angle de leur plausibilité, confrontées au reste du récit, ou à ce que l'on sait par ailleurs de l'affaire » (Dulong cité par d'Halluin-Mabillot, 2012, p.191).

l'enquête, je peux me passer de connaître leur histoire et leur parcours et ainsi éviter une intrusion.

Malgré toutes ces précautions, l'émergence du récit⁶⁷, l'exposition des corps meurtris, sont parfois imprévisibles et incontournables. Difficile aussi, bien souvent, de travailler pour la santé ou de discuter de la santé ici et maintenant sans que la personne ne revienne sur son histoire passée. Voyons ici comment peut émerger de façon plus ou moins prévisible, l'histoire récitée, le corps exposé, dans l'entretien social, d'enquête ou médical. A l'instar d'Estelle d'Halluin-Mabillot (2012, p.204), il ne s'agit pas de se prononcer sur les effets des récits sur l'intériorité des sujets (avec une nuance tout de même puisque nous verrons que j'essaie de décrire mes propres émotions, de ma place d'apprenti chercheur ou celle de travailleur social lors de situations où les réfugiés me racontent leur histoire). Nous observerons davantage ici quelques effets de l'émergence des récits sur la relation d'aide : quelles réactions des destinataires du récit, quels sens, quelles fonctions les acteurs prêtent-ils à ces confessions ? Dans quels moments et circonstances le récit est-il rapporté ? *In fine*, les acteurs en ressortent-ils renforcés ou affaiblis dans la relation qui les lie ? Contrairement au contexte particulier du « témoignage circonstancié » imposé pour la demande d'asile, qui confère au récit un caractère obligatoire et formaté, je considère que les situations observées ici sont a priori moins pourvues de contraintes d'énonciation⁶⁸. C'est ce qui fait la particularité de cette analyse, le récit des migrants étant le plus souvent analysé au prisme de la demande d'asile⁶⁹.

3.3.1 Témoigner ou raconter

La première situation que je mobilise se situe dans le cadre même de l'enquête de terrain, lors d'un entretien avec Madame Murad, une femme syrienne. Contrairement à la plupart des enquêtés, je connaissais très peu Madame Murad. Nous nous sommes furtivement rencontrés à deux ou trois reprises avant cet entretien, sans jamais échanger le moindre mot. Madame Murad est accompagnée dans le cadre du dispositif ASBPI par ma collègue Silène, envers qui elle témoigne de la confiance. C'est par l'intermédiaire de Silène que j'ai été intronisé auprès de Madame Murad. Elle sait que nous travaillons ensemble et je comprends dès le début de l'entretien qu'elle est rassurée par ce lien existant entre Silène et moi. Je me suis particulièrement intéressé à sa situation puisqu'elle est arrivée récemment en France, 10 mois avant cet entretien, et

⁶⁷ J'entends ici le terme récit dans sa forme narrative, « dès lors qu'un sujet raconte à quelqu'un d'autre, chercheur ou pas, un épisode quelconque de son expérience vécue » (Bertaux, 2016, p.39). Dans cette acception, le sujet se raconte et compose lui-même l'enchaînement de ses expériences vécues, sans en exclure une part de fiction. J'en réfère ici à Paul Ricoeur et sa conceptualisation de l'identité narrative (Ricoeur, 1997).

⁶⁸ Sur les contraintes d'énonciation du témoignage dans le cas de la demande d'asile et sa double évaluation critique, je renvoie à Estelle d'Halluin-Mabillot (2012, p.191-213).

⁶⁹ Voir par exemple : d'Halluin (2007), d'Halluin-Mabillot (2012, p.191-213), Chambon (2018), Piccoli et Jouin (2022, p.49-66), Niemants (2022, p.27-48), Ricet et Noûs (2022, p.67-92), Ticca, *et al* (2020).

qu'elle a rapidement dû consulter plusieurs médecins⁷⁰. S'agissant de l'un de mes premiers entretiens, n'ayant pas encore la possibilité de recourir à des interprètes professionnels, c'est une collègue juriste, Amine, qui assurait la traduction. Amine et Madame Murad se connaissent, elles se sont régulièrement rencontrées pour des démarches administratives et juridiques. J'ai proposé plusieurs possibilités de traduction à Madame Murad, elle a choisi qu'Amine assure la fonction d'interprète *ad hoc*. Nous sommes chez Madame Murad, installés dans le salon. J'introduis ma présentation en insistant sur le fait que je m'intéresse à la façon dont se déroule le soin pour des réfugiés allophones et que je n'ai pas besoin de savoir quels sont ses problèmes médicaux, ni son histoire personnelle. Pendant les 15 premières minutes, Madame Murad exprime sa peur, sa honte lors de ses premières consultations médicales en France. Puis, au fil des rencontres, elle dit s'être sentie en sécurité, en confiance avec les médecins. Ce changement « d'état », de ressentis et d'émotions, m'intéresse particulièrement. Je cherche à en savoir plus sur ce qui a permis selon elle de passer de la peur à la confiance.

Extrait d'entretien

ALEXIS COLIN : (...) Elle disait qu'elle avait cette crainte [lors de ses premières consultations médicales en France]. La crainte qu'elle avait avant elle pense que c'est par rapport à des expériences qu'elle avait connues avant ou c'est juste parce qu'elle découvrait un environnement qu'elle connaissait pas du tout ?

(Amine traduit ma question puis Mme Murad s'exprime longuement en arabe)

AMINE (traduisant les propos de Mme Murad) : Donc. Du coup (silence) elle me parle de (silence) elle a instinctivement je dirais parlé de leur expérience au Liban. Elle m'expliquait qu'ils n'étaient pas bien reçus au Liban, que les médecins les prenaient de haut, qu'ils étaient autoritaires envers eux, qu'ils étaient (silence) qu'ils avaient une certaine forme de violence envers eux.

AC : ok.

AMINE : Et elle dit (silence) qu'elle a remarqué. C'est qu'ils ont remarqué une grande différence de traitement entre les médecins français et les médecins libanais. Ici ils se sentent vraiment bien accueillis, bien pris en charge. Ok ? Ensuite elle a expliqué qu'au Liban ils avaient un enfant qui était malade et qu'il était pas pris en charge. Elle dit que quand il était (silence) gravement malade, ils l'ont amené dans les 4 hôpitaux de la ville où ils se trouvaient. Les 4 hôpitaux les ont chassés.

AC : ok.

(silence de 6 secondes)

(Mme Murad rompt ce silence, prend la parole)

AMINE (traduction) : Et là elle dit qu'elle a préféré les français aux arabes.

(Mme Murad prend la parole)

AMINE : Elle me dit qu'avant d'arriver en France ils sont restés 5 ans au Liban, que son mari ne trouvait pas de travail, qu'ils ne faisaient pas travailler les Syriens, ils n'avaient pas de revenus, de ressources. Ils ont eu une période de famine aussi qu'ils n'avaient pas de quoi manger. C'est une expérience....

(Mme Murad coupe la parole)

AMINE (traduction) : elle parle de, elle dit que les Syriens n'avaient pas le droit de travailler qu'ils étaient mal vus, qu'ils mangeaient le pain des libanais.

⁷⁰ La trajectoire de Madame Murad et sa famille est différente de celle des autres réfugiés que nous accompagnons qui sont très souvent en France depuis plusieurs années et ont demandé l'asile sur le territoire français. Pour la famille Murad, un programme de réinstallation européen leur a permis de quitter le Liban, où ils s'étaient réfugiés pour fuir la guerre en Syrie, et de rejoindre la France avec, dès leur arrivée, une protection internationale et donc un droit de séjour.

(Mme Murad prend la parole)

AMINE (traduction) : Donc là elle dit quand elle est arrivée en France elle avait cette appréhension qu'elle subisse cette même discrimination, les mêmes conditions de vie qu'ils avaient au Liban. Mais elle a très vite vu que ce n'était pas le cas qu'elle était très vite intégrée entre guillemets. Que quand elle fait la comparaison entre l'arabe et le français elle se sent mieux avec le français.

(...)

(Mme Murad parle puis pleure)

AMINE : Est-ce qu'on fait une pause ?

AC : Si elle a besoin oui oui.

(Amine commence à traduire mais Mme Murad intervient en arabe)

AC : Elle veut qu'on s'arrête un peu ?

(Mme Murad termine sa phrase puis sourit en me regardant)

AMINE (traduction) : Non elle veut continuer (sourire)

AC : bon on oublie le Liban alors.

(Rires de Mme Murad et Amine)

Cet extrait montre, malgré les précautions qui peuvent être prises, le caractère intrusif des questions que l'enquêteur ou le travailleur social peut poser lorsqu'il cherche à se renseigner sur la santé. Cet extrait montre aussi selon moi le caractère imprévisible⁷¹ de l'émergence du récit en situation, ainsi que la façon de le recevoir de mon point de vue d'enquêteur. Je n'imagine pas, quand je pose la première question de cet extrait, qu'elle va entraîner le récit d'évènements de vie particulièrement difficiles. Gêné, me sentant intrusif, d'autant plus que je connais peu Madame Murad, je ne réagis pas entre ses prises de parole (malgré quelques « ok », je suis affable). Je n'arrive pas à clore le sujet plus tôt, ni même à m'excuser de ce que je juge être une inquisition dans son intimité. Je ne me rappelle pas avoir fait attention à la façon dont Amine a réagi à ce moment. Je suis soucieux de cet épisode tout le reste de l'entretien et me sens honteux à côté de ma collègue dès que nous sortons de chez Madame Murad. En analysant cette situation *a posteriori*, l'émergence du récit me paraît plus prévisible qu'il n'y paraissait en situation. C'est en retranscrivant l'entretien que je me rends compte qu'il est somme toute logique que ma première question dans cet extrait amène Madame Murad à se raconter (à témoigner ?). Je perçois aussi à la retranscription la fréquence des silences dans cet extrait, qui n'apparaissent pas ailleurs. Ce moment est difficile à raconter, il nécessite des pauses pour Madame Murad. Difficile de savoir ici si elle s'est sentie obligée de me raconter ces expériences, si ma posture lui est apparue comme injonctive à son égard, ou si son récit est simplement ce qu'elle voulait me raconter de son histoire en lien avec l'objet de notre discussion. Injonction biographique ou narration libre et décidée ? C'est cette tension, ce flou autour du récit qui m'intéresse plus particulièrement et que je vais essayer d'étayer dans la suite de mon propos. Malgré les précautions que nous pouvons prendre et un désintéressement de leur histoire passée qui se veut bienveillant, amenons-nous tout de même les personnes que nous accompagnons à témoigner (sous une forme injonctive, discrète voire sous-entendue) ?

⁷¹ Une imprévisibilité relative, puisque impossible à mesurer et, comme nous le verrons au fil de la description et de l'analyse de cette situation, l'émergence du récit n'était peut-être pas si imprévisible que cela (contrainte par ma question, ma façon de mener l'entretien et de réagir au début du récit de Madame Murad).

Où le récit participe-t-il de la construction de la relation d'aide ? Ces interrogations, nous le verrons plus loin, préoccupent les travailleurs sociaux du dispositif lorsque le discours émerge. L'enjeu de trouver des éléments de réponse à ces questions est de savoir dans quel type de relation nous nous engageons, ou du moins comment elle est qualifiée par les acteurs. Voyons comment une autre situation, vécue et racontée par ma collègue Silène peut davantage nous éclairer.

3.3.1.1 Se raconter comme « soi-même »

Carnet de terrain, discussion informelle

Dans la voiture avec Silène [éducatrice du dispositif ASBPI], nous nous rendons à Marseille pour une formation. Les 3 heures de route nous permettent de discuter de la recherche, des premiers écrits que je lui ai envoyés. Au fil de notre conversation nous abordons les histoires de vie des personnes. Silène m'explique que la semaine dernière, une femme sénégalaise qu'elle rencontre très régulièrement depuis plusieurs mois, s'est déshabillée dans son bureau pour lui montrer ses séquelles corporelles. Une certaine proximité s'est instaurée entre elles dans la relation d'aide qui les lie. Silène l'aide en ce moment à faire venir ses enfants en France et, dans l'attente de cette éventuelle arrivée, à trouver un lieu pour qu'ils se protègent au Sénégal. Silène se dit « *hyper mal à l'aise* » face à cette « *confiance corporelle* », « *je ne savais pas s'il fallait que je l'arrête ou si pour elle cela faisait partie de quelque chose d'important* », comme une étape supplémentaire nécessaire pour la construction du lien de confiance entre elles. Si Silène pense que c'est parce qu'elle « *s'est énormément engagée avec elle* », elle se demande aussi si ce geste n'est pas un acte pour lever définitivement le soupçon : « *ou alors c'est pour prouver, je sais pas* ».

Je reviens sur les deux justifications supposées, assez liées entre elles, qu'émet Silène pour essayer de comprendre la scène qu'elle vient de vivre.

La première, le récit de son histoire et l'exposition de ses souffrances comme étape nécessaire à la construction du lien de confiance. Dans leur parcours de demande d'asile, les réfugiés ont obligatoirement dû se raconter, à de nombreuses reprises et auprès de plusieurs personnes : potentiels soutiens (intervenants sociaux, juristes, bénévoles, etc.), agents de l'OFPPRA, de la CNDA en cas de recours après le rejet de leur première demande d'asile. Il s'agit ici d'une injonction à se raconter et une injonction à le faire sous des formats bien précis, pour répondre au mieux à ce qui est attendu par les administrations qui octroient ou non le statut. Le récit est alors formaté, il « porte l'empreinte de la procédure » (Chambon, 2018, p.65). Peut-on imaginer un récit autrement construit, volontairement exprimé des réfugiés au cours de la relation d'aide et avec d'autres finalités, dans des situations *a priori* moins pourvues de contraintes d'énonciation ?

Dans cette situation, le doute est permis puisque Silène et la femme qu'elle accompagne sont en train de réaliser des démarches où il est question d'enjeux administratifs de droit au séjour (voir l'extrait de discussion, p.75). Dans d'autres situations moins teintées d'enjeux de droit au séjour, nous, travailleurs sociaux du dispositif ASBPI,

n'attendons pas que le témoignage nous soit rapporté (encore faut-il que cela soit compris par les réfugiés). S'il est rapporté, nous n'avons *a priori* pas à le soumettre à une évaluation critique comme c'est le cas pour les réfugiés face aux agents de l'Etat qui statuent ou face aux acteurs qui aident à sa construction. Considérant cela et malgré les différences de positions entre travailleurs sociaux et réfugiés, je pense que l'on peut sérieusement estimer que le récit, ou la confiance du corps, constitue du point de vue des réfugiés une étape dans la construction de la relation d'aide, de confiance⁷². Dépourvu des contraintes, des enjeux et injonctions liés à la demande d'asile, le réfugié peut enfin déployer son agentivité narrative, comme il le souhaite, quand et auprès de qui il le décide. Le récit peut être considéré ici « comme un instrument de reconstruction de l'identité et pas seulement comme un récit factuel » (Pollak, 1993). C'est du moins l'hypothèse que je fais, étayée ici par une nouvelle expérience d'accompagnement.

Carnet de terrain, note d'accompagnement

Visite à domicile chez Mazin. (...) Comme tous les quinze jours, je travaille le mercredi soir et comme tous les quinze jours depuis 8 mois, Mazin me reçoit chez lui. Il travaille aux mêmes horaires que moi, c'est ce qui explique cette fréquence de nos rencontres et le fait que nous nous voyons les mercredis soirs. Que j'arrive à 18h ou 21h, un repas soudanais copieux m'attend toujours. Je suis gêné, à force, moi qui ne l'ai jamais invité chez moi. « *A la fin de l'accompagnement, tu viendras manger chez moi Mazin* », lui répétais-je, considérant que ma place de professionnel auprès de lui m'empêche de le faire dès maintenant. (...) Sur l'écran d'ordinateur devant nous, comme tous les quinze jours, un journal télévisé en arabe avec les actualités du Soudan. Aujourd'hui, il semble qu'il soit question d'arrestations, d'interventions armées, d'emprisonnements. C'est à ce moment que Mazin débute son récit, sans que je ne m'y attende : « *tu vois c'est eux qui sont venus me chercher un matin (...)* ». Pendant une vingtaine de minutes il me raconte une partie de son histoire. C'est violent, affreusement triste, mais Mazin dégage une sérénité qui m'impressionne. J'écoute son histoire, c'est lui qui mène la discussion. J'arrive à glisser un « *tu sais t'es pas obligé de me dire tout ça* ». Il coupe court : « *mais quoi c'est pas grave pourquoi c'est un problème ça ?* », j'ai presque l'impression de l'avoir offensé, comme quand je refuse par politesse l'assiette qu'il m'a préparé. Je le trouve très « fort » dans sa capacité à raconter des événements atroces. Reconnaissant de la confiance qu'il m'accorde, je suis mal à l'aise au départ d'être destinataire de choses si intimes. Mais je me souviens qu'au fil des minutes, cette gêne s'est dissipée par l'attitude que me renvoyait Mazin (...) Les marques sur ses bras, que j'essayais d'éviter du regard à chaque fois qu'on se voyait, ont maintenant une explication. Son explication.

Pour moi, ce jour fait date dans la relation établie avec Mazin, j'ai l'impression de désormais « vraiment » le connaître. J'ai l'impression que notre relation en sort renforcée, non pas par des sentiments de compassion ou de pitié que j'aurais maintenant envers lui, mais par la confiance qu'il m'accorde. Le récit, ici et de mon point

⁷² Je qualifie la relation comme une relation d'aide de mon point de vue de travailleur social. Elle est aussi souvent qualifiée ainsi par les réfugiés. Mais parfois, selon les affinités, la fréquence des rencontres, les vécus en commun, la relation peut s'apparenter à une relation amicale. J'ai en mémoire une rencontre avec une assistante sociale de secteur que je présentais à un réfugié que j'accompagnais depuis trois ans, pour « faire le lien » en prévision de la fin de mon accompagnement. A la question de l'assistante sociale « vous avez des amis ici ? », il répondit « oui, Saqib et Alexis, avec qui je passe le plus de temps ». Il conviendrait ici d'en savoir plus sur le sens qu'il donne à « être ami », mais cette anecdote donne à voir la « perméabilité » de la relation d'aide, ses frontières proches avec la relation amicale, privée.

de vue, renforce la relation d'aide. Il relève de la confiance. Je n'ai pas non plus l'impression que Mazin se soit confié soudainement. Je vois, dans l'attitude qui accompagne son récit et le moment où il le fait, une volonté certaine de dévoiler une part de soi, de « se raconter en personne » (Chambon, 2018, p.68). Le dévoilement du soi participe ici de la construction de notre interrelation.

«La relation à l'autre, le type d'intérêt et de souci que nous avons des autres, l'importance que nous leur donnons, ne prennent sens que dans la possibilité du dévoilement (volontaire ou involontaire) du soi.» (Laugier, 2009, p.169)

Cet épisode ne me laisse pas sans interrogations sur ce qui nous lie. De son côté, que sait-il de moi ? Qu'ai-je confié à Mazin de ma propre histoire ? Très peu de choses. Alors que je décris une proximité des relations que nous pouvons établir, il semble pourtant que la confiance n'aille que dans un sens. Considérant que « savoir certains éléments de la vie d'une personne est une manière d'avoir du pouvoir sur elle » (Chambon, 2023, p.269), la présentation de soi de Mazin ne vient-elle finalement pas renforcer l'asymétrie des positions aidant/aidé ? La réciprocité du dévoilement du soi n'est-elle pas essentielle pour la construction de la relation d'aide ? A partir de cette situation et de mon vécu subjectif, ma place est ambivalente dans la relation qui nous lie. Je navigue entre des sphères difficiles à circonscrire : le professionnel et l'amical, le dévoilement de l'autre et le savoir sur l'autre, le secret de soi.

3.3.1.2 La fin du soupçon ?

Revenons sur la situation vécue et racontée par Silène et sa deuxième interprétation qui permet de lire, d'une autre façon, le dévoilement du corps. Exposer ses souffrances pour prouver. Là aussi, l'analyse est à faire en considérant la « carrière » de demandeuse d'asile (Becker, 1985) qui précède celle de réfugiée de cette femme sénégalaise. Si, comme nous l'avons vu, le récit est formaté aux attentes institutionnelles, sa production est aussi à resituer dans un contexte où le demandeur d'asile doit prouver, établir la véracité de son histoire et des faits qu'il rapporte. Le requérant est soumis à « une épreuve de vérité », il doit prouver sa crédibilité dans des rencontres (entretiens avec les officiers de l'OFPRA et de la CNDA) caractérisées par le soupçon et la méfiance (Piccoli et Jouin, 2022 ; d'Halluin-Mabillot, 2012 ; Fassin et Rechtman, 2007, p.370-378). La production du récit a été vitale pour et pendant la procédure de demande d'asile. Peut-on imaginer que la production du récit ressurgisse sans cesse dans l'unique but de prouver, encore, que le réfugié est là pour des raisons qui doivent apparaître comme légitimes aux yeux du travailleur social qui l'accompagne ? Pouvons-nous, travailleurs sociaux d'un dispositif sous tutelle financière de l'Etat, être assimilés à ce soupçon ? Je n'ai pas la réponse à cette question, je ne l'ai pas exploré avec les réfugiés enquêtés. C'est cependant un sens que nous pouvons accorder à la production du récit, à l'exposition des corps. Lors de notre discussion avec Silène à propos de son entretien avec cette réfugiée sénégalaise, je n'ai pas immédiatement pensé à lui demander quel était l'objet

de leurs échanges au moment où cette femme a exposé ses blessures. Je l'ai fait quelques jours plus tard. Silène m'a apporté la réponse suivante :

Carnet de terrain, discussion

« Dans le cadre des démarches de réunification familiale, je posais beaucoup de question sur la naissance des filles et la manière dont elles avaient été enregistrées à la naissance. Pour savoir les papiers qu'on pouvait obtenir et leur probité. Et elle a décidé de me raconter la vraie histoire, qu'elle n'avait jamais racontée depuis son arrivée en France ».

Si le flou réside autour des fonctions possibles du récit, il semble néanmoins que le contexte d'intervention et la relation instaurée entre travailleurs sociaux et réfugiés permettent à ces derniers de retrouver un pouvoir narratif empêché jusqu'alors (du moins au cours de leur carrière de demandeur d'asile). Dans la « situation sociale »⁷³ établie entre eux, les réfugiés semblent à même de décider de se raconter ou non, de la forme qu'ils le souhaitent.

3.3.2 Se raconter pour aller mieux

3.3.2.1 Santé mentale des réfugiés : une prise en charge défaillante

Sur les deux terrains étudiés, et dans le cadre de mes accompagnements auprès de réfugiés depuis 3 ans, nombreux sont ceux qui expriment, à des degrés divers, des souffrances psychiques. Plusieurs études ont renseigné la souffrance psychique des migrants en France, prenant en compte à la fois les expériences de vie dans le pays d'origine, pendant le parcours migratoire et celles liées aux conditions de vie et d'accueil en France (Douville, 2018 ; Petrouchine *et al*, 2018 ; Vuillard *et al*, 2019 ; Simon Combes, 2019).

Parallèlement, l'accès aux établissements de soins psychiatriques et la prise en charge psychique des réfugiés sont défaillants. Les constats dressés autour de la santé mentale des migrants à l'échelle nationale depuis une dizaine d'année environ sont observables aujourd'hui à l'échelle du territoire briançonnais. Bien que les réfugiés bénéficient d'une régularité de séjour et de leur droit en matière de sécurité sociale, l'accès aux services de soins psychologiques (et notamment à la psychiatrie publique) leur est particulièrement difficile. Les motifs de ce difficile accès sont nombreux et ont été documentés : discrimination, refus ou limitation à l'accès au soin des bénéficiaires de la CSS (Desprès, 2010 ; Carde, 2007) et selon l'origine (Carde, 2007), invisibilité du public dans les textes régissant le soin et dans les plans stratégiques⁷⁴, accès à

⁷³ Entendons ici la « situation sociale » comme un « espace-temps défini conventionnellement où deux personnes ou plus sont coprésentes ou communiquent et contrôlent mutuellement leurs apparences, leur langage et leurs activités » (Joseph, 1998, p.124), un « terrain sur lequel toutes les personnes présentes peuvent se voir et s'entendre mutuellement » (Goffman, 1987, p.145).

⁷⁴ A l'échelle du département des Hautes-Alpes, le projet territorial de santé mentale 2021-2025 consacre 28 lignes à la « santé mentale des migrants » sur son diagnostic de 31 pages. La « fiche action » qui détaille les

l'interprétariat, sectorisation, segmentation des dispositifs de prise en charge (Hoyez, 2011, Chambon et Le Goff, 2016), mise à l'épreuve des professionnalités (Chambon et Le Goff, 2016, voir également dans ce mémoire, p.53-57).

A Briançon comme dans l'ensemble du département, il n'existe pas de structure d'accueil et de soutien psychologique traitant spécifiquement les problèmes de santé que peuvent rencontrer les migrants (le plus proche, le centre d'accueil et de soin de l'association OSIRIS, se situe à Marseille, à 3 heures de route en voiture ou 4h30 en train). Les structures dites « de droit commun » en matière de santé mentale ne reçoivent pas. Sans revenir en détail sur les facteurs possibles de ce difficile accès, deux échanges (à plusieurs mois d'écart) avec des infirmières de CMP illustrent plutôt bien les difficultés que nous rencontrons à orienter les réfugiés qui le demandent vers les structures de soin.

Carnet de terrain, note d'accompagnement

(...) Cela fait maintenant un an que j'accompagne Yassin, au moins une fois par mois, à ses rendez-vous au CMP. Il doit s'y rendre tous les quinze jours suite à une obligation de soin prononcée par un juge. Il y'a un caractère contraignant pour lui à y aller, pour le CMP à le recevoir. Je suis outré par cette forme contraignante de soin, puisque depuis le début, Yassin ne comprend pas ce qu'on lui administre, avec quels effets sur son corps et dans quel but. Sans interprète, l'infirmier et les infirmières qui le reçoivent essaient tant bien que mal de répondre à ses questions. Eux aussi ne sont pas satisfaits de leur façon de prendre en charge. S'ils ne doutent pas de l'intérêt du soin qu'ils proposent à Yassin, ils expriment leur frustration de si peu communiquer (...) Je débute mon travail de recherche, j'explore mon sujet. Je propose à l'une des infirmières de discuter plus longtemps de son travail auprès des patients allophones. Nous prenons une heure ensemble la semaine suivante. Nous ne parlons que de Yassin et je comprends au cours de l'entretien qu'il est le seul patient migrant suivi au CMP.

Dans un contexte où les professionnels de CMP n'arrivent pas à répondre aux nombreuses demandes de suivis, le tri opéré relègue en fond de liste d'attente les migrants non francophones, jugés spécifiques et compliqués à recevoir.

Carnet de terrain, note d'accompagnement

Au hasard d'un rendez-vous à l'hôpital, je croise une infirmière du CMP, que j'ai sollicité 2 mois plus tôt pour orienter un réfugié que j'accompagne. (...) Après m'avoir salué elle me dit timidement : « *oh, je ne t'ai pas rappelé* ». Elle m'explique qu'elle en a parlé « *en équipe* » et qu'une « *collègue lui a dit qu'il fallait aller à la PASS* ». Je suis agacé de cette orientation qui est incohérente (...) Elle finira par avouer à demi-mot « *que c'est compliqué toujours avec ce public-là* », « *qu'il y a des réticences oui* » et « *qu'avec le problème de la langue ça pose toujours problème, ça bloque toujours* ». L'infirmière exprime aussi que face à leur impossibilité de répondre aux nombreuses demandes de suivis, les migrants n'apparaissent pas comme prioritaires, ils sont au contraire relégués : « *c'est vrai que, quand en plus c'est compliqué pour parler, et bien ils passent à la fin* ».

prévisions et modalités de prise en charge « des personnes migrantes et des réfugiés » est très évasive et restrictive (limitation aux « publics MNA et jeunes adultes », pas de porteur de projet identifié, peu de planification d'actions, etc.). Si le nombre de demandes de prise en charge de migrants apparaît pour le centre d'accueil et de consultation de Gap, rien n'est renseigné pour le CMP de Briançon. Document en ligne : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ptsm-hautes-alpes.pdf>

Carnet de terrain, extrait de discussion avec une psychologue intervenant en CADA et en CMP

« Il y a aussi une volonté politique hein. Dans un contexte de tension, on se dit pourquoi eux et pas les autres ».

Aussi, mes entretiens auprès des professionnels de santé ont montré que l'absence de formation ou la présence de professionnels spécialisés en ethnopsychiatrie ou en interculturalité justifiaient pour eux l'impossibilité de prendre en charge ce type de public dans leur service⁷⁵.

A l'image de ce qui est observé au niveau national concernant la prise en charge psychiatrique des réfugiés par les structures dites de droit commun (Chambon et Le Goff, p.134, André et Azzedine, 2019, p.80), seule une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) basée à Gap et se déplaçant dans le secteur Briançonnais une fois par semaine accepte, selon leurs possibilités, de rencontrer les personnes que nous pouvons leur orienter.

Dans ce contexte, il est difficile pour les réfugiés de consulter des professionnels spécialisés en santé mentale. Pour ceux qui ont connu des situations d'extrême souffrance psychique, pour qui parfois le soin s'opère sous contrainte, les rencontres avec les professionnels de santé sont également réduites. Le non recours à l'interprétariat participe aussi à rendre le soin moins qualitatif et surtout moins intelligible pour les patients. Les réfugiés ne comprennent pas bien le soin qui leur est proposé et surtout, ils expriment ne pas comprendre leur maladie. Pour eux, dans ce type de situation, le soin se résume à l'administration de traitements médicamenteux, et à très peu de discussion sur la maladie. Ils expriment alors l'incompréhension de leur maladie, des traitements qu'ils doivent prendre, des modalités du soin (la durée, le mode d'administration du médicament par exemple)⁷⁶.

⁷⁵ Ce constat s'observe également à la lecture du projet territorial de santé mentale 2021-2025 (ARS PACA, p.113) : « les professionnels de la santé mentale sont fortement impactés par la demande de soin en santé mentale de ce public (...) mais déplore un manque de formation sur les questions du psychotrauma, de la clinique de l'exil, de la conduite d'entretien avec un tiers interprète ». La proposition d'action retenue est la « vacation d'experts ethnopsychiatres ». On voit aussi ici la confusion ou la vacillation « d'experts ethnopsychiatres » répondrait au « manque de formation sur les questions (...) de la clinique de l'exil ». Pour une présentation des deux courants (ethnopsychiatrie, clinique de l'exil) et les controverses autour d'eux, je renvoie à Gunes (2017, p.84-85), Chambon et Le Goff (p.126-129), Fassin (1999) et Nathan (2000).

⁷⁶ On peut aussi voir ce type d'expression en consultation à l'ESRP. Dans la VIDEO 4 (clef USB), l'infirmière demande au stagiaire s'il a des choses particulières à dire « *sur le médical* ». Il cible sa réponse sur sa santé mentale. Après avoir décrit son parcours dans différents établissements psychiatriques depuis 2019, le stagiaire exprime que « *c'est très difficile* » pour lui de ne pas mettre de mots, de nom, d'explication sur sa maladie. Il semble vouloir montrer l'incohérence entre ses expériences passées de soin assez longues en établissements et le fait qu'il ne sache pas ce qu'il a comme maladie (on voit qu'il sait bien dater « le début » de sa maladie « à la tête » et en associer « l'origine », mais pas la nommer, l'expliquer). Dans la VIDEO 5, alors que la médecin constate qu'elle n'a aucune information dans son dossier sur la pathologie d'un autre stagiaire, l'infirmière prend la parole et demande à ce dernier s'il sait ce qu'il a comme maladie. Le stagiaire exprime alors qu'il a demandé à son psychiatre, sans obtenir de réponse ou du moins sans obtenir une réponse qu'il aurait compris.

Extrait d'entretien avec interprète

YASSIN (traduit par Monsieur G, interprète professionnel) : (...) Je n'ai jamais été autant soigné que depuis que je suis en France. Au Pakistan je n'ai jamais pris autant de médicaments. Et pourtant, je ne sais toujours pas ce que j'ai comme maladie et au bout de combien de temps je serai guéri.

Extrait d'entretien en autoconfrontation avec interprète

SALIM (traduit par Madame E, interprète professionnelle) : (...) En fin de compte quand une personne a une maladie et qu'on nous explique pas en détail, ou du moins qu'on essaie pas de nous expliquer, ça nous permet pas de comprendre ce qu'on a. On nous prescrit des médicaments, on prend les médicaments, mais bon on sait pas ce qu'on a.

3.3.2.2 Un mandat perçu comme illégitime ?

Sur les deux terrains étudiés, après plusieurs mois à interagir fréquemment entre eux, les professionnels (qu'il s'agisse de ceux du centre de formation ou du dispositif ASBPI) sont régulièrement sollicités par les réfugiés pour aborder la santé mentale. Lorsque la relation de confiance est établie, le professionnel fait office de personne ressource pour les réfugiés, à qui raconter ses souffrances, à défaut de pouvoir consulter des professionnels spécialisés.

Carnet de terrain, note d'accompagnement

J'accompagne Hassan depuis deux mois, un jeune réfugié pakistanais. Il y'a un an, on s'était croisé à plusieurs reprises, furtivement, lorsqu'il était hébergé au CADA de Briançon. A cette époque, nous nous saluons seulement, esquissant tous les deux quelques sourires à chaque fois que nous nous croisions sans que la discussion ne débute vraiment. Il me renvoyait l'image de quelqu'un de très sympathique (...) Depuis le début d'accompagnement, nous nous voyons toutes les semaines, une fréquence habituelle en début de mesure. La semaine dernière, il me fait part de son mal-être, sans trop entrer dans les détails. Après 2 années passées en CADA puis en CPH, où il était toujours entouré de compatriotes, aménager dans un appartement est pour lui d'une immense solitude. Quand il rentre chez lui après le travail, il est seul, il ressasse. « *Au travail, ça va, à la maison, ça va pas* » me dit-il en faisant tourner sa main à côté de sa tête. Il m'explique aussi que dans les deux structures où il a été hébergé, il a toujours pu rencontrer une psychologue quand ça n'allait pas (...) Je lui propose de faire mon possible pour qu'il rencontre une psychologue dans les prochaines semaines, ce qu'il accepte.

Carnet de terrain, note d'accompagnement

[Deux semaines plus tard] (...) Au moment où je m'apprête à quitter son appartement, il me parle de sa famille restée au Pakistan, de son expérience horrible en Libye sur le parcours migratoire et de la solitude ici. J'écoute son récit mais je me sens complètement dépassé. Il parle vite, plus vite que d'habitude, sans me regarder et alterne le français et l'anglais. Je ne comprends pas tout. Je lui coupe la parole de temps à autre pour lui dire qu'il n'est pas obligé de me raconter tout ça, que je ne suis peut-être pas la bonne personne, qu'il devrait vraisemblablement rencontrer une psychologue assez vite. Je n'ai pas de réponse de sa part, il poursuit son monologue (...) Avant de partir il me dit : « *c'est bon maintenant, de parler avec toi comme sometimes c'est bon. C'est plus facile comme ça je connais toi* ». De mon côté j'ai le sentiment de ne pas être le bon interlocuteur.

Dans ce contexte, les travailleurs sociaux du dispositif ASBPI comme l'infirmière ou la médecin du centre de formation peuvent se voir attribuer un mandat qu'ils n'avaient pas prévu. La souplesse qu'ils offrent en face-à-face, notamment en termes de temps consacré à l'autre, associée aux difficultés de prise en charge évoquées plus tôt, leur confèrent une place « d'alternatives » aux professionnels spécialisés en santé mentale (psychologue, psychiatre, etc.), par les réfugiés. Le problème pour les soutiens est que bien souvent ils se considèrent comme illégitimes à réagir à l'écoute du récit lorsque le réfugié y voit un acte curatif. Cette extension du champ de la santé mentale (Ravon, *et al*, 2022, p.6) place les professionnels dans une place paradoxale, ou plutôt dans un entre-deux : suffisamment proches des réfugiés pour être légitimement destinataires de leurs récits intimes et à la fois trop éloignés des compétences qu'ils jugent nécessaires pour en faire quoi que ce soit (« *je ne suis pas psy* », ai-je prononcé comme mes collègues à plusieurs reprises en évoquant des situations comme celles décrites précédemment). Ils ne savent finalement pas comment recevoir ces récits et quelles suites y donner, tout en ne souhaitant pas les négliger. Pour les réfugiés, raconter son histoire « comme soi-même » n'est plus un acte administratif contraignant mais une confiance, qui peut surgir au cours de la rencontre avec une personne de confiance, peut-être dans l'espoir d'aller mieux. Le récit dans cette perspective de finalité peut entretenir la confusion concernant les missions et les mandats des soutiens (*idem*, p.5). Tout comme il peut fragiliser les soutiens, pas toujours disponibles et disposés à recevoir, émotionnellement parlant, les histoires, les expositions des corps.

Pour conclure ce propos, j'aborderai justement l'écoute du récit dans ce qu'elle a de risquée d'un point de vue émotionnel pour les professionnels.

3.3.3 Ecouter la violence : risque et travail émotionnel

Carnet de terrain, extrait d'observation

Lors d'une formation sur « l'exil, le traumatisme et le soin », une psychologue travaillant en CADA intervient : « il y a beaucoup de mes collègues [elle parle d'autres psychologues] qui ne veulent pas faire ça (...) Parce que les traumas sont importants, les gens amènent des choses terribles. Tout le monde ne veut pas faire ça ».

Nous l'avons vu précédemment, l'émergence du récit est parfois imprévisible et lorsque la relation d'aide s'établit sur le long terme, recevoir le récit devient souvent incontournable. Pour les professionnels du médico-social pour qui l'accompagnement des réfugiés est une expérience nouvelle, cette activité de l'écoute de la violence peut surprendre et mettre en difficulté. Confrontés aux souffrances de l'autre, la vulnérabilité se révèle aussi du côté des accompagnants, des soignants. Lors de mes premiers mois en Guyane, alors jeune professionnel peu expérimenté (2 ans dans le champ du handicap), je me souviens avoir été très perturbé face aux événements violents que me racontaient les travailleuses du sexe que nous accompagnions au soin. Si l'activité d'écoute est enseignée à la plupart des travailleurs sociaux dans leur formation (j'ai souvent entendu le terme « d'écoute active et bienveillante »), les effets de l'écoute de la violence

semblent moins abordés. Dans un entretien accordé à la revue *Rhizome*, François Danet⁷⁷ détaille les effets possibles d'écouter la violence pour des soignants :

« Le fait d'écouter des récits de violence au sein d'une relation psychothérapique peut provoquer dans la sphère émotionnelle et sensorielle du clinicien des impacts traumatiques assez spécifiques. En effet, le clinicien peut être soumis à une effraction plus ou moins grande de son intégrité corporelle ou psychique, voire dans un vécu indifférencié d'avec le patient, ce qui risque de l'entraîner vers une fermeture relationnelle défensive voire vers un gel de toute souplesse psychique et capacité de distanciation. Tous ces éléments peuvent conduire à un enrayement du processus psychothérapique, et altérer la verbalisation des pensées, émotions et sensations corporelles des patients victimes, pourtant nécessaire à l'amélioration de leur état clinique. » (2021, p.18).

S'il situe les effets d'écouter la violence dans le cadre d'une relation psychothérapique, différente de la relation d'aide que j'observe dans ma recherche, sa réponse donne tout de même à voir la nature des risques auxquels s'exposent les soutiens. En situation d'accompagnement au soin, l'émergence du récit influe aussi sur la façon de soutenir des professionnels.

Carnet de terrain, extrait d'observation

J'accompagne Fariah chez une médecin généraliste (...) Elle a un dossier médical conséquent à faire remplir pour une demande d'hospitalisation, je lui ai proposé d'être présent pour faciliter la démarche (...) La trame du dossier qui guide la consultation du médecin demande à cette dernière de poser plusieurs questions sur l'histoire de Madame. Malgré la bienveillance du médecin, qui lui parle avec douceur, qui esquisse un sourire à chaque prise de parole, le début d'entretien est une épreuve pour Fariah (...) Elle mordille sa lèvre, ses yeux restent fixés au sol et sa jambe gauche tremblote (...) Arrive la question des antécédents de grossesses et des enfants. Au moment où la médecin commence à poser la question, je ressens mon cœur s'emballer légèrement. Je sais que le sujet est délicat pour Fariah. Elle va s'effondrer, c'est ce qu'il se passe à chaque fois qu'une autre personne ou moi-même abordons le sujet de ses enfants. Les premières fois, bien qu'affecté par sa tristesse et la situation de ses enfants, j'arrivais à rester, disons, comme d'habitude, face à ce genre de situation. Ce n'est pas une première pour moi. Mais aujourd'hui, je ressens comme une « surdose » de la voir une énième fois aussi triste (...) La médecin lui demande d'abord combien d'enfants elle a eu. Après un long silence Fariah répond timidement « 7 ». La médecin, toujours aussi soucieuse de Fariah, lui demande, par politesse je présume : « ah, 7 enfants, et comment ils vont vos enfants ? ». Je regarde Fariah, des larmes coulent sur ses joues. Jusque-là en retrait pour les laisser au plus discuter ensemble, j'interviens rapidement sans laisser à Fariah la possibilité de répondre : « ils ne sont pas avec Madame, ils vivent au Kenya ». Je n'en dis pas plus. Ma réaction soudaine, qui peut paraître virulente, met mal à l'aise la médecin. Mais je ne sais pas comment plus m'expliquer, je ne dis plus rien (...) Je ne sais pas si j'ai eu cette attitude pour protéger Madame et lui éviter de raconter et s'effondrer à nouveau ou pour m'éviter d'entendre et la voir pleurer une nouvelle fois. Pour les deux raisons probablement.

On voit dans cet extrait une façon de faire, ou plutôt une façon de réagir spontanée, face à une situation d'interaction qui invite les affects. On voit aussi l'imprévisibilité de ma façon de réagir, liée à la situation et à des affects plus intenses que « d'habitude ». La médecin, qui ne semble pas imaginer que les questions sur les

⁷⁷ Psychiatre et médecin légiste, François Danet est chercheur en psychologie au laboratoire Santé-Individu-Société de l'université Lumière-Lyon 2.

enfants puissent poser problème à Fariah, qui ne se rend pas compte qu'elle la met en difficulté, en devient maladroite dans sa façon de la questionner. Ma réaction, en intervenant spontanément et en répondant à la question à la place de Fariah, vise aussi à la protéger. Cette expression émotionnelle n'était pas vraiment prévisible. Elle se discute et s'analyse, comme je le fais maintenant, en la décrivant *a posteriori*. Se déploie dans cette situation une façon d'exercer un travail émotionnel constitutif de l'interaction et de la relation d'aide. En s'appuyant sur les travaux d'Arlie Russel Hochschild, Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet définissent le travail émotionnel, d'un point de vue sociologique, comme :

La « recherche intensive d'une relation suffisamment bonne, selon deux directions. D'une part, le travail émotionnel sur soi consiste, pour le professionnel, aussi bien à contenir ses propres émotions – celles qui ne sont pas appropriées à la situation – qu'à promouvoir et exprimer les émotions qui le sont. D'autre part, le travail émotionnel consiste aussi à agir sur l'état mental des personnes, par exemple, en neutralisant l'expression de leur découragement pour valoriser au contraire leurs espérances et leurs désirs (...) Dans ces conditions, la « bonne distance » ou la « bonne proximité » n'est pas une position à trouver, mais le produit d'un travail relationnel à réaliser, lequel ne peut être prédéfini, et doit au contraire s'inventer et se négocier dans le cours même de l'action. Dans ce cadre, la résolution de l'épreuve ne peut qu'être incertaine. » (Ravon, Vidal-Naquet, 2018, p.77).

L'incertitude demeure autant pour la résolution de l'épreuve (en agissant ainsi, vais-je atténuer la souffrance du moment de Fariah ?) que pour les façons de faire ce travail émotionnel. Contrairement aux observations de Thomas Bonnet dans le cadre de l'une de ses recherches⁷⁸, le risque émotionnel et le travail qui en découle sont visibles sur le dispositif ASBPI. Les professionnels parviennent à exprimer leurs émotions et leurs réactions dans des situations où ils ont été affectés. Ils pleurent parfois avec l'autre, ou quand ils se retrouvent seuls dans leur bureau. Ils sont parfois gênés de ne pas être affectés malgré ce qui est écouté. C'est davantage en tant que collègue plutôt que chercheur que j'ai accès à ces descriptions. Et c'est essentiellement lors de moments informels qu'un collègue se confie à un autre, plutôt que lors de temps collectifs (réunion d'équipe, analyse de pratiques, etc.). Aussi, la distance qu'impose la conversation téléphonique semble privilégier des échanges de la sorte pour s'exprimer sur les situations vécues comme émotionnellement intense.

3.4 Partage du stigmaté

Je propose de voir le vécu du stigmaté du point de vue des professionnels, « initiés » à la situation de disqualification, par la place qu'ils occupent auprès des réfugiés. Il faut entendre ici les effets du stigmaté que vivent les professionnels « au

⁷⁸ L'auteur a mené une enquête ethnographique comparée du risque émotionnel au travail, auprès de professionnels d'une entreprise de pompes funèbres, d'un service pédiatrique hospitalier et de deux services de police (Bonnet, 2018, p. 141).

deuxième degré (...), comme des ondes, toujours moindre » (Goffman, 1975, p.43-44), les premiers discrédités restant principalement les réfugiés. Dans les situations que j'évoque après, les accompagnants sont parfois témoins de la stigmatisation des réfugiés qu'ils accompagnent. Ils sont parfois eux-mêmes disqualifiés du fait de la place qu'ils occupent auprès des réfugiés. Ce qui peut fragiliser ou renforcer leur place de soutenant.

Les travailleurs médico-sociaux du dispositif ASBPI et de l'ESRP se sont arrangés pour élargir leur périmètre d'intervention (p.23). Bien souvent, surtout auprès de réfugiés peu francophones, ils ne limitent plus leur activité de soutien au soin à des actions de conseil ou d'orientation. Ils s'immiscent, à leur initiative ou à la demande des réfugiés qu'ils accompagnent, dans les espaces de soin. Ils prennent alors une place de tiers accompagnants dans une relation habituellement duelle. Cette forme d'intervention les met parfois à l'épreuve du stigmaté et de l'accueil de « l'autre » dans les établissements de soin. L'accompagnement physique vers les structures de soin leur impose d'accepter, ou du moins de subir un temps, ce que j'appellerai un partage du stigmaté. Ils « s'initient » au stigmaté, prennent « sur eux une partie du discrédit » en « pourvoyant aux besoins » des réfugiés (*idem*, p.43). Ils peuvent parfois devenir témoin d'une certaine forme d'inhospitalité, ou du moins d'une attribution confuse d'identité des professionnels de santé à l'égard des réfugiés.

Carnet de terrain. Discussion téléphonique.

Silène m'appelle pour me raconter un accompagnement chez un médecin avec un homme syrien. Elle se demande si le médecin « *se serait permis de parler comme ça avec une personne lambda* ». Le médecin se demande pourquoi le patient « *ne parle pas mieux français depuis septembre* » et se montre surpris qu'il ne travaille pas puisqu' « *on cherche plein de main d'œuvre dans le bâtiment* ». Je demande à Silène comment elle se positionne, comment elle réagit dans ce genre de situation : « *Ça m'a scotché qu'il dise tout ça. C'est compliqué de se positionner. Je lui ai dit qu'il ne faisait pas rien. Je me suis dit là heureusement qu'il comprenait pas Omar, c'était hyper violent. (...) Ça me met mal à l'aise moi* ».

Les professionnels pourraient facilement décider de s'écarter de ce type d'activité, initialement non prévu dans leurs missions, pour se protéger eux-mêmes. Malgré l'inconfort et les risques inhérents à « une sorte de participation honoraire au clan » (*idem*, p.41), ils décident, par des justifications morales, de maintenir ou de renforcer leur soutien. Parfois, ils sont eux-mêmes directement discrédités par la place qu'ils occupent.

Extrait d'entretien.

JUSTINE (infirmière FLE) : Faut voir comment on se fait recevoir à certains endroits.

ALEXIS COLIN : Ah oui ?

JUSTINE : Bah là à la clinique dentaire, ça...c'est pas très (insiste sur « très ») bien passé avec Salim justement. Qui n'avait pas son papier de mutuelle (silence). Le sketch. (silence) (...) Moi j'ai été choquée de ce qu'on a eu avec Salim là. Ça m'a vraiment choquée. L'accueil que tu peux avoir, les difficultés que tu peux avoir. (...)

AC : En fait toi t'es confrontée à ça au moment où t'es avec eux...

JUSTINE : (coupe la parole) Mais eux c'est tout le temps. (...) Là on est arrivé avec Salim cash je me suis fait agressée en me disant (hausse le ton, prend une voix grave) « vous êtes Terre d'asile ». (Radoucit sa voix). « Je dis bah....non ». (silence) Et en fait elle me dit (reprend un ton grave) « bah parce que Terre d'Asile ils paient pas ». (Reprend sa voix habituelle) Et en fait

quand j'ai demandé à ce que Salim il aille chercher sa carte, à la maison, elle m'a dit « non non maintenant vous payez. Bon bah oui mais en même temps on avait convenu que si vous prenez par hasard sa mutuelle il va pas avancer les frais », tu vois. (Reprend un ton grave) « Non non vous payez. » (Reprend sa voix habituelle) Et tu vois j'ai vraiment eu l'impression de me faire traiter comme une voleuse tu vois. (...) Et en fait tu le vis comme ça, tu te dis c'est horrible. C'était vraiment la stigmatisation tu vois. Je suis arrivé avec Salim, Salim qui est... (Elle glisse sa main sur son bras) Et tu te dis, qu'est-ce qu'on a fait de mal ? On est chez le dentiste (...) là après, tu comprends hein.

Pendant l'entretien Justine revit la situation, ses gestes et ses modifications de voix montrent à quel point la situation vécue qu'elle évoque a été pour elle marquante. Dans cet extrait, elle apparaît comme complice d'une présumée condition de Salim (administrative, économique, on ne sait guère) qui ferait qu'il ne pourrait payer les frais liés aux soins. Salim semble ici d'abord considéré comme étranger dont la situation serait susceptible de provoquer une absence de paiement des soins, avant d'être considéré comme personne malade nécessitant des soins. Justine, qui l'accompagne, assignée à une structure (« *Terre d'asile* »), se sent identifiée comme complice d'un supposé vol à venir (« *j'ai vraiment eu l'impression de me faire traiter comme une voleuse* »). Elle ne sait pas profondément ce qu'est de porter l'attribut stigmatisant, mais a le sentiment d'éprouver le traitement de l'individu discrédité. La situation est vécue par l'infirmière comme une initiation concrète au stigmaté que peuvent rencontrer plus fréquemment les réfugiés (« *là après, tu comprends hein* »).

Le partage du stigmaté ne résulte pas seulement de la place particulière qu'occupent les professionnels travaillant en établissement. Il arrive bien souvent que ce soit la personne réfugiée elle-même qui « invite » le professionnel à l'accompagner au soin et ainsi prendre le risque de se confronter au stigmaté. C'est même le risque d'y être confronté qui justifie certaines demandes d'accompagnement au soin.

Carnet de terrain, extrait d'observation.

Visite à domicile chez Najem. Il insiste pour que je l'accompagne à l'hôpital. Je suis d'abord réticent, je considère qu'il parle suffisamment bien pour y aller seul, il connaît bien Briançon et sait se déplacer. Il insiste : « *Tu sais comme ça se passe, moi c'est réfugiés c'est pas pareil. Même si je parle un peu bien, je vais dire la même chose que toi, je vais pas avoir le même résultat que toi. Ça va être blablabla, vite vite, laisse tomber. Avec réfugiés c'est pas pareil* ».

Ici, Nejam « m'invite » à l'accompagner parce qu'il présume, par les expériences passées qu'il a vécues, d'un risque de ne pas bénéficier d'une prise en charge satisfaisante par rapport à ses besoins. Je parle ici d'un risque du point de vue de Nejam que les choses ne se passent pas comme pour les autres, « normaux ». L'incertitude quant à la façon dont l'accueil et le soin peuvent se passer, l'incite à insister pour que j'accepte de l'accompagner. Réfugiés et soutiens vont partager le caractère incertain et imprévisible de la rencontre à venir. L'incertitude de la rencontre à venir génère une insécurité, avant même qu'elle ne se passe.

« C'est lorsque les normaux et les stigmatisés viennent à se trouver matériellement en présence les uns des autres, et surtout s'ils s'efforcent de soutenir conjointement une conversation (...) que les deux parties se voient contraintes d'affronter directement les

causes et les effets du stigmatisme. (...) C'est alors que l'individu affligé d'un stigmatisme peut s'apercevoir qu'il ne sait pas exactement comment nous, les normaux, allons l'identifier et l'accueillir. » (idem, p.25).

C'est ce caractère incertain qu'il me semble important de considérer, qui s'ajoute à l'incertitude de l'intercompréhension. L'incertitude quant à l'accueil qui leur sera réservé peut expliquer des demandes des réfugiés qui apparaissent parfois illégitimes du point de vue des professionnels médico-sociaux (« *je suis d'abord réticent* »). Là où le refus d'accompagner est vu comme une stratégie d'autonomisation par les professionnels (« *il parle suffisamment bien, il connaît Briançon et sait se déplacer* »), il est vu comme un manque de protection par les réfugiés. L'accompagnant, par sa connaissance supposée du monde de l'institution (l'hôpital, le cabinet dentaire, etc.) et de celui du réfugié, se voit désigné par ce dernier comme un lien entre ces deux mondes (« *tu sais comme ça se passe* »), permettant en quelque sorte « d'ordinariser » la situation, de la sécuriser.

« L'individu stigmatisé peut donc attendre un certain soutien (...) des « initiés », autrement dit, de normaux qui, du fait de leur situation particulière, pénètrent et comprennent intimement la vie secrète des stigmatisés, et se voient ainsi accorder une certaine admission, une sorte de participation honoraire au clan. » (idem, p.41).

Le professionnel prend place entre deux mondes qu'il est supposé comprendre et qu'il essaie de faire cohabiter. En prenant place aux côtés des réfugiés, il doit composer avec cette incertitude de l'accueil et des identifications, pour lui comme pour les réfugiés qu'il accompagne, les deux étant parfois traités comme unique et un seul.

Au vu de ce type de situations, je fais l'hypothèse que le partage de vécu renforce bien souvent l'alliance des professionnels « initiés » avec les réfugiés et leur engagement à leurs côtés, à condition qu'ils acceptent d'évoluer dans ce monde particulièrement incertain du fait du stigmatisme, où leur place est menacée et où il est compliqué « *de se positionner* ». Par l'expérience de l'acquisition « d'une portion de stigmatisme » (idem, p.43), ils accèdent à une certaine réalité habituellement vécue par les réfugiés. Une réalité qu'ils jugent inacceptable, injuste. L'initiation au stigmatisme des professionnels peut renforcer leur engagement auprès des réfugiés, notamment par une volonté de protection. A l'inverse, même si je ne l'observe pas dans mon enquête, on peut légitimement se demander si le risque de se retrouver dans une situation inconfortable (Justine et Silène utilisent des mots plus forts pour qualifier le vécu d'une telle situation) ne peut pas restreindre l'intervention des professionnels médico-sociaux. L'incertitude qui demeure quant à leur rejet ou acceptation, surtout lorsqu'il s'agit de nouvelles rencontres, peut les effrayer, les rendre frileux à s'engager.

On devine dans les deux premiers extraits (p.82-83) le caractère plutôt occasionnel de ces situations. Les professionnelles qui se trouvent confrontées aux réactions stigmatisantes sont surprises (« *ça m'a scotché* », « *j'ai été choquée* »), ce qui laisse supposer que ce n'est pas monnaie courante pour elles. J'ai également vécu ce type de situations, qui n'est ni anecdotique ni quotidien dans nos pratiques de travailleurs

sociaux. Parfois, l'accueil est tout autre et le professionnel de soin se constitue d'emblée en allié. Il n'est d'ailleurs pas rare d'entendre les travailleurs sociaux parler de médecins « *bien adaptés aux migrants, qui savent y faire* ». Ces derniers sont alors prioritairement sollicités par les professionnels accompagnants lors de nouveaux suivis, réduisant ainsi l'incertitude de l'accueil et l'insécurité inhérente.

Cette première partie donne à voir la force de la rencontre entre « natifs » et « non natifs » sur l'engagement des uns pour venir en aide aux autres. L'expérience de la rencontre suscite ici un engagement particulier des professionnels médico-sociaux auprès des réfugiés, notamment concernant la santé.

Les rencontres qui s'opèrent dans la relation d'aide sont délicates à bien des égards. Les professionnalités de l'ensemble des acteurs qui agissent pour la santé des réfugiés sont mises à l'épreuve. L'engagement des professionnels médico-sociaux leur confère des places particulières et parfois paradoxales, selon que l'on se situe du point de vue des réfugiés ou des professionnels de santé. Il y a trouble dans « la place » comme dans les professionnalités. L'insécurité en situation, qui peut facilement être vu du côté des réfugiés seulement, est partagée.

Cette analyse met en lumière les façons dont les acteurs vivent ces expériences et donne à voir les effets de la rencontre plurilingue. Toutefois, pour comprendre comment ils agissent et progressent en situation pour atteindre leurs objectifs respectifs, malgré les éventuels empêchements évoqués, il semble nécessaire de réduire le niveau de granularité d'observation.

Dans la seconde partie qui suit, je propose d'observer en détail comment professionnels et réfugiés composent, coopèrent, agissent en interaction.

Partie 2

Le grain fin du soin

Dans cette seconde partie, nous entrons dans l'observation d'interactions en consultations médicales à un niveau de granularité fin.

Toujours dans une approche ethnographique, c'est ici que je mobilise principalement le corpus d'enregistrements vidéo et leur transcription⁷⁹, pour une analyse des interactions qui tient compte des pratiques dans leurs « dimensions située, temporelle et multimodale » (Chernyshova et Traverso, 2017, p.3). Pour rappel, les interactions filmées se sont principalement déroulées lors de consultations médicales à l'ESRP ainsi que dans un hôpital (lors de deux consultations auxquelles je participe en tant que travailleur social accompagnant un réfugié).

Dans cette partie, les emprunts à l'analyse conversationnelle et à l'ethnométhodologie sont davantage marqués. Dans mon analyse, j'ai pris au sérieux l'idée selon laquelle, pour comprendre ce qu'il se passe en interaction, il est nécessaire d'observer en détail comment les acteurs coopèrent, se coordonnent, agissent entre eux, au cours de l'action⁸⁰. Nous nous attacherons ici à décrire les pratiques effectives, situées, ainsi que les méthodes utilisées par les personnes pour rendre intelligibles les situations dans lesquelles elles se trouvent (Garfinkel, 2020, Barthélémy et Quéré, 2020). Sous la plume interactionniste, on peut parler d'une tentative de décrire pour comprendre les « petites transformations de la "micro-écologie sociale" » à l'œuvre dans les situations observées (Joseph, 2009, p.67). A travers les pratiques et les compétences⁸¹ que les acteurs déploient, il s'agit d'observer (*in situ, in vivo*) la construction de l'intelligibilité de la situation. Je m'intéresse donc ici aux capacités d'action et de jugement de personnes engagées dans des situations, en observant leurs manières de coopérer et les ressources qu'elles mobilisent.

⁷⁹ Les conventions de transcription sont disponibles à la page 115 du mémoire.

⁸⁰ Pour Garfinkel, pour comprendre ce qu'il se passe en interaction, on ne peut se fier aux descriptions des personnes sur leurs interactions une fois qu'elles ont eu lieu, puisqu'elles vont occulter des compétences qu'elles mettent en œuvre auxquelles elles ne font plus attention (Garfinkel, 2020). « (...) il y a un écart entre la manière dont quelqu'un agit de façon compétente dans une situation donnée et la description qu'il peut donner de son action » (Barthélémy, Quéré, 2020, p.14).

⁸¹ La notion de compétence ici ne relève pas du fait d'une seule personne mais s'entend comme « le fruit d'une validation intersubjective constante dans les actions coopératives, dont elle participe à la régulation interne, au même titre que la confiance » (Barthélémy, Quéré, 2020, p.14).

Deux dimensions analytiques m'ont guidé dans cette partie.

Je cherche à observer de quelles façons professionnels et réfugiés progressent et coopèrent dans l'interaction malgré les éventuels empêchements évoqués plus tôt et les embarras de la situation plurilingue. Pour ce faire, j'ai fait le choix d'observer une séquence d'une même consultation (séquence fractionnée en plusieurs extraits pour l'analyse). S'il m'a été très frustrant de me passer de séquences d'autres consultations avec d'autres stagiaires pour illustrer mon propos, ce choix s'est imposé à moi. L'observation et l'analyse des pratiques interactionnelles m'a amené à voir chaque consultation à l'ESRP comme un espace de coopération où les choses se font avec le temps. Rendre compte de l'aspect temporel n'est possible qu'en se focalisant sur une même situation pour l'analyse. C'est ce que nous verrons (chapitre 2, p.91), après avoir précisé quelques éléments du contexte de ces consultations médicales à l'ESRP.

Puis, tout en observant toujours différentes formes de coopération, nous chercherons à voir par quels procédés, dans un contexte qui leur est *a priori* moins favorable, les réfugiés élèvent leur voix dans le cours de l'action. Mon approche ici rejoint en partie celle présentée par Véronique Traverso (2009b) ou, à l'instar également de certains travaux présentés dans *La voix des acteurs faibles* (Payet, *et al*, 2008), j'essaie de comprendre comment des acteurs *a priori* « affaiblis »⁸² (*idem*, p.9-25), (re)trouvent un « pouvoir dire » au cours des actions auxquelles ils participent.

Si le terrain principalement mobilisé dans cette partie a déjà été présenté au début de ce mémoire, il convient d'ajouter quelques précisions sur la singularité des rencontres filmées à l'ESRP. Concernant les consultations à l'hôpital, j'apporterai au cours de la description et de l'analyse quelques éléments de contexte utiles pour la compréhension de mon propos.

⁸² « L'acteur faible s'inscrit dans la tradition d'une pensée de la réhabilitation des capacités et des ressources d'action (...) Ce concept d'acteur faible offre à l'analyse un registre sémantique qui permet de penser, plus aisément que dans la rhétorique de domination, la possibilité d'un mouvement, d'un changement, d'une variation des états et des positions dans la relation asymétrique » (*idem*, p.10).

Chapitre 1

Les consultations médicales à l'ESRP

Les stagiaires qui entrent en formation doivent « justifier » d'un handicap (qu'il soit physique ou psychique), d'où la demande obligatoire d'une RQTH et d'une orientation professionnelle (cette dernière permettant spécifiquement l'entrée dans l'établissement) auprès de la MDPH. Ils doivent également justifier d'une maîtrise partielle de la langue française. A leur entrée à l'ESRP, tous les stagiaires rencontrent obligatoirement la médecin et l'infirmière⁸³. Le temps que cette première rencontre s'organise (10 ou 11 jours après le début de la formation), les stagiaires et l'infirmière se sont déjà rencontrés (entre 1 et 4 fois selon les personnes). Ce sont ces premières consultations pour 5 des 11 stagiaires FLE avec la médecin, en présence de l'infirmière, que j'ai pu filmer.

Pour ces premières rencontres, les enjeux diffèrent légèrement selon que l'on se situe du côté de l'infirmière ou du médecin. Pour Colombe (médecin), l'objectif est de « *prendre connaissance du dossier médical* ». Elle compare ce moment à « *des entretiens d'entrée* » quand elle travaillait à l'hôpital. L'enjeu pour elle est de renseigner de façon la plus complète possible un dossier médical informatisé. Elle utilise un logiciel interne, avec des items prédéfinis, ce qui crée après saisie une fiche admission simplifiée. C'est ce document qu'elle pourra transmettre à ses confrères en cas d'urgence ou pour un suivi médical quelconque du stagiaire pendant sa formation. Les informations à renseigner sont denses, parfois délicates à demander : entourage, médecins que rencontre la personne, pathologie principale, antécédents médicaux, psychologiques ou gynécologiques, addictions, etc. Elle contrôle les constantes de santé, peut être amenée à réaliser des dépistages. Cette première rencontre doit aussi lui permettre d'évaluer l'aptitude du stagiaire à suivre la formation, ainsi que les éventuels aménagements et adaptations nécessaires. Enfin, et l'enjeu n'est pas des moindres, elle cherche à « *en apprendre le plus possible* » sur la santé des stagiaires afin d'assurer « *la coordination du parcours médical* » pendant la formation : prescription de bilans et mise en place de suivis particuliers si nécessaire, suivi médical en lien avec « *la pathologie principale* », mise en lien et coordination avec les professionnels et services médicaux extérieurs, etc. La majorité des stagiaires est hébergée à Briançon le temps de la formation, ce qui nécessite souvent pour la médecin et l'infirmière de réaménager sur place, avec le stagiaire, le suivi médical. Colombe n'accompagne pas les stagiaires à leurs rendez-vous médicaux (c'est l'infirmière qui s'en charge), mais elle peut entrer en contact avec les

⁸³ L'ESRP est un établissement médico-social qui, en parallèle d'accompagner à la formation ou au projet professionnel, doit obligatoirement proposer un accompagnement médico-psycho-social. On retrouve notamment parmi les professionnels de l'établissement, outre ceux que j'ai déjà présentés, une ergothérapeute, une psychologue, une diététicienne et un neuropsychologue.

professionnels de santé pour sécuriser le parcours de soin (d'où l'importance pour elle de bien connaître la situation du stagiaire au niveau de sa santé).

Pour Justine, l'infirmière, il est tout aussi important de connaître la situation de la personne au regard de la santé, puisque c'est elle qui est chargée de l'accompagner, parfois physiquement. Justine doit rédiger « *le volet santé du projet personnalisé* ». Ce document récapitule, par domaine (santé, social, projet professionnel, etc.), les attentes et besoins d'accompagnement du stagiaire. C'est ce document qui, une fois renseigné, sera la feuille de route qui guidera l'intervention de l'infirmière. A la différence du médecin, Justine est amenée à rencontrer plus régulièrement les stagiaires en dehors des consultations. Elle leur rend visite en soirée sur les lieux d'hébergement, passe du temps avec eux lorsqu'elle les accompagne aux rendez-vous médicaux. Là où le médecin voit cette première consultation comme le moment essentiel pour connaître le plus précisément possible la situation médicale du stagiaire, l'infirmière se situe sur une autre temporalité et considère « *qu'elles ont 10 mois pour éclaircir les situations* ».

Les personnes réfugiées entrent à l'ESRP comme usagers. Ils viennent y apprendre le français dans des conditions différentes que dans les centres de formation plus classiques, en termes de pédagogie d'apprentissage, de rythme, de durée, de conditions matérielles, etc. Ils bénéficient également des services de différents professionnels (des « praticiens », des « spécialistes », dirait Goffman) dans le domaine « médico-psycho-social »⁸⁴. On retrouve, d'un point de vue global dans les relations qu'entretiennent l'ensemble des professionnels et usagers, le schéma général de la relation de service conceptualisée par Goffman (1968, p.377-438), où des « praticiens effectuent pour un ensemble d'individus un service personnel spécialisé » (*idem*, p.378).

Le schéma n'est pas exactement le même pour les premières consultations médicales que nous observerons. La circulation de la demande est quelque peu inversée. Ce sont davantage le médecin et l'infirmière qui sollicitent la participation des stagiaires FLE pour s'entretenir avec eux. Même si ces derniers pourront profiter du moment pour demander de l'aide ou des conseils, les premières consultations se font à l'initiative des professionnelles, qui cherchent à obtenir des informations sur la santé des stagiaires et à connaître leurs éventuels besoins d'accompagnement⁸⁵ (à la différence d'une consultation médicale plus classique où c'est le patient qui vient consulter pour demander « réparation » d'un problème). On retrouve néanmoins les activités

⁸⁴ J'ai questionné les stagiaires sur les significations qu'ils donnaient à leur entrée à l'ESRP. Pour beaucoup, l'ESRP était vu ou comme un établissement de formation pour apprendre le français, ou comme un établissement pour bénéficier d'un accompagnement aux démarches sociales et de santé. Les deux types de services étaient rarement associés.

⁸⁵ Lors de notre dernière discussion, l'infirmière a porté un regard critique sur la façon dont elle et sa collègue ont mené les premières consultations, témoignant de la (sur)sollicitation des professionnelles vers les stagiaires lors de ces moments : « *Pour les prochains [FLE] on va pas faire pareil. Je vais voir les gens tranquillement avant. Parce que là on leur saute dessus dès la première fois qu'on les voit, on leur pose énormément de questions* ».

récurrentes observées lors de consultations de médecine générale plus classiques : interrogatoire, auscultation, prescription, etc. A l'image du caractère hybride des missions de l'établissement et des professionnelles, on se retrouve dans ces situations aux croisements du médical et du médico-social, de la consultation médicale et de l'entretien.

Les interactions filmées plus tard (1, 2 et 4 mois après l'entrée des stagiaires) diffèrent légèrement. Comme pour les premières rencontres, les entretiens se font à la demande des professionnelles pour évaluer l'évolution de l'état de santé, des démarches en cours. Ce sont généralement des moments où l'infirmière et les stagiaires informent la médecin (qui elle met à jour son dossier médical) des informations nouvelles concernant leur santé. Contrairement aux premières rencontres, celles-ci peuvent se faire à l'initiative des stagiaires souhaitant aborder des problèmes de santé.

Dans le prochain chapitre, observons comment professionnelles et stagiaires coopèrent pour atteindre leurs objectifs respectifs, malgré les embarras de la situation exolingue.

La consultation comme espace de coopération et de pédagogie du soutien

Les extraits sur lequel s'appuie mon propos se sont déroulés lors d'une même consultation médicale, 11 jours après le début de la formation. C'est la première fois que Salim, soudanais d'une trentaine d'années, rencontre Colombe, la médecin. Il a déjà rencontré Justine, l'infirmière, à quatre reprises, pour « *évaluer et répondre aux besoins urgents et vérifier le pilulier* ». Lors de la première de ces 4 rencontres, qui a eu lieu avant le début de la formation, Justine a pu présenter les modalités d'organisation de la formation et de l'accompagnement médico-social. Lors de cette rencontre, un mois et demi plus tôt, Justine m'explique que Salim était accompagné par un éducateur d'un service extra-hospitalier de soutien psychologique. Salim n'avait « *pas parlé* » me dit-elle à propos de cette rencontre, « *mais du coup on a eu beaucoup d'infos, sur l'histoire de la patho, des infos sur le degré de stabilisation, l'observance et l'adhésion aux soins, le statut administratif, l'autonomie, les symptômes évocateurs de risque de rechute, la conduite à tenir* ». Justine laisse entendre ici (du moins je l'interprète ainsi) que l'accompagnant de Salim a parlé à sa place, ce qui du point de vue de Justine était bien utile pour en savoir plus sur ce dernier.

La séquence que nous allons observer (fractionnée en plusieurs extraits pour l'analyse) intervient 28 minutes après le début de la consultation. Précédemment, c'est principalement la médecin qui a mené l'échange avec Salim en lui posant diverses questions de santé générale. Lors de ces échanges, le stagiaire a exprimé à la médecin son incapacité à lire (ce moment est visible puisqu'il fait l'objet d'un autre type d'analyse : p.107, clef USB vidéo 14). L'infirmière, occupée à lire et retranscrire des informations sur son ordinateur, n'a pas porté attention à l'échange entre Salim et sa collègue. Elle n'a donc pas entendu ce qui s'est dit, notamment l'impossibilité de lire que le stagiaire a exprimé. Quelques secondes avant le début de la séquence que nous allons examiner maintenant, l'infirmière se rend compte que le stagiaire ne sait plus à quelle date est fixé leur prochain rendez-vous. Ce dernier lui explique qu'il oublie souvent les rendez-vous : « *moi oublié comme ça les dates, toi parlé maintenant, après moi maintenant sorti oublié tout tout oublié (...) ça c'est problème* ». L'infirmière demande alors à Salim s'il imagine une solution possible pour ne pas oublier les rendez-vous. Il lui répond qu'il ne sait pas. Le premier extrait que nous analysons débute à ce moment où l'infirmière commence sa « *quête* » pour définir, avec Salim, une modalité qui leur conviendra à tous les deux pour faciliter leurs échanges et l'aider à se souvenir des rendez-vous qu'ils ont ensemble. Elle demande alors au stagiaire de prendre son téléphone, puis elle prend également le sien.

L'analyse de cette séquence explore des pédagogies du soutien à l'œuvre entre les interactants, dans cette quête de remédier au problème rencontré par Salim. Les extraits observés nous amèneront également à porter un regard sur les manières de recevoir et d'attester la vulnérabilité. Voyons comment cette fragilité est reçue et attestée par l'infirmière (et à nouveau par la médecin), et comment se configure la relation d'aide en considération de cette fragilité.

2.1 Détourner pour appréhender les capacités et les vulnérabilités

▶ Clef USB : VIDEO 6 Partie 2 Chap 2.1
Enregistrement vidéo du 3 octobre 2022 – 11 jours après le début de la formation
Time code : 30:02 à 30:22
Stagiaire : STG ; Médecin : MED ; Infirmière : IDE

01	IDE	(regarde sur son téléphone le dernier message qu'elle a envoyé à STG) Vous m'avez pas répondu (.)
02		(regarde vers STG) Vous savez écrire les textos ?
03		(MED, qui lisait jusqu'à présent un document, lève la tête et regarde en direction de STG)
04		(silence de 1,5s)
05	STG	(faible intonation, yeux fixés sur son téléphone) Hein ?
06		(MED se saisit de sa tasse et boit avant de reprendre son activité de lecture)
07	IDE	(regarde son téléphone) Est-ce que vous savez écrire les textos ?
08	STG	(regarde toujours son téléphone) Ça c'est numéro moi
09		(silence de 2s)
10	IDE	A vous ?
11	STG	(montre son téléphone à IDE) Ça c'est numéro moi
12		(IDE se penche vers le téléphone de STG et consulte le numéro qui s'affiche)
13	IDE	(chuchote) Ok (.) Mais c'est... Vous avez enregistré mon numéro (regarde STG) Salim ?
14	STG	Numéro toi ?
15	IDE	Oui (pose sa main sur son torse) mon numéro
16	STG	(.) Je sais pas comment

A défaut d'une solution, d'une technique particulière que Salim aurait pu exprimer lui-même pour se rappeler ses rendez-vous, l'infirmière lui propose d'utiliser son téléphone. Elle recherche alors le dernier message qu'elle lui a envoyé et s'aperçoit qu'il n'y a pas répondu (ligne 01), ce qui lui laisse supposer que, peut-être, il ne sait pas écrire de messages par téléphone. Elle le lui demande une première fois (ligne 02).

A cet instant, la réaction de la médecin me semble particulièrement intéressante. En apparence « désintéressée » de l'action interactionnelle en cours (elle est occupée à une autre activité), elle ne reste pas moins attentive à l'échange qui se déroule devant elle entre sa collègue et le stagiaire. Cette attention est visible après que l'infirmière ait

demandé à Salim s'il sait écrire les messages (03). A ce moment, ce dernier ne semble pas comprendre la question posée par l'infirmière (05). Colombe (médecin), bien qu'au courant de la difficulté de lire et écrire de Salim⁸⁶, fait le choix de ne pas intervenir. Elle prend sa tasse, puis revient à son activité de lecture (06). Il semble qu'à ce moment elle ne veuille pas informer sa collègue, à la place de Salim, de son incapacité à lire et écrire. Elle pourrait demander à Justine si elle ne l'a pas entendu exprimer sa fragilité quelques minutes plus tôt, mais elle ne le fait pas. Ces premières observations nous donnent quelques informations intéressantes sur le fonctionnement dilogal des professionnelles : la médecin, tiers participante non adressée⁸⁷, écoute les échanges de sa collègue avec le stagiaire sans manifester son attention, alors que l'infirmière semble moins attentive aux interactions de sa collègue et Salim. En ne participant pas à l'échange alors qu'elle a perçu que quelque chose faisait défaut dans la conversation, on peut faire plusieurs hypothèses concernant la position⁸⁸ du médecin. On peut imaginer qu'elle fasse en sorte de ne pas mettre en porte-à-faux sa collègue, en ne relevant pas l'inattention de cette dernière plus tôt dans la consultation. Auditrice discrète, restant à distance du cadre de participation, on peut aussi considérer qu'elle encourage la participation du stagiaire (le regard du médecin est d'ailleurs porté vers lui à ce moment, ligne 03), en le laissant infléchir comme il le souhaite sur le cours de l'action, malgré les difficultés d'intercompréhension qu'on observe (04, 05). Ne pas intervenir, accepter le silence (04), pour soutenir la participation.

L'infirmière pose à nouveau sa question (07) en la reformulant peu par rapport à son énoncé de départ (02), mais en étant cette fois-ci plus directe (« est-ce que... »), ce qui indique sans nul doute que c'est une question et qu'elle attend une réponse. La reformulation (avec « est-ce que... ») permet à Salim de comprendre que l'infirmière lui pose une question (puisqu'il répond, 08), sans toutefois comprendre son sens. Il semble comprendre que « quelque chose » se discute autour du téléphone mais il ne semble toujours pas comprendre les questions de l'infirmière (08-11)⁸⁹. Il recherche son propre numéro dans son téléphone, qu'il montre à Justine (infirmière), tout en s'exprimant verbalement (08-11). Justine comprend alors que Salim ne répond pas à sa question. On pourrait parler d'un imprévu pour l'infirmière qui, pour autant, ne signifie pas explicitement au stagiaire qu'il ne comprend pas ce qu'elle lui demande (13)⁹⁰. Au

⁸⁶ Il lui a dit plus tôt dans la consultation, ce moment fait l'objet d'une autre analyse (p.107, vidéo 14).

⁸⁷ Sur la notion de « tiers » en interaction, voir Goffman (1987, p.141-142).

⁸⁸ Une partie dans ce mémoire est consacrée plus en détail à la prise de « position » (p.107), où je définis cette notion en son sens goffmanien.

⁸⁹ On peut aussi se demander si à ce moment Salim comprend qu'il ne comprend pas l'infirmière. S'il ne répond pas par une réponse adaptée à la question de l'infirmière (08), cela ne veut pas forcément dire qu'il n'a pas conscience qu'il n'a pas compris la question. Il peut s'agir d'une stratégie pour justement montrer qu'il n'a pas compris sans exposer explicitement ses difficultés de compréhension. Si je fais cette remarque, c'est parce qu'elle illustre bien le contexte dans lequel évolue les professionnels qui interviennent auprès des réfugiés sur les deux terrains étudiés : ils doutent souvent quant à la compréhension de leurs propos auprès des réfugiés, ils se rendent parfois compte du malentendu longtemps après, ils s'aperçoivent aussi que régulièrement les réfugiés acquiescent malgré leur incompréhension (ce que l'on remarquera d'ailleurs dans le prochain extrait).

⁹⁰ Ce moment me fait penser aux nombreuses fois où j'ai observé, de façon plus significative encore, que les professionnelles « laissent passer » le malentendu. Elles font comme si elles avaient bien compris les stagiaires

contraire (« ok », ligne 13), elle laisse la discussion « dévier » vers « le numéro », ce qui ne l'empêche pas de poursuivre son objectif de trouver une solution au problème évoqué plus tôt par Salim. En lui demandant s'il a enregistré son numéro (13-15), Justine questionne aussi sa capacité à utiliser son téléphone. L'expression verbale est différente et moins explicite, mais l'objectif de l'infirmière reste le même, en savoir plus sur les capacités de celui qu'elle cherche à aider pour adapter la forme de l'aide à proposer. En s'écartant quelque peu de son objectif, elle évite aussi de confronter Salim à la difficulté du moment à la comprendre. Ce détour permet à Justine d'en savoir un peu plus, puisque Salim exprime son incapacité à enregistrer un numéro sur son téléphone (16).

Mais nous verrons dans l'extrait suivant (qui est la continuité directe de l'extrait précédent) que l'infirmière ne se satisfait pas entièrement de cette réponse et que le chemin est encore long avant que les acteurs co-définissent une « solution » qui les satisfasse tous, plus ou moins, pour que Salim se rappelle ses rendez-vous.

2.2 Faire faire pour attester et préciser les capacités

▶ Clef USB : VIDEO 7 Partie 2 Chap 2.2
Enregistrement vidéo du 3 octobre 2022 – 11 jours après le début de la formation
Time code : 30:22 à 31:12
Stagiaire : STG ; Médecin : MED ; Infirmière : IDE

17	IDE	Si par exemple vous devez me dire « plus de médicaments »
18		(silence de 1s)
19	STG	D'accord
20	IDE	(pointe sa main et incline sa tête vers le téléphone de STG, ce qui laisse supposer qu'elle regarde le téléphone)
21		Comment vous faites ?
22		(silence de 1,5s)
23	STG	(chuchote quelques mots, inaudibles)
24		(silence de 5,5s) (STG manipule son téléphone, IDE regarde la manipulation)
25	STG	Juste numéro ça
26	IDE	Hum ?
27	STG	A pas compris é toi ? (regarde IDE)
28	IDE	Si...
29		(enlève son masque, se relève légèrement de sa chaise, se recule légèrement, fait des gestes avec son bras)
30	STG	Toi après t /
31	IDE	(coupe la parole, plus forte intonation, mouvement avec sa main)
32		Demain y'a plus de médicaments
33	STG	D'accord
34	IDE	(pose la main sur son torse)

alors qu'elles ont conscience qu'il y a malentendu (on peut parler d'un malentendu bien entendu de leur côté, mais pas de celui des stagiaires). En discutant avec la médecin, on comprend que cette attitude relève d'une pratique de *care*, où elle met en suspens l'accomplissement de ses objectifs (en savoir plus sur les stagiaires) dans un souci d'attention à l'autre et de ses fragilités : « (...) je me dis qu'à la longue c'est fatiguant pour eux de toujours les faire répéter. On se dit qu'on arrivera bien à avoir les informations plus tard » (Colombe).

35 Comment vous me prévenez ?
36 (STG se relève légèrement de sa chaise et se rassoit)
37 STG Appelle et toi ?
38 IDE Ouais (signe de la tête)
39 Comment vous faites ?
40 (STG baisse la tête et regarde vers son téléphone)
41 Texto (.) en texto par exemple (.) vous préférez appeler ou texto ?
42 STG Non appeler c'est /
43 IDE (coupe la parole) Appeler
44 STG Ouais c'est /
45 IDE (coupe la parole) Texto non ? (signe de la main « non »)
46 STG Ouais texto non (signe de la tête)
47 IDE (pointe du doigt vers le téléphone de STG) Vous avez réussi à le lire ce que
j'veus ai écrit ?
48 MED (en pianotant sur son clavier) (à voix basse, presque inaudible) Non
49 STG (mot difficile à comprendre) comme lire (.) ça c'est message c'est toi
50 MED (retire les mains de son clavier, regarde en direction de STG, décale le haut
de son corps pour ne pas être derrière son ordinateur)
51 Est-ce que vous savez lire ?
52 STG Non (signe de la tête non)
53 IDE Ok
54 STG (lève un doigt devant lui, regarde MED)
55 Un peu un peu français un peu (.) juste bonjour (.) je suis mo soudan (.) je
suis Salim comme ça (.)
56 (détourne son regard vers IDE)
57 juste comme ça
58 MED (signe oui de la tête) Ok
59 IDE Ok (signe de la tête oui)
60 MED Ça vous savez lire ?
61 STG Ouais
62 MED Ok

L'infirmière propose ensuite ce que l'on pourrait appeler une « simulation » ou une « mise en scène fictive ». Elle demande à Salim d'imaginer comment il s'y prendrait pour l'avertir s'il n'avait plus de médicaments (17-21). L'initiative est ambitieuse et risquée, elle doit faire comprendre au stagiaire qu'il s'agit là de se projeter dans une situation fictive, hypothétique⁹¹. Si Salim acquiesce dans un premier temps sans trop d'hésitations (18-19), il ne semble pas plus comprendre ce que cherche à faire Justine (lignes 22 à 25). Malgré une question ouverte qui pourrait laisser une grande liberté à Salim dans ses possibilités de réponses (21), Justine oriente la réponse vers l'utilisation du téléphone, en pointant de la main et en orientant son regard vers le téléphone (20).

⁹¹ Dans l'ensemble de mon corpus vidéo, ce type de stratégie est souvent difficile à faire comprendre par les professionnels aux réfugiés. Ocellina, travailleuse sociale à l'ESRP, avec qui nous discutons sur cet extrait, me racontait : « (...) moi j'arrête les exemples, c'est trop compliqué parce que j'arrive pas à faire comprendre que c'est pas la vérité. La dernière fois dans la voiture avec Yassin j'essaie de lui expliquer la mutuelle. C'est pas facile à expliquer surtout quand les gens ont la CMU depuis qu'ils sont arrivés en France. Donc pour lui expliquer pourquoi c'est important je lui dis "imagine tu tombes, tu te blesses le genou, l'opération à l'hôpital elle peut coûter 500€ par exemple". Et là il me dit "quoi moi payer 500€ ? ", avec une intonation forte en plus ça l'a inquiété (rire). Je rigole là mais j'étais en voiture j'ai presque voulu m'arrêter pour lui expliquer "mais non c'est un exemple !" ».

Cette mobilisation des canaux visuels et gestuels entretient la confusion du côté de Salim (24), qu'il exprime verbalement et par le regard, jusqu'alors fixé au téléphone (27).

Face à la réception difficile de ce qu'elle cherche à faire comprendre, Justine insiste et montre un engagement déterminé, illustré par des mouvements qui ne se dirigent plus seulement en direction du téléphone du stagiaire (29-34), par une reformulation (32-35) et par des signes verbaux (31). Elle atteint un premier objectif, celui de faire comprendre à Salim qu'il peut la solliciter s'il a besoin de l'avertir qu'il n'a plus de médicaments (37-38). Ils n'ont toutefois pas encore défini quelle(s) modalité(s) pourraient leur convenir à tous les deux pour se contacter. Elle sollicite la participation de Salim de façon assez ouverte encore une fois (39) mais on peut supposer qu'elle a une affection particulière à la communication par SMS puisqu'elle réoriente très rapidement vers cette modalité (41-45), malgré les signaux vocaux (42-44-46) et gestuels (46) envoyés par le stagiaire qui montrent que, lui, exclut cette modalité de communication.

Colombe (médecin), qui avait réagi à la première question de sa collègue sur les capacités d'écriture de Salim mais qui ne s'était pas exprimée (ligne 02 du premier extrait), intervient verbalement cette fois-ci. On observe une nouvelle fois une double attention de sa part, à la fois à son activité de retranscription d'informations sur ordinateur et à l'interaction qui se déroule devant elle⁹². En ligne 48, son expression verbale et sa posture (elle continue à écrire sur son ordinateur tout en esquissant un « non ») laisse songer à « une pensée à voix haute ». Elle n'intègre pas encore le cadre de participation entre le stagiaire et l'infirmière. Puis, pour faire comprendre à sa collègue que Salim ne sait pas lire, elle change de position : elle suspend son activité initiale, déplace le haut de son corps et regarde le stagiaire (50) avant de solliciter verbalement sa participation (51). On peut supposer que l'interaction qui se déroule devant ses yeux ne la satisfait pas vraiment (trouve-t-elle que Salim est mis en difficulté par les questions de sa collègue ?), ou qu'elle vient en aide à sa collègue et au stagiaire pour faciliter la compréhension. Salim confirme d'abord son incapacité à lire (52), l'infirmière en accuse réception (53). Puis, il décrit davantage ses capacités/incapacités (55-57), en sollicitant l'écoute des deux professionnelles (54-56), qui en accusent réception. La médecin demande confirmation à Salim (60) puis accuse réception (62) de sa réponse (61).

L'analyse de ces deux premières séquences fait apparaître des formes de soutien différentes selon que l'on observe les pratiques du médecin ou de l'infirmière. Pour la médecin, l'expression de Salim de son incapacité à lire suffit pour en attester, et adapter en conséquence dans l'immédiat sa façon d'interagir et de coopérer avec lui. Pour l'infirmière, l'approche est vraiment différente. Elle cherche à « faire pratiquer », semble-t-il, pour dissiper le flou qui règne sur ce que le stagiaire est en capacité de faire ou non (puisque'il est difficile pour eux de se comprendre et pour le stagiaire de s'exprimer verbalement). Elle cherche aussi à « faire faire » pour préciser au mieux les fragilités de la personne qu'elle souhaite soutenir, et ainsi adapter son aide.

⁹² On peut parler, toujours en s'inspirant de Goffman sur « l'activité hors cadre » (1974b, p.201-241), d'une absence en apparence, mais la médecin nous montre à plusieurs reprises qu'elle est, dans l'écoute, attentive et bien présente.

Extrait d'entretien en autoconfrontation vidéo

JUSTINE (infirmière) : (...) je cherche à confirmer quelque chose que je ne peux pas vraiment vérifier. Alors je vérifie. Je le fais pas de façon très consciente. Je veux me rendre compte du truc parce que « je sais pas lire », ça veut dire plein de chose.

Prenons au sérieux le propos de Justine et observons la progression de l'expression de la difficulté à lire de Salim. La première fois qu'il s'exprime à ce sujet il décrit une incapacité totale à lire (chapitre 3.3, p.107, vidéo 14). A la fin de l'extrait précédent, il laisse entrevoir finalement certaines capacités, bien que quelque peu limitées, à lire certains mots, certaines phrases (55). Dans l'extrait qui suit, on se rendra compte qu'il sait reconnaître les chiffres. Les stratégies de l'infirmière et la collaboration de Salim permettent, au compte-gouttes, de préciser minutieusement les capacités de ce dernier. L'approche de l'infirmière, qui mêle reconnaissance des difficultés et promotion de l'autonomisation de la personne aidée, est longue à mettre en place. D'une part parce l'intercompréhension n'est jamais garantie et fait souvent défaut (nécessité de reformuler, faire des gestes, etc.), et d'autre part parce que les formes d'intervention de l'infirmière nécessitent un long moment de collaboration avec Salim. L'extrait suivant, quelques secondes après la fin du précédent, est davantage illustratif de ce « faire faire », dans la durée. Son enquête sur les capacités de Salim ne s'arrête pas à ce que l'on a vu précédemment.



Clef USB : VIDEO 8 Partie 2 Chap 2.2

Enregistrement vidéo du 3 octobre 2022 – 11 jours après le début de la formation

Time code : 31:22 à 32:35

Stagiaire : STG ; Médecin : MED ; Infirmière : IDE

- | | | |
|----|-----|--|
| 68 | IDE | (ouvre son cahier puis regarde le téléphone de STG)
Donc (.) mon numéro (.) c'est (.) 06 |
| 69 | | (regarde STG manipuler son téléphone) |
| 70 | MED | (regarde en direction de MED et/ou STG) |
| 71 | STG | (chuchotements inaudibles) |
| 72 | | (silence de 6s) |
| 73 | | (STG manipule son téléphone sous le regard de IDE) |
| 74 | IDE | Vous aviez pas enregistré mon nom Salim (signe non de la main et de la tête) |
| 75 | | (silence de 15s) |
| 76 | | (STG manipule toujours son téléphone, IDE regarde vers le
téléphone de STG, vers son cahier puis à nouveau vers le téléphone) |
| 77 | STG | (à voix basse) Oui là |
| 78 | | (montre son téléphone de plus près à IDE) |
| 79 | | 06 |
| 80 | IDE | Non (signe non de la main) c'est pas celui-là |
| 81 | STG | (lève la main droite) Ca deux moi deux deux numéros deux deux numéros |
| 82 | IDE | Vous (pointe son doigt vers STG) (.) mais moi ? (tape du doigt sur le haut de
son corps) |
| 83 | STG | [Moi] (tape sa main sur son thorax) |
| 84 | IDE | [Mon] numéro (pose sa main sur le haut de son corps) |
| 85 | STG | Moi deux numéros (pose sa main sur le haut de son corps puis lève le doigt) |
| 86 | IDE | (tape sa main sur le haut de son corps) Il faut que vous puissiez m'appeler
Salim |
| 87 | STG | Numéro toi ? (pointe IDE du doigt) |
| 88 | IDE | Oui il faut que vous puissiez me dire « Allô Justine plus de médicaments » |

89		(mime le fait de téléphoner)
90	STG	Ah d'accord
91		(silence de 8s) (STG manipule son téléphone, IDE le regarde)
92		Ca...
93		(silence de 5s) (STG manipule son téléphone, IDE le regarde)
94		Ca numéro toi (inclina son téléphone en direction de IDE)
95	IDE	C'est moi (signe de la tête oui et pointe un doigt vers le téléphone de STG) Enregistrez (.) (mime écrire) faut marquer Justine
96	STG	Ok
97	IDE	Vous y arrivez à marquer Justine ?
98	STG	Tiens (mots incompréhensibles) (donne son téléphone à IDE)

Dans cet extrait, les silences sont remarquables et particulièrement longs (72-75-91-93). Comme dans l'extrait précédent, mais ici de façon plus significative encore, le temps laissé au stagiaire pour faire est conséquent. Et là aussi, c'est parce qu'elle laisse un temps considérable à Salim pour tenter de comprendre ce qu'il se passe et ce qu'elle lui demande, que la coopération prend progressivement du sens pour eux deux. Après ce qui semble être un nouveau malentendu de Salim sur ce que lui demande Justine (81-87-90), il fait sens de ce qu'elle lui demande (lignes 90 à 95). C'est par ce long procédé de collaboration que, finalement, il parvient à trouver le numéro de Justine dans son téléphone (on remarquera aussi la reformulation à la ligne 88, qui semble avoir bien aidé à la résolution de leur problème d'intercompréhension). Et c'est aussi par ce long procédé que, par conséquent, cette dernière en apprend encore un peu plus sur les capacités de Salim. L'intercompréhension, l'autonomisation et la reconnaissance des fragilités de l'autre passent par un engagement de son temps.

2.3 La relation d'aide ou le risque de contraindre

Du point de vue du stagiaire, et nous le comprendrons plus tard, le problème pour lui réside dans le fait que l'infirmière ait focalisé son intervention sur l'utilisation du téléphone (se rappeler de ses rendez-vous par le téléphone). Or, Salim est particulièrement en difficulté pour utiliser son téléphone de la façon dont lui propose l'infirmière (lire ou envoyer un SMS, écrire/associer un nom à un numéro dans son téléphone, mettre une alarme sur son téléphone). On comprendra juste après qu'il ne souhaite d'ailleurs pas agir ainsi. De ce point de vue on peut considérer la stratégie de l'infirmière risquée, notamment vis-à-vis du lien qu'elle établit avec Salim. On voit dans l'ensemble des séquences précédentes que la frontière est mince entre promotion de l'autonomisation et injonction à l'autonomie, reconnaissance des fragilités mais également mise en lumière de celles-ci et confrontation du stagiaire à ses propres difficultés. L'infirmière laisse faire Salim pendant de longues secondes dans une perspective de collaborer en tenant compte de ses propres capacités. Elle adopte une position de « contrôle » (69-73-76-91-93), laissant apparaître le risque de contraindre, tout en adoptant une position de désintéressement bienveillante (ligne 76). Par

exemple, on peut faire l'hypothèse que si elle regarde son cahier, c'est pour ne pas focaliser le regard trop longtemps sur le téléphone de Salim. La scène illustre aussi la difficulté à adopter, en situation, « la position intermédiaire », le « juste milieu » (existe-t-il ?) entre soutien à l'autonomisation, contrôle, bienveillance, etc.

Dans l'extrait précédent, la médecin semble une nouvelle fois surprise de l'approche d'intervention de sa collègue (70) qui sait pourtant maintenant que Salim est en difficulté pour lire. Quelques minutes avant la fin de la consultation, alors que « le problème » n'est toujours pas résolu (comment se souvenir de la date et l'heure de ses rendez-vous), Justine expérimente une nouvelle tentative. Là aussi son intervention révèle les difficultés de Salim et cette fois-ci, la médecin ne semble plus juger la situation acceptable.

▶ Clef USB : VIDEO 9 Partie 2 Chap 2.3
Enregistrement vidéo du 3 octobre 2022 – 11 jours après le début de la formation
Time code : 42:00 à 42:12
Stagiaire : STG ; Médecin : MED ; Infirmière : IDE

01	IDE	(IDE écrit sur un post-it et le colle sur le bureau devant STG)
02	STG	D'accord (pose son doigt sur le post-it et le regarde)
03	IDE	(pose le doigt sur le post-it) Est-ce que vous arrivez à voir ce que j'ai écrit ?
04	STG	[Non] (sourire)
05	MED	(se redresse et se décale légèrement, regarde en direction de IDE et STG)
06		(à faible intonation) Il [sait pas] lire
07	IDE	(sourire) Et ouais (.)
08		(regarde MED) mais il a dit que les chiffres ça allait (.)

La nouvelle stratégie de l'infirmière (01-03) pour trouver une technique permettant à Salim de se rappeler ses rendez-vous révèle une nouvelle fois sa fragilité à lire. Elle note la date et l'heure de leur prochain rendez-vous (01), en chiffres⁹³, sur un post-it, qu'elle colle sur le bureau entre elle et Salim (01). Il pose son doigt dessus et acquiesce (02), comme s'il devait forcément s'accorder avec ce que lui propose l'infirmière. Elle lui demande s'il arrive à voir ce qu'elle a écrit en posant son doigt sur le post-it (03), Salim comprend que la question sous-entend : « est-ce que vous savez lire ? ». Il répond par la négative (04), en chevauchement de la médecin qui, par la posture et le regard (05), instaure un cadre de participation où elle s'adresse à sa collègue. En effet, jusqu'alors tiers participante non adressée, la médecin intervient activement cette fois-ci (06) auprès de sa collègue (ce qui montre une nouvelle fois son attention à l'échange en cours entre Salim et Justine). En parlant à faible intonation et en parlant du stagiaire à la troisième personne (06), elle adresse sa collègue. Salim, intentionnellement non visé par la médecin, est délocuté mais reste participant de ce qui

⁹³ Malgré ce qu'elle affirmera plus tard (08), Salim n'a jamais dit qu'il savait lire les chiffres. Mais rappelons-nous la séquence précédente. Salim, après un long moment, a réussi à retrouver dans son téléphone le numéro de l'infirmière. On peut fortement penser que Justine a pris en considération cette aptitude de Salim à mieux se repérer par la lecture des chiffres que des lettres. Ce qui peut donner une indication du sens de la stratégie du post-it de l'infirmière.

se passe devant lui (il voit et entend ce qu'il se passe). Peut-on y voir une stratégie du médecin (certes trop tardive) pour protéger *a minima* Salim d'une énième exposition à sa fragilité ? Ou un signe d'exaspération face à l'insistance de sa collègue (on remarquera qu'elle expire significativement sous son masque en toute fin d'extrait) ?

On observe dans cet extrait la difficile conciliation entre les exigences de promotion de l'autonomie que peuvent se fixer les professionnels du médico-social et, dans notre cas, une sur-sollicitation à participer de la personne aidée qui peut la mettre à mal.

2.4 L'interdépendance comme forme d'autonomie

Salim s'est-il plié par contrainte ou par adhésion aux propositions de collaboration de Justine ? Difficile de le savoir et ce n'est pas l'entretien en auto confrontation avec Salim qui m'a permis d'éclaircir ce sujet. Pour lui, Justine et Colombe font « *un travail précis, elles sont précises* ». Ce qui l'aide à mieux comprendre dans quel environnement il vit. Finalement, comment Salim va se rappeler ses rendez-vous ? Cette quête aura animé Justine une longue partie de la consultation. Salim lui, a bien la réponse, et possiblement l'avait-il depuis le début de la consultation.



Clef USB : VIDEO 10 Partie 2 Chap 2.4

Enregistrement vidéo du 3 octobre 2022 – 11 jours après le début de la formation

Time code : 43:23 à 43:49

Stagiaire : STG ; Médecin : MED ; Infirmière : IDE

01	IDE	Comment vous faites pour pas oublier les rendez-vous ?
02	STG	Moi donné Lucie ⁹⁴ (.) Lucie (mots difficiles à comprendre) moi oublié (.) dit pas oublié Lucie
03	IDE	Bah oui mais Lucie elle sera pas toujours là
04	STG	Euh et moi de l'école moi toute l'école là c'est comme ça moi c'est comme ça c'est bon comme ça
05	IDE	Ok (.) Bon on va faire comme ça au début mais à la fin faudra se souvenir des rendez-vous hein ?
06	STG	Ouais (.) D'accord
07	IDE	(Rire) D'accord (rire). Bon allez venez je vous raccompagne comme ça on dit à Lucie

L'autonomisation, pour Salim, c'est sa capacité à savoir compter sur celles et ceux qui l'entoure. Une autonomisation dépendante du lien qu'il sait entretenir avec les autres. Une façon de concevoir l'agir qui contrarie quelque peu la vision de Justine.

La séquence⁹⁵ montre comment se façonne la relation d'aide. La consultation est ici à voir comme un espace de coopération et de créativité. Le temps accordé à l'autre,

⁹⁴ Lucie est la formatrice avec qui Salim passe toute la semaine en cours de français langue étrangère.

⁹⁵ La séquence non fractionnée des 3 premiers extraits est disponible sur la clef USB (VIDEO 11).

individu autonome et vulnérable, importe. Il semble même indissociable des contraintes liées à la situation. La reconnaissance de la personne aidée, de ses capacités et de son pouvoir d'agir, passe par une coopération longue et créative. Les exigences de promotion de l'autonomie et des capacités qui animent les professionnelles laissent entrevoir le risque de contraindre l'autre dans sa manière d'agir.

Chapitre 3

Pouvoir dire

Dans la première partie du mémoire, nous abordions les paradoxes de la présence du professionnel comme tiers accompagnant lors de consultations médicales. Notamment le risque d'invisibiliser la personne accompagnée pourtant directement concernée par les soins (p.64). Dans ce chapitre, après l'observation et l'analyse d'une séquence illustrative d'une forme « d'empêchement » de la parole, nous nous consacrerons à des moments où la voix des réfugiés s'élève. Pour ce faire, j'ai ciblé des moments où le patient réintègre le cadre de participation après en avoir été exclu, ainsi que des séquences où sa participation me semble particulièrement significative. Nous nous intéresserons aux modes de participation, à quelques-unes des nombreuses formes de négociations qui s'opèrent pour la distribution de la parole, aux quelques procédés où les réfugiés s'approprient la parole. Qu'elle soit empêchée ou au contraire favorisée, la participation des réfugiés relève souvent de mouvements interactionnels multiples et variés qui mettent en jeu l'ensemble des acteurs.

3.1. Une participation empêchée

L'extrait ci-dessous, enregistré lors de l'un de mes accompagnements en tant que travailleur social, illustre le phénomène où la parole est empêchée, masquée.

Nous nous trouvons dans le cabinet d'une médecin spécialiste, docteur D. Le contexte est particulier puisque cela fait plusieurs mois que la médecin me demande d'être présent en consultation lorsqu'elle reçoit Syed (le patient), puisqu'elle est très préoccupée par ses résultats d'analyse. Elle suppose qu'il ne comprend pas bien ce qu'elle lui dit et que par conséquent, possiblement, il ne prend pas ou mal son traitement. Après avoir longtemps refusé ma présence ainsi que le recours à l'interprétariat téléphonique, Syed a accepté que je l'accompagne lors d'une autre consultation, quelques semaines avant celle-ci. Il est très attaché à « *faire tout seul* » et considère qu'il n'a « *pas besoin qu'on [lui] explique les choses* ».

La consultation a commencé depuis 5 minutes environ. La médecin a introduit en donnant des informations à Syed sur sa maladie et sur les résultats de sa dernière analyse. L'échange en cours concerne l'observance thérapeutique et je cherche, au moment où nous attaquons cet extrait, à faire parler Syed des problèmes qu'il a rencontrés cet été concernant la prise du traitement.



Clef USB : VIDEO 12 Partie 2 Chap 3.1

Enregistrement vidéo du 20 octobre 2022 – consultation hôpital

Time code : 04:46 à 05:09

Patient : SYED ; Médecin : MED ; Travailleur social : EDUC

01	EDUC	(regard et geste du bras vers SYED)
02		Oui mais cet été ?
03		(SYED qui regardait des feuilles sur le bureau regarde EDUC)
04		(MED fait des mouvements avec ses bras)
05		(MED regarde SYED)
06	MED	[Cet été euh...]
07		(SYED regarde MED)
08		(EDUC fait un geste des bras moins prononcé mais similaire à MED)
09	EDUC	[Comment c'est] (.) Cet été par exemple
10	MED	(regarde EDUC)
11		C'est parce qu'il avait pas l'ordonnance
12		(EDUC regarde MED)
13	EDUC	Ouais
14	MED	Et parce qu'il avait pas (.) il avait pas anticipé
15	SYED	Ah oui
16		(regard rapide de MED vers SYED)
17		(regard rapide d'EDUC vers SYED)
18		(regard de MED vers EDUC et gestes avec les bras)
19		(regard d'EDUC vers MED)
20	MED	Moi je fais toujours des ordonnances de trois mois
21	EDUC	Et oui
22	MED	(gestes)
23		Bah je vais dire d'ha... [d'habitude des patients ça m'est jamais arrivé] ça (.)
24	SYED	[Novembre tu m'as donné un mois]
25		[avant]
26	MED	[c'est] bien qu'il y a un problème
27	EDUC	oui
28	SYED	[(son ou mot inaudible)] (masqué par la voix de MED)
29	MED	[Des patients] (.) moi j'en suis plein des patients
30	EDUC	Oui (.) oui
31	MED	(gestes avec ses bras)
32		Ils ils s'arrangent toujours quand ils voient que ils arrivent à la dernière boîte (.)ils vont à la pharmacie(.)[voilà(.) c'est à eux] de penser (.) à
33	SYED	[(phrase inaudible)] (masqué par voix de MED)

J'invite Syed, verbalement, à raconter les problèmes qu'il a rencontré cet été concernant sa prise de traitement (02), en orientant mon regard vers lui et en le désignant de la main (01), telle une invitation à s'exprimer. J'attire son attention (03) et j'oriente l'attention du médecin vers lui (05). On peut voir ici une forme de sollicitation de la participation interactive, avec une volonté de ma part de distribuer la parole en direction de Syed, mais l'orientation que je cherche à donner vire rapidement à l'échec. La médecin « prend les commandes » de l'interaction et focalise l'attention sur elle-même. Son comportement visible (04) et la réponse qu'elle apporte à la place de Syed (06-11) montrent le type de participation et d'engagement qu'elle veut susciter. On peut

supposer que mes gestes, en miroir des siens (08), redirigent son attention vers moi-même (10), alors qu'elle regardait Syed un peu plus tôt (05). A partir de la ligne 10 et jusqu'à la fin de cette séquence (et même une trentaine de secondes après), on observe une relégation (temporaire) du « statut participatif » de Syed (Goffman, 1987, p.147). Ce qui est fortement marqué par l'usage de la troisième personne par la médecin (11-14), en plus de l'orientation de son regard (10). Je deviens, du point de vue du médecin, « le participant ratifié » (Goffman, 1987, p.140, Joseph, 2009, p.66) alors que Syed est « marginalisé » (Ticca et Traverso, 2005). Il n'est pourtant pas désengagé des échanges et parvient à recadrer très temporairement (15 à 17), timidement soutenu par mon regard (17). La médecin recadre à son tour et me ratifie à nouveau comme destinataire des propos échangés (18-19). Les nombreuses tentatives verbales de Syed de reprendre place dans le cadre de participation, en chevauchement avec le médecin, sont vaines (24-25-28-33). Il essaie notamment d'exprimer son désaccord sur la présentation que fait la médecin de sa manière de travailler (20), mais son intervention en chevauchement du médecin n'est pas entendue (24). On remarque également qu'à chacune de ces manifestations verbales, il relève la tête et tente de capter du regard l'attention du médecin. A chaque fois aussi, ses tentatives de capter l'attention échouant, il baisse la tête et le regard sur la feuille qu'il tient dans ses mains. En clôture de cet extrait, on remarquera que je suis le destinataire de ce qu'on peut considérer comme un conseil de la part du médecin concernant l'observance thérapeutique (32). On peut essayer de comprendre la position du médecin en décelant les enjeux qui l'animent. On voit qu'elle cherche à montrer (convaincre ?) qu'elle fait bien son travail (20) et, qu'habituellement, tout se passe bien (23, 29, 32)⁹⁶. Elle veut argumenter que le problème n'est pas de son fait et qu'il en va de la responsabilité du patient (« il avait pas anticipé », ligne 14, « ils vont à la pharmacie », « c'est à eux de penser... », ligne 32). Alors que Syed et moi cherchons à clarifier, tous ensemble, ce qui a dysfonctionné l'été dernier pour agir différemment dans le futur, la médecin ne poursuit pas les mêmes objectifs. Elle me désigne comme le destinataire des remarques qu'elle formule, elle « compose » un énoncé que je devrais restituer au patient. Ce qui laisse supposer que de son point de vue, ce sera à moi d'expliquer après la consultation, à Syed, comment il convient de faire.

L'observation fine de cet extrait permet de révéler ce qui participe, d'un point de vue interactionnel, de la « marginalisation » (Ticca et Traverso, 2015) d'un des acteurs. L'accompagnant que je suis, bien qu'animé par le souci d'encourager la parole des personnes que j'accompagne, participe de la relégation participative de Syed⁹⁷. « Pris » par certaines contraintes de l'interaction (notamment, la médecin qui « domine » la distribution et l'orientation de la participation), ma présence invisibilise le patient momentanément. Syed ne parvient pas à attirer l'attention, ou la médecin et moi-même

⁹⁶ On semble voir apparaître ici certaines difficultés inhérentes aux relations de service, dont parle Goffman, concernant l'inquiétude et la suspicion qui peuvent naître (1968, p.390-391). La médecin peut penser : « le patient et son accompagnant me font-ils confiance ? Ont-ils l'impression que j'ai mal fait mon travail ? »

⁹⁷ Syed est alors traité momentanément comme une « non-personne » (Heath, cité par Ticca et Traverso, 2015, p.49). Goffman parle de « traitement impersonnel », ou « tout se passe comme si l'individu était là comme un objet banal que quelqu'un aurait laissé et non comme une personne » (1968, p.395-396).

y sommes insensibles ou involontairement ignorants. Les tentatives répétées de Syed pour ré(intégrer) le cadre de participation montrent que la situation n'est pas jugée acceptable de son point de vue.

3.2. Réajuster du regard

A la différence de l'extrait précédent, le prochain extrait illustre une réintégration du cadre de participation de Yassin, un stagiaire de l'ESRP. A ce moment de la consultation, la médecin vient de demander au stagiaire s'il « *est déjà allé à l'hôpital* » puis « *s'il s'est déjà fait opérer* ». Il arrive à faire comprendre (notamment en montrant l'endroit de l'opération sur son corps) qu'il s'est fait opérer au niveau de l'aine au Pakistan. Puis il raconte qu'il a dû se rendre dans « *un grand hôpital à Peshawar* », où il est resté un mois pour soigner ses yeux, suite à « *une bagarre des talibans* ». Au moment où nous débutons l'analyse de l'extrait, l'infirmière vient de demander à Yassin s'il a déjà consulté un « *médecin spécialiste des yeux* » en France. Il répond par la négative, l'infirmière note sur son cahier, puis il prend à nouveau la parole.



Clef USB : VIDEO 13 Partie 2 Chap 3.2

Enregistrement vidéo du 23 septembre 2022 – 11 jours après le début de la formation

Time code : 12:58 à 13:13

Stagiaire : STG ; Médecin : MED ; Infirmière : IDE

01	STG	(regarde IDE)
02		J'ai besoin c'est moi un peu c'est... [les yeux]
03		(amène sa main devant son œil et bouge les doigts)
04		(IDE arrête d'écrire et regarde STG)
05	IDE	(faible intonation, regarde vers son bureau)
06		[ce serait] peut-être bien qu'il eu...
07		(IDE regarde vers son bureau, prend un crayon et écrit sur son cahier)
08	MED	(faible intonation, regarde son ordinateur) Ouais
09		(STG regarde toujours en direction de IDE)
10	STG	Les yeux c'est un peu...(.) ce soir [c'est
11		(lève légèrement le bras droit)
12		(MED détourne son regard de l'ordinateur et regarde en direction de IDE)
13		(IDE regarde MED)
14	MED	(faible intonation)
15		[(mots inaudibles) ophtalmo ?
16		(STG regarde IDE)
17	IDE	(faible intonation)
18		Euh j'peux... (détourne son regard vers STG) j'vais regarder sur doct (.)
19		Pardon (léger signe non de la tête)
20		(avance légèrement le haut de son corps vers STG)
21	STG	[Oui]
22	IDE	[Vous] disiez quoi ?
23	STG	(gestes au niveau des ses yeux et du haut de son corps)
24		Y'a pas de beaucoup

Yassin, qui veut exprimer qu'il a quelques problèmes au niveau des yeux et le besoin de consulter un ophtalmologue, parvient à attirer l'attention de l'infirmière qui abandonne son activité pour le regarder (04). A ce moment, Yassin la regarde (01) et lui montre qu'il est bien en train de s'adresser à elle. Le geste déictique devant ses yeux (03) et sa prise de parole (02) contribuent à inciter Justine (infirmière) à le regarder.

Mais son attention envers Yassin est de courte durée. Très vite, elle se désengage. Habitée à parler à voix haute aux stagiaires, elle s'exprime en chevauchement de Yassin (06) en changeant d'intensité de voix (05). Son changement d'orientation de regard et sa reprise d'activité initiale (07) montrent le désengagement temporaire à ce que lui dit Yassin. On a l'impression à ce moment (05, 07) qu'elle est déjà en train de penser à l'organisation de la prise de rendez-vous chez l'ophtalmologiste. Elle est participante ratifiée et adressée par Yassin mais inattentive à ce qu'il lui dit. Le changement de cadre de participation opéré par l'infirmière est bien marqué : changement d'intensité de la voix (05), réorganisation de l'orientation des corps (05, 07, 12, 13), emploi du 'il' (06). Ces marqueurs de changement de cadre font sens pour la médecin, qui n'a pas besoin de regarder sa collègue pour comprendre qu'elle s'adresse à elle et lui répondre (08). Ce qui montre une certaine habitude à fonctionner ainsi⁹⁸. Yassin maintient son regard en direction de l'infirmière (09), sollicite à nouveau l'écoute en reformulant sa question initiale (10), accompagné d'un geste (11). La médecin interrompt l'énonciation de Yassin, en chevauchement (14). Les positions qu'adoptent les deux professionnelles (12-13-14-17) excluent le stagiaire du regard et rendent son écoute impossible ou difficile.

A l'image de ce que faisait le patient dans l'extrait précédent, Yassin tente verbalement de réorienter l'échange dans sa direction (10). Ce qui ne lui permet pas d'être à nouveau adressé. Mais en maintenant son regard vers l'infirmière tout au long de l'échange qu'elle a avec sa collègue (figure 6, image 1, *infra*), il parvient à réintégrer le cadre de participation (lignes 19 à 24), marqué par une réparation de l'infirmière (19) puis une orientation du corps de cette dernière en direction de Yassin (20).

⁹⁸ Les changements de cadre de participation sont fréquents dans l'ensemble de mon corpus vidéo. Le problème étant que ce sont presque exclusivement les réfugiés qui se retrouvent « non adressés » et « marginalisés », de façon plus ou moins fréquente. Il s'instaure de manière assez récurrente des conversations où l'intercompréhension est limitée aux professionnelles. En visionnant ce type d'extraits avec elles, l'infirmière exprimait qu'elle avait l'impression « *qu'elles ne se permettaient cela qu'avec les FLE* » (il serait intéressant de comparer avec des consultations avec des stagiaires francophones), tout en exprimant qu'elle « *ne s'était pas rendu compte* » qu'elle « *faisait ça* ». La médecin me demandait si je trouvais que « *c'était un problème* ». Le changement de cadre s'opère bien souvent lorsque l'une des professionnelles se pose la question de réaliser ou non une tâche future (comme c'est le cas ici), comme si elle demandait conseil à sa collègue. J'ai également remarqué ces changements de cadre lorsqu'elles abordent des sujets délicats où par exemple, elles ne sont pas certaines de parler de quelque chose dont le stagiaire est au courant. Une analyse plus approfondie des conditions de changement de cadre serait intéressante.

Figure 6. Capture d'écran, consultation médicale



#1. Tout au long de la séquence, y compris lorsque l'infirmière et la médecin ont restreint le cadre de participation, Yassin maintient un engagement visuel en direction de Justine.

Dans cet extrait, en utilisant les canaux verbal, visuel et gestuel, Yassin encourage le réajustement du regard et du corps de Justine. Il maintient son engagement dans l'interaction après une marginalisation temporaire. Participer, c'est notamment maintenir et manifester sa présence par un regard prolongé, pour (re)mobiliser, (ré)orienter l'autre.

3.3. Interagir « par prises » et prendre « position »⁹⁹ : des pratiques d'attention

L'extrait ci-dessous, toujours à l'ESRP, se déroule après 17 minutes environ de consultation. Par la première question qu'elle pose, la médecin introduit une séquence qui va durer environ 16 minutes, et dont nous observons ici la mise en route. L'objectif du médecin est de récolter des informations de santé générale auprès du stagiaire (opérations passées, allergies, hygiène de vie, vue, antécédents familiaux, etc.).

▶ Clef USB : VIDEO 14 Partie 2 Chap 3.3
Enregistrement vidéo du 3 octobre 2022 – 11 jours après le début de la formation
Time code : 16:49 à 17:39
Stagiaire : STG ; Médecin : MED ; Infirmière : IDE

- | | | |
|----|-----|--|
| 01 | MED | Est-ce que vous avez déjà été (.) opéré ? (.) Chirurgie ? (articule un peu plus lentement les deux derniers mots) |
| 02 | | (INF regarde MED au début de sa phrase, puis elle regarde STG) |
| 03 | | (INF reprend son activité de lecture de documents médicaux et de retranscription sur son ordinateur jusqu'à la fin de la séquence) |
| 04 | | (silence de 2s) |
| 05 | STG | (mot difficile à comprendre) c'est où ça ? (faible intonation) |
| 06 | MED | Au Soudan (balancement de la main derrière puis devant elle) ou en France |

⁹⁹ La position est définie par Erving Goffman comme « l'attitude que nous prenons à l'égard de nous-mêmes et des autres présents, telle qu'elle s'exprime dans la manière dont nous traitons la production ou la réception d'une énonciation » (1987, p.137-138).

07	STG	Non (.) (mot difficile à comprendre) pas ça.
08	MED	Pas de chirurgie ? (léger signe de la main, signe de la tête non)
09	STG	(mots difficiles à comprendre) (faible intonation)
10	MED	Vous comprenez ?
11	STG	Non (mots difficiles à comprendre) (faible intonation, léger signe de tête laissant comprendre que non)
12	MED	(à faible intonation) Non
13		Vous parlez quelle langue ?
14	STG	Arabe
15	MED	Arabe
16		(silence de 1s) (MED tape sur son clavier d'ordinateur pour rechercher la traduction littéraire du mot opération)
17	STG	Par contre moi pas lire hein (intonation plus forte)
18		(lève légèrement la main gauche, lève les sourcils et incline légèrement la tête)
19	MED	Vous lisez pas ? (léger signe de tête « non »)
20	STG	Non pas lire
21	MED	Ok (.) Euh alors
22		(pianote sur son clavier, recherche des photos illustrant une opération et oriente son ordinateur vers STG)
23		Est-ce que vous avez déjà été (.) opéré ? (.) chirurgie ?
24		(marque un nouveau ralentissement du rythme à « opéré ? (.) chirurgie ? »)
25		(montre les photos sur l'ordinateur)
26	STG	Non (signe de tête « non »)
27		(silence de 3s) (MED retourne l'ordinateur vers elle)
28	STG	Là comme ça ? Après là comme ça ?
29		(geste de main de bas en haut sur son corps pour mimer une opération)
30	MED	Oui
31	STG	Non
32	MED	Non
33		Là (utilise ses deux main sur son corps pour mimer une opération)
34	STG	Non
35	MED	Non (faible intonation)

Colombe (médecin) utilise plusieurs procédés pour introduire et faire comprendre sa question : elle reformule¹⁰⁰ (« opéré », « chirurgie »), marque un temps d'arrêt avant et entre ces deux formulations, ralentit le rythme de sa voix (ligne 01). Si Salim répond une première fois à la question (ligne 07), ses marques d'hésitation (lignes 04 et 05) semblent interroger la médecin quant à la compréhension de son interlocuteur. Elle aurait pu se satisfaire du « non » (07), mais elle repose finalement sa

¹⁰⁰ Je me contente d'emprunter la définition de Robert Vion de la reformulation, comme une « reprise avec modification de propos antérieurement tenus » (Piccoli, 2023, p.101). Toutefois, la reformulation renvoie à de multiples définitions et pratiques (explication, traduction, résumé, etc.). L'article de Véronique Traverso, sur les interactions en consultations médicales avec des migrants, rend compte de cette diversité des approches et pratiques (Traverso, 2017). Je rejoins en partie les observations de l'autrice pour qui, sur ses terrains d'enquête, les reformulations plurilingues et multimodales sont très fréquemment employées pour faciliter l'intercompréhension. Je fais le même constat pour les travailleurs sociaux du dispositif ASBPI, lors d'accompagnement aux rendez-vous médicaux ou en entretien duel avec les réfugiés. Au centre de formation, les reformulations sont moins diversifiées. J'observe principalement des reformulations multimodales (c'est-à-dire une reprise verbale accompagnée par exemple d'un geste, de la mobilisation d'un téléphone, etc.). Mon hypothèse ici est que moins les professionnels sont confrontés aux rencontres avec des migrants peu ou pas francophones, moins ils diversifient leurs pratiques, notamment de (re)formulation. Cette hypothèse mériterait d'être d'avantage approfondie.

question de façon plus courte tout en mimant de la tête la réponse précédemment apportée par Salim (08). La réponse du stagiaire est inaudible, notamment parce que le ton de sa voix est faible, de l'ordre du chuchotement (08). Ce qui semble confirmer les doutes du médecin sur l'intelligibilité de sa question, cette dernière demandant alors à Salim s'il a compris (10). Maintenant assurée de l'incompréhension du stagiaire (11), ce qu'elle lui signifie d'ailleurs (12), elle prévoit de traduire sur son ordinateur la question qu'elle souhaite poser (13 à 16). Salim anticipe la stratégie du médecin qu'il sait inefficace en l'informant qu'il ne sait pas lire (17). On peut voir ici selon moi « une trace » de ses expériences passées, et aussi (peut être en conséquence) sa capacité à comprendre ce qui se passe de façon très précise. Il adopte pour la première fois de la séquence une expression verbale et gestuelle différente (17-18, image 3, *infra*), marquée par une expression du visage particulière, un léger mouvement de tête vers l'avant, d'un bras et des doigts. Jusqu'alors peu expressif (image 2, lignes 5-7-9), son attitude marque un changement d'engagement dans l'interaction (image 3).

Figure 7. Captures d'écrans, consultation médicale



#2. Jusqu'à la ligne 16, Salim a une posture fixe, une faible intonation, une expression verbale souvent inaudible et les yeux régulièrement vers le sol



#3. Salim exprime son incapacité à lire, lève légèrement un bras et les doigts, avance légèrement sa tête, lève les sourcils

Après lui avoir demandé confirmation de son incapacité à lire (19), la médecin se tourne vers une nouvelle ressource (toujours à l'aide de son ordinateur), elle cherche des images (22). Puis, en les montrant à Salim (ligne 22, elle tourne son ordinateur), elle reformule sa question (reformulation en ligne 23). Elle réduit le rythme vocal (24), pour reposer la question initiale (01, 23), cette fois soutenue par les images qu'elle montre. La réponse de Salim (26) semble prononcée avec assurance (renforcée par un signe de tête), puis c'est à son tour de reformuler la question initiale à sa manière (28), en l'accompagnant de gestes sur son corps (29), mettant ainsi en œuvre une stratégie non encore utilisée par la médecin, qui consiste à faire des gestes déictiques et métaphoriques sur son corps (ici un geste d'incision de haut en bas). Il cherche ici à s'assurer qu'il a bien compris la question du médecin, ce que cette dernière lui confirme (30). Salim confirme ainsi (31) la réponse qu'il a apportée plus tôt (26). La médecin accuse réception de cette confirmation (32) puis, à nouveau, elle redemande confirmation au stagiaire en s'appropriant, en miroir, la ressource gestuelle de Salim

(ligne 33, elle n'avait pas fait de geste sur son corps jusqu'à présent). On observe également qu'elle reformule son énoncé source (« est-ce que vous avez déjà été opéré ? Chirurgie ? » (01-23) → « là » (33)) en s'appropriant le dialecte utilisé plus tôt par Salim (28). L'échange se termine par une ultime confirmation de Salim (34), ce qui permet à Colombe de clôturer la séquence (35).

L'observation de ce court extrait nous montre une coopération progressive entre la médecin et le stagiaire, à la fois pour définir *in fine* une association de ressources qui leur convient le mieux pour communiquer, et pour s'accorder sur un degré (difficilement mesurable) d'intercompréhension qui les satisfait tous les deux. Pour que l'échange arrive à son terme, et notamment pour que les participants s'accordent sur le sens que chacun donne aux propos de l'autre, on observe une négociation plutôt longue au fil des échanges, qui passe par une co-construction de procédés plus ou moins utiles à chacun.

Au départ, et jusqu'à la ligne 15, on observe finalement peu de variété de ressources mobilisées par les deux acteurs. La médecin, pourtant soucieuse de la fragilité de Salim quant à sa compréhension du français (on voit qu'elle prend dès le début en ligne 01 des précautions pour rendre ce qu'elle dit intelligible), diversifie d'abord peu les ressources qu'elle lui propose pour se comprendre. Les premiers tours de parole ne lui permettent d'ailleurs pas d'avoir une réponse de la part du stagiaire qu'elle juge acceptable. Je dis acceptable puisque Salim lui apporte pourtant une réponse une première fois (07), qui pourrait clore ce moment de discussion. Mais Salim montre son hésitation par la position qu'il adopte temporairement, ce qui ne convainc pas la médecin d'en rester là. L'attitude du stagiaire en début d'échange conduit la médecin à sans cesse se soucier de la validité qu'elle accorde elle-même à la réponse du stagiaire. On devine une évaluation sensible de la part de Colombe concernant la position de Salim, qui l'amène à lui demander plus explicitement s'il a compris sa question (10).

Salim ne reste pas passif dans l'échange. D'abord en conservant une position neutre qui amène la médecin à renouveler ses procédés à chaque tour de parole, puis en changeant significativement de posture (image 3) pour affirmer cette fois-ci que la traduction est inadaptée pour lui. Les positions du stagiaire, ses manières d'apparaître, tout comme l'attention que porte la médecin à celles-ci, sont déterminantes, puisque c'est ce qui permet d'alimenter la dynamique de propositions/co-construction de procédés. La médecin peut réviser à nouveau sa stratégie. L'utilisation d'une photo, associée à des codes vocaux permet une première réponse de Salim, qui s'assure plus tard d'avoir bien compris la question en reformulant à son tour, par la parole et les gestes. Il y a comme un renversement en cette fin de séquence (28), puisque c'est Salim qui cherche à valider la question du médecin, en mobilisant et combinant des ressources qui n'avaient pas encore été utilisées jusqu'alors (double reformulations associée à des gestes déictiques et métaphoriques). La médecin, sensible aux ressources mobilisées par le stagiaire, les utilise à son tour, en miroir.

L'observation de cette coopération progressive nous permet finalement de comprendre quelles ressources sont plus utiles pour l'intercompréhension des acteurs. L'observation fine de l'interaction dévoile les capacités respectives des interactants. Tous deux font sens de procédés discrets coproduits. Dans cet extrait, il n'y a pas à proprement parler de malentendu¹⁰¹, mais plutôt un flou diffus autour du sens que chacun accorde aux questions et réponses de son interlocuteur. La recherche intense et négociée d'un sens commun donne à voir une palette de stratégies, de compétences et de pratiques en train de se faire. On remarque dans cet extrait que la progression de la co-construction de procédés (formulations, reformulations, gestes déictiques et métaphoriques, supports électroniques) est plutôt longue et demande à chacun des attentions minutieuses sur ce que l'autre dit et fait. L'intercompréhension se construit par une série de propositions réciproques de procédés, où chacun est libre de se saisir de l'un, l'autre ou une partie de ces procédés. Ne pas s'en saisir est aussi un acte de coopération qui permet un renouvellement, une nouvelle création. La réussite n'est jamais garantie et l'efficacité des ressources mobilisées s'observe au fil de l'interaction : « chacun a attendu que quelque chose de plus soit dit afin de saisir ce qui avait été dit précédemment, et chacun a semblé disposé à attendre ainsi » (Garfinkel, 2020, p. 103). C'est finalement après un long bricolage opéré par les deux acteurs que ces derniers se mettent d'accord sur ce que le médecin demande et sur la réponse apportée par le stagiaire.

L'activité du médecin révèle un caractère sensible : son attention à la position de Salim au début de l'entretien est essentielle, comme la prudence avec laquelle elle reçoit les premières réponses du stagiaire. L'expression de la parole de Salim est ici considérée par la médecin en fonction des conditions de son énonciation. Je veux dire par là qu'elle est attentive et considère le caractère insécurisant de la situation pour Salim dans la prise en compte et la valeur accordée à son expression. Notamment en ne se contentant pas des premières réponses apportées par Salim. La parole, les gestes, les attitudes comptent. On observe, à mon sens, des pratiques d'attention, possibles par « une capacité perceptive » des acteurs, qui s'inscrivent dans des pratiques de *care* (Laugier, 2009, p. 174).

Les difficultés qu'éprouvent Salim et Colombe à se comprendre et à rendre la situation intelligible s'amenuisent au fur et à mesure qu'ils progressent et co-construisent l'interaction. La médecin clôture la séquence après de multiples procédés construits réciproquement visant à s'assurer au mieux de la validité du sens de ce qui est dit et fait par Salim (l'inverse est valable également). Pour ce faire, il leur est nécessaire d'y accorder du temps. On remarquera d'ailleurs que les silences (lignes 04, 16, 25 et 27) peuvent être interprétés comme des moments essentiels pour Salim, à la fois pour « digérer » ce qui vient de se dire ou de se passer, mais aussi pour réfléchir à la façon de construire son prochain tour de parole. Comme nous l'avons vu précédemment,

¹⁰¹ Si on considère ici le malentendu défini par Véronique Traverso comme une « divergence interprétative entre au moins deux locuteurs, dont au moins un n'en est pas immédiatement conscient » (Berthoud, 2016, p.4).

l'engagement du temps, l'aptitude à accorder du temps à autrui, semblent indispensables à la mise en œuvre d'une relation d'aide soucieuse de l'autre.

Cette seconde partie nous montre l'hétérogénéité des manières de concevoir et de recevoir l'aide en interaction. En observant au plus près les pratiques des participants, on voit combien la collaboration des acteurs engagés dans la relation d'aide et de soin est complexe. La coopération entre aidants et aidés se fait dans la longueur et l'incertitude, elle appelle une attention collective au discret et au sensible. L'attention aux manières d'apparaître semble toute aussi importante que l'attention au discours. Les acteurs se saisissent et se font sensibles de « petits riens ». Ils progressent « à tâtons » pour construire l'intelligibilité de leurs actions respectives.

L'analyse met aussi en évidence les précautions que prennent les acteurs à valider ce que l'autre dit, ce qu'il fait. Par des procédés variés, chacun tente de s'assurer de la compréhension de l'autre, en ne se contentant pas toujours des premières réponses apportées. Si cette dernière affirmation peut être portée à toute interaction y compris lorsque les interactants parlent la même langue, il semble néanmoins que l'incertitude omniprésente dans le cas de rencontres plurilingues renforce la quête de la fidélité des propos de chacun des acteurs. En ce sens, je postulerai que le malentendu renforce un « agir ensemble ».

L'analyse montre aussi les fragilités de la relation d'aide. Les tentatives d'agir des réfugiés en interaction sont discrètes et souvent empêchées. Parce que leurs ressources langagières sont limitées pour s'exprimer, mais aussi parce qu'il s'exerce diverses formes de contraintes, plus ou moins fortes, de la part des professionnels. Nous avons observé quelques situations où des indices pratiques apparaissent pour « empêcher l'empêchement ».

On peut faire le pari que c'est en multipliant ce type d'observations fines des interactions que l'on peut mieux comprendre ce qui participe du pouvoir d'agir et rendre visible les « micro-formes » d'empêchement à agir. C'est en mettant en lumière ces indices discrets et ténus que l'on peut déceler les leviers pratiques en interaction permettant de promouvoir le pouvoir d'agir des réfugiés. C'est également par une analyse réflexives des expériences que l'on peut imaginer déployer des routines d'action qui participent d'un travail de *care* et d'hospitalité, à réexpérimenter.

Conclusion

J'ai débuté cette recherche avec une volonté de désépaissir un voile brumeux qui entourait mes propres pratiques professionnelles. Je percevais du « flou », difficile à décrire, dans mes accompagnements et mes interactions quotidiennes avec les personnes réfugiées. Comme une vague impression de « trouble » dans la relation d'aide. Ni mes expériences quotidiennes avec le public, ni les nombreuses discussions avec mes collègues ne me permettaient de dissiper ce brouillard ambiant. Ou plutôt, je n'étais pas équipé pour lire différemment les situations qui s'offraient à moi quotidiennement et auxquelles je participe toujours.

C'est ce que permet l'enquête sociologique : s'équiper pour comprendre différemment ce que nous faisons et ce que nous vivons.

J'ai compris au fil de la recherche et grâce à l'écriture d'où venaient ces difficultés à penser différemment mes propres pratiques. En observant « de haut » et en discutant de mes expériences sous les registres de l'inégalité, de la contrainte institutionnelle, de l'empêchement, j'occultais complètement l'agentivité et les capacités créatives que les personnes réfugiées, mes collègues et moi-même sommes capables de mettre en œuvre. Garfinkel dirait probablement que je nous prenais pour des « idiots culturels » (2020, p.140). L'observation surplombante des situations permet peu de rendre compte des façons dont les acteurs coopèrent. Pire encore, elle occulte les capacités et savoirs pratiques mobilisés par les acteurs pour agir et infléchir le cours des choses. Autrement dit, l'enquête m'a invité à regarder les choses « par le bas » et m'intéresser à un aspect élémentaire de mon travail : la relation.

C'est l'un des enseignements principaux que je retiendrai de mon travail de recherche. Se faire enquêteur du trouble en descendant au plus près des acteurs, de leurs pratiques et du vécu de leurs expériences, pour entrevoir le champ des possibles d'action. Mais encore faut-il apprendre à voir et, comme je le disais plus tôt, savoir s'outiller pour voir différemment les choses que nous considérons comme connues, routinières, ordinaires. Pour ce faire, j'ai fait le choix de concilier deux perspectives : l'une s'intéressant au sens que les acteurs expriment à propos de leurs expériences, l'autre s'attachant à l'observation et la description en détail des accomplissements de ces mêmes acteurs.

La mobilisation de l'ethnographie, dans une approche pragmatique et inductive, m'a permis de me dépareiller de mes présuppositions et de me défaire d'un certain déterminisme des « choses en train de se faire ». J'ai ainsi repensé ce que je tenais pour acquis et mis en doute une certaine évidence des choses telles que je les faisais. Aussi, le choix méthodologique de m'inspirer de l'interactionnisme et de l'ethnométhodologie m'a permis « de pénétrer la dimension intime » (Barthélémy, Quéré, 2020, p.18) de l'expérience et d'apprendre à voir les activités et savoirs pratiques en interaction.

L'analyse de mes données doit également se voir comme le fruit d'un travail collectif et participatif. Tout au long de l'enquête, j'ai partagé avec les enquêtés mes questionnements, mes observations, parfois des extraits de mes écrits. Les entretiens menés avec les enquêtés ont permis qu'ils s'expriment sur leurs expériences vécues mais également sur mes propres réflexions. Pour les entretiens en présence d'interprètes professionnels, je leur ai laissé une grande liberté d'intervenir de façon à ce qu'ils ne limitent pas leur activité à la traduction, mais qu'ils alimentent également nos échanges sur l'enquête. J'ai aussi proposé à des interprètes d'échanger directement ensemble sur leurs expériences et sur mes pistes de réflexion. L'analyse proposée dans ce mémoire est le résultat de ces nombreux allers-retours entre mes propres observations et le regard critique des enquêtés sur celles-ci. En s'appuyant sur un même matériau, les analyses entre nous se rejoignaient ou se contredisaient parfois, remettant en question mes propres observations. L'analyse s'est construite ainsi, par de multiples regards et une réflexion collective sur les données recueillies.

Dans cette approche de rendre l'enquête participative, les enregistrements vidéo ont été d'un appui précieux. Les entretiens en autoconfrontation permettaient de s'appuyer sur des données observables et, disons, lisibles pour les réfugiés. En début d'enquête, il était difficile de discuter des pratiques en interactions en lien avec la santé, en faisant référence à des expériences passées à partir du discours et des souvenirs des réfugiés. Ces discussions étaient bien utiles pour recueillir le sens que les réfugiés donnaient à leurs expériences, beaucoup moins pour accéder à une description des pratiques. Les entretiens en autoconfrontation des vidéos sont venus au service de la participation des enquêtés. Si je devais renouveler l'expérience de l'enquête par enregistrement vidéo, j'opterais pour quelques changements de méthodes. D'une part, je laisserai l'accès des données aux enquêtés concernés en leur proposant de choisir eux-mêmes les extraits à analyser. Puis, à l'instar de certaines recherches, on pourrait imaginer les personnes choisir elles-mêmes les moments où elles enregistrent.

Pour terminer sur le cadre analytique, je voudrais aborder au moins deux « angles morts » de l'enquête.

Le premier concerne la question des pratiques lorsque l'interaction est également médiée par un interprète (aussi bien dans l'enquête que dans les situations relatives à la santé des réfugiés). L'enjeu est de taille puisqu'il paraît difficilement acceptable de traiter les questions d'accueil et l'hospitalité sans parler de la langue¹⁰². Tout au long de l'enquête j'ai documenté des questionnements sous-jacents au recours à l'interprétariat : méfiance et préjugés des professionnels de santé et médico-sociaux, enjeux d'un partage des pratiques respectives, confiance en l'interprète à (re)trouver pour les réfugiés, co-traduction des interprètes et des requérants sur les émotions des réfugiés, référence à un principe d'impartialité du côté des interprètes qui pose question. Je n'ai pas eu le

¹⁰² Pour Jacques Derrida (1997, p.21), la question de l'hospitalité commence par celle du langage : « (...) devons-nous demander à l'étranger de nous comprendre, de parler notre langue, à tous les sens du terme, dans toutes ses extensions possibles, avant et afin de pouvoir l'accueillir chez nous ? ».

temps de finaliser la rédaction de cet axe d'analyse. Ce travail est prévu dans les semaines à venir, toujours en collaboration avec les interprètes professionnels de l'association Osiris.

Le second « angle mort » de l'enquête concerne également la langue, ainsi que les systèmes d'interprétation des réfugiés, cette fois-ci au prisme de la culture. Pour éclairer cette facette de la santé des réfugiés, il aurait été intéressant de mobiliser l'ethnopsychiatrie. Avec les réfugiés enquêtés, nous avons parfois discuté de leurs expériences passées en matière de santé, dans leur pays d'origine notamment et des décalages vécus depuis leur arrivée en France concernant notre système de santé. Mais j'ai abordé ces questions en entretiens de façon très sommaire. C'est un regret, et j'espère pouvoir à un autre moment approfondir cet aspect, lui aussi passionnant.

On l'aura compris, l'expérience interactionnelle est au cœur de mon analyse. L'étude montre qu'avant d'être considérée comme une épreuve inextricable, l'expérience de la rencontre et de l'altérité est avant tout une épreuve dans le sens pragmatique du terme : un lieu de partage de capacités et de fragilités, où se (re)jouent de façon créative les manières de faire. C'est à la condition de considérer ainsi la rencontre que l'on peut alors imaginer voir se déployer des possibles d'agir entre acteurs. C'est aussi par la répétition des situations d'interaction, et un regard réflexif sur celles-ci, que peuvent s'instaurer des routines d'action soucieuses des vulnérabilités et des capacités des acteurs les plus « affaiblis ». La rencontre s'entend alors comme lieu d'expérimentation et de coopération, où s'appréhendent des manières d'agir.

Comme nous l'avons vu en première partie du mémoire, dans le cas particulier des relations d'aide et de soin, j'ai analysé le sens que les acteurs donnent à leurs expériences de rencontres au prisme de l'épreuve. La rencontre est la scène d'un partage de fragilités où les personnes sont parfois insécurisées et les professionnalités menacées. Les effets troublants de la rencontre exolingue semblent d'autant plus importants lorsque l'expérience est nouvelle pour l'un, l'autre, ou l'ensemble des acteurs. Pour les professionnels du médico-social et de santé, leurs manières habituelles de faire leur métier sont bouleversées. On pourrait parler, en s'inspirant toujours de Garfinkel, d'un « *breaching* » non délibéré (Le Breton, 2012, p.154). Les routines d'action habituelles ne fonctionnent plus. La configuration triangulaire de l'interaction, entre réfugié, accompagnant et médecin, participe également du trouble dans les places de chacun.

On aperçoit également tout au long de l'enquête que la rencontre avec l'autre (réfugié, étranger), par son caractère parfois inhabituel, devient une expérience à craindre, voire à éviter. Si nous nous situons du point de vue du professionnel accompagnant (qu'il s'agisse d'un travailleur social du dispositif ASBPI ou de l'infirmière de l'ESRP par exemple), on peut se permettre d'avancer qu'il a un rôle important à jouer pour ce qu'on pourrait appeler une « ordinarisation » de la rencontre. La proximité que

réfugiés et soutiens ont instauré font souvent de ces derniers des alliés précieux et désignés par les premiers, pour affronter les épreuves de l'accueil. Par sa connaissance supposée de deux mondes qui s'ignorent ou se connaissent peu jusqu'alors (celui du réfugié, celui du médecin), les soutiens désignés peuvent se faire tisseurs de lien. Se situant à l'interface de ces deux mondes, ils participent alors de l'établissement d'une connexion entre acteurs, tous « pris » dans une même situation.

Pour soutenir le pouvoir d'agir de celui qu'il aide, le soutien doit se positionner comme promoteur du pouvoir dire. Une telle entreprise n'est pas évidente et, nous l'avons vu, confronte parfois des exigences et principes contradictoires entre acteurs. Reconnaître l'autre comme individu capable et vulnérable convoque des aptitudes à porter attention aux détails de la situation. C'est en ce sens que l'enquête invite à penser et revisiter les pratiques des travailleurs médico-sociaux en mettant au premier plan ce qui s'opère et s'observe en situations. Penser ainsi l'intervention des travailleurs sociaux invite à discuter des savoirs discrets et des pratiques d'attention. On peut imaginer qu'une telle réflexion puisse convoquer les théories du *care*. L'analyse interactionnelle semble être un outil précieux pour une approche réflexive des pratiques discrètes et sensibles qui s'opèrent en situation.

Conventions de transcription

- Les paroles prononcées sont en courrier normal, couleur de police noire.
- Les paroles incompréhensibles ou difficilement compréhensibles sont en courrier normal, couleur de police noire, entre parenthèses. Exemple : (mot difficile à comprendre).
- Les expressions para-verbales (gestes, mouvements de corps, indications sur l'intonation de la voix, orientation du regard et des corps, etc.) sont indiquées entre parenthèses et en couleur grise. Exemple : (STG baisse la tête et regarde vers le sol)

Notation	Phénomène	Exemple
?	Question	MED Pas de chirurgie ?
(.)	Pause courte, temps d'arrêt	STG Non (.) pas ça
(silence de x s)	Pause longue avec une indication de durée	STG Non (silence de 3s) Là comme ça ?
...	Hésitation, allongement d'un son	IDE Euh...
/	Parole interrompue (souvent parce que l'interlocuteur coupe la parole)	STG Toi après t / IDE (coupe la parole) Si demain par exemple
[]	Chevauchement (début et fin)	SYED [avant] MED [c'est bien] qu'il y a un

Bibliographie

Ouvrages et articles

ADAMI, Hervé et ANDRÉ, Virginie, (2014), « Les processus de sécurisation langagière des adultes : parcours sociaux et cursus d'apprentissage », *Revue française de linguistique appliquée*, Vol. XIX, p. 71-83. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-linguistique-appliquee-2014-2-page-71.htm>

AGIER, Michel, (2017), *Définir les réfugiés*, PUF Editions, Paris, 120 p.

AGIER, Michel, (2016), *Les migrants et nous. Comprendre Babel*, CNRS Éditions, Paris, 64 p.

ANDRÉ, Jean-Marie et AZZEDINE, Fabienne, (2019), « Les migrants bénéficient-ils (vraiment) d'un accès facile aux soins ? » dans ANDRÉ, Jean-Marie dir., *La santé des migrants en question(s)*. Presses de l'EHESP, Rennes, 120 p., p. 75-86. Disponible sur : <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/la-sante-des-migrants-en-questions--9782810908103-page-75.htm>

ANDRÉ, Virginie et BAILLY, Sophie (2007), « Comprendre et se faire comprendre : quelle(s) compétences(s) pour le natif français prestataire de service en situation exolingue ? », *Les enjeux de la communication interculturelle : compétence linguistique, compétence pragmatique, valeurs culturelles*. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00526136>

ASTIER, Isabelle (2007), *Les nouvelles règles du social*, PUF Editions, Paris, 208 p. Disponible sur : <https://www.cairn.info/les-nouvelles-regles-du-social--9782130557159.htm>

ASTIER, Isabelle et MEDINI, Arezki, (2019), « Transformation du champ social : éclatement et renouvellement du modèle », dans *Sociologie de l'intervention sociale*, Armand Colin, Paris, 176 p, p. 69-129. Disponible sur : <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/sociologie-de-l-intervention-sociale--9782200624491-page-69.htm>

BARTHÉLÉMY, Michel et QUÉRÉ, Louis, (2020), « Introduction. L'argument ethnométhodologique », dans GARFINKEL, Harold dir., *Recherches en ethnométhodologie*, PUF Editions, Paris, 476 p., p. 9-44. Disponible sur : <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/recherches-en-ethnomethodologie--9782130824787-page-9.htm>

- BEAL, Arnaud et CHAMBON, Nicolas, (2015), « Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes », *Rhizome*, n°55, p. 9-19. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2015-1-page-9.htm>
- BEAUD, Stéphane et WEBER, Florence, (2010). *Guide de l'enquête de terrain*, La découverte, Paris, 334 p., p. 5-46.
- BECKER, Howard S., (1985), *Outsiders: Études de sociologie de la déviance*, Éditions Métailié, Paris, 322 p. Disponible sur : <https://www.cairn.info/outsidere-9791022610452.htm>
- BECKER, Howard S., (2013), « De quel côté sommes-nous ? », [Présentation et traduction de FERNANDEZ, Fabrice], dans FASSIN, Didier dir., *La question morale*, PUF Editions, Paris, 624 p., p. 475-489. Disponible sur : <https://doi-org.bibelec.univ-lyon2.fr/10.3917/puf.fassi.2013.01.0475>
- BERTAUX, Daniel, (2016), « Du récit de vie », dans DE SINGLY, François dir., *Le récit de vie*, Armand Colin, Paris, 128 p., p. 38-50. Disponible sur : <https://www.cairn.info/le-recit-de-vie--9782200601614-page-38.htm>
- BERTHOUD, Anne-Claude, (2016), « La compréhension comme cas particulier de malentendu », *Cahiers de l'ILSL*, n°44, p.3-13.
- BONNET, Thomas, (2018), « Ethnographie comparée du risque émotionnel au travail. Une tâche aveugle de l'agenda politique », *Revue internationale de politique comparée*, n° 25, 123-149. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/ripc.253.0123>
- BREVIGLIERI, Marc, (2005), « Bienfaits et méfaits de la proximité dans le travail social », dans ION, Jacques dir., *Le travail social en débat(s)*, La Découverte, Paris, 267 p., p. 219-234. Disponible sur : https://hal.science/hal-03249451v1/file/Breviglieri_2005_Bienfaits_et_mefaits_de_la_proximite.pdf
- BREVIGLIERI, Marc, (2008), « Le "corps empêché" de l'utilisateur (mutisme, fébrilité, épuisement) : Aux limites d'une politique du consentement informé dans le travail social », dans PAYET, Jean-paul, GUILIANI, Frédérique et LAFORGUE, Denis dir., *La voix des acteurs faibles : De l'indignité à la reconnaissance*, Presses universitaires de Rennes, Rennes, 248 p., p. 215-229. Disponible sur : <http://books.openedition.org/pur/13085>
- BRISSET, Camille et KOTOB, Laurence, (2020), « Soutenir l'interprétariat dans la rencontre et l'accompagnement des personnes migrantes », *Le Journal des psychologues*, n°375, p. 45-48. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2020-3-page-45.htm>
- CARBONEL, Natacha et LE GOFF, Gwen, (2023) « Apprendre la langue du pays d'accueil: enjeux et injonctions », dans PICCOLI, Vanessa, et al dir., *L'interprétariat en santé. Pratiques et enjeux d'une communication triadique*. Presses de Rhizome, 320 p., p.

25-31. Disponible sur : <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/l-interpretariat-en-sante--9782494145023-page-25.htm>

CARDE, Estelle, (2007), « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, Vol. 19, p. 99-109. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-2-page-99.htm>

CARLIN, Maria Vittoria, LARCHANCHE, Stéphanie et ROSTIROLLA, Daria, (2023), « Impact et enjeux de l'interprétariat par visioconférence : l'expérience d'ISM-Interprétariat à Paris », dans PICCOLI, Vanessa, *et al dir., L'interprétariat en santé. Pratiques et enjeux d'une communication triadique*. Presses de Rhizome, 320 p., p. 230-240. Disponible sur : <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/l-interpretariat-en-sante--9782494145023-page-230.htm>

CHAMBON, Nicolas et LE GOFF, Gwen, (2016), « Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie », *Revue française des affaires sociales*, n°2, p. 123-140. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-page-123.htm>

CHAMBON, Nicolas, (2018), « Raconter son histoire comme personne : les migrants et leurs récits ». *Le sujet dans la cité*, n°9, p. 63-74. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-le-sujet-dans-la-cite-2018-2-page-63.htm>

CHAMBON, Nicolas, TRAVERSO, Véronique et ZEROUG-VIAL, Halima, (2020), « Médiateurs, pairs, interprètes... au secours du soin », *Rhizome*, n°75-76, p. 7-16. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2020-1-page-7.htm>

CHAMBON, Nicolas, (2023), « Interprétariat et relation de pouvoir », dans PICCOLI, Vanessa, *et al dir., L'interprétariat en santé. Pratiques et enjeux d'une communication triadique*. Presses de Rhizome, 320 p., p. 269-272. Disponible sur : <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/l-interpretariat-en-sante--9782494145023-page-269.htm>

CHAMPY, Florent, (2017). « Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter? Enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France ». *Recherches qualitatives*, Vol. 36, n°2, p. 153-172. Disponible sur : <https://id.erudit.org/iderudit/1084442ar>

CHERNYSHOVA, Elizaveta et TRAVERSO, Véronique, (2017), « Inférences et processus d'intercompréhension dans les interactions quotidiennes : quelques questions méthodologiques », *Cahiers de praxématique*, n°68. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/praxematique/4536>

CITTON, Yves, (2014). *Pour une écologie de l'attention*, Le Seuil, Paris, 397 p., p. 192-200.

CLOT, Yves, FAÏTA, Daniel, FERNANDEZ, Gabriel et SCHELLER, Livia, (2000), « Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité »,

Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, Disponible sur :
<http://journals.openedition.org/pistes/3833> ; DOI : 10.4000/pistes.3833

CORCUFF, Philippe, (2005), « De la thématique du "lien social" à l'expérience de la compassion. Variété des liaisons et des déliaisons sociales », *Pensée plurielle*, n°9, p. 119-129. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2005-1-page-119.htm>

DANET, François, (2021), « Écouter l'expression de la violence », *Rhizome*, n°80-81, p. 17-18. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2021-2-page-17.htm>

DEFOSSEZ, Anne-Claire, (2022), « Exposer des vies ou les secourir à la frontière », dans FASSIN, Didier dir., *Vies invisibles, morts indicibles*, Editions du Collège de France, Paris, 144 p., p. 59-76. Disponible sur : <http://books.openedition.org/cdf/13709>

DESPRES, Caroline, (2010), « La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires », *Pratiques et Organisation des Soins*, n°41, p. 33-43. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2010-1-page-33.htm>

DEWEY, John, (2005) [1906-1930], « La réalité comme expérience », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, Vol. 9, p. 83-91. Disponible sur :
<http://journals.openedition.org/traces/204>

DOUVILLE, Olivier, (2018), « La situation traumatisante des réfugiés », *Rhizome*, n°69-70, p. 21-22. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2018-3-page-21.htm>

EHRENBERG, Alain, (2013), « De l'homme coupable à l'homme capable », dans FRYDMAN, René et FLIS-TREVES, Muriel dir., *Ruptures*, PUF Editions, Paris, 208 p., p. 133-144. Disponible sur : <https://www.cairn.info/ruptures--9782130608684-page-133.htm>

FASSIN, Didier, (1999), « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit », dans LEROY, Jean dir., *L'Europe vue d'ailleurs*, Genèses, Paris, Bruxelles, 175, p. 146-171. Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/genes_1155-3219_1999_num_35_1_1573

FASSIN, Didier et RECHTMAN, Richard, (2007). *L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Flammarion, Paris, 452 p., p. 370-378.

FASSIN, Didier, (2012), « Économies morales et justices locales », *Revue française de sociologie*, Vol. 53, p. 651-655. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-1-2012-4-page-651.htm>

FERRÉ, Nathalie, (2009), « Contrôles d'identité : la discrimination légale », *Plein droit*, n° 82, p. 7-10. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-plein-droit-2009-3-page-7.htm>

FLANDIN, Simon, (2017), « Vidéo et analyse de l'activité », dans BARBIER, Jean-Marie, DURAND, Marc dir., *Encyclopédie d'analyse des activités*, PUF Editions, Paris, p. 193-205, 2017. Disponible sur : <https://hal.science/hal-01400139>

FONTANA, Jean-Loup, (2012), « Hospices et refuges : la sollicitude publique à l'égard des migrants dans les Hautes-Alpes au XIX^e siècle », *Migrations Société*, n°140, p. 93-104. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-migrations-societe-2012-2-page-93.htm>

GADREY, Jean, (1994), « Les relations de service et l'analyse du travail des agents », *Sociologie du travail*, n°3, p. 381-389. Disponible sur : www.persee.fr/doc/sotra_0038-0296_1994_num_36_3_2183

GARFINKEL, Harold, (2020), « Chapitre 1. Qu'est-ce que l'ethnométhodologie ? », dans GARFINKEL, Harold dir., *Recherches en ethnométhodologie*, PUF, Paris, p. 51-96. Disponible sur : <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/recherches-en-ethnomethodologie--9782130824787-page-51.htm>

GARFINKEL, Harold, (2020), « Chapitre 2. Le socle routinier des activités ordinaires », dans GARFINKEL, Harold dir., *Recherches en ethnométhodologie*, PUF, Paris, p. 97-147. Disponible sur : <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/recherches-en-ethnomethodologie--9782130824787-page-97.htm>

GIULIANI, Frédérique, LAFORGUE, Denis et PAYET, Jean-Paul dir., (2008), *La voix des acteurs faibles : De l'indignité à la reconnaissance*, Presses universitaires de Rennes, Rennes, 2008, 253 p., Disponible sur : <https://doi.org/10.4000/books.pur.13048>

GOFFMAN, Erving, (1968), *Asiles, Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Les éditions de minuit, Paris, 447 p.

GOFFMAN, Erving, (1974a), *Les rites d'interaction*, Les éditions de minuit, Paris, 230 p.

GOFFMAN, Erving, (1974b), *Les cadres de l'expérience*, Les éditions de minuit, Paris, 572 p., p. 201-241, p. 338-369.

GOFFMAN, Erving, (1975), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les éditions de minuit, Paris, 175 p.

GOFFMAN, Erving, (1987), *Façons de parler*, Les éditions de minuit, Paris, 285 p.

GRANET-ABISSET, Anne-Marie, (2006), « Des Escartons aux Interreg. Quand le passé est utilisé pour légitimer des recompositions transnationales : l'exemple des Alpes occidentales », dans CRIVELLO, Maryline, GARCIA, Patrick et OFFENSTADT, Nicolas dir., *Concurrence des passés : Usages politiques du passé dans la France contemporaine*, Presses universitaires de Provence, Aix-en-Provence, p. 59-70. Disponible sur : <http://books.openedition.org/pup/5973>

GRANET-ABISSET, Anne-Marie, (2012), « Tisser du territoire : Les migrations frontalières entre Piémont et Briançonnais au cours des deux derniers siècles

», *Migrations Société*, n°140, p. 71-92. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/migra.140.0071>

GUNES, Cihan, (2017), « La santé mentale des migrants, l'affaire de qui ? », *Rhizome*, n° 63, p. 83-89. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2017-1-page-83.htm>

D'HALLUIN, Estelle, (2007), « Travailler sa voix ou comment rendre sa demande d'asile audible », *REVUE Asylon(s)*, n°2. Disponible sur : <http://reseau-terra.eu/article660.html>

d'HALLUIN-MABILLOT, Estelle, (2012), *Les épreuves de l'asile. Associations et réfugiés face aux politiques du soupçon*, Editions EHESS, Paris, 302 p.

HANUS, Philippe, (2020), « "Par les sentiers de la montagne enneigée..." Perspectives historiques sur les parcours migratoires à travers la frontière franco-italienne (1945-1960) », *Revue de géographie alpine*, n°108-2. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/rga/7037>

HENNIION, Antoine, VIDAL-NAQUET, Pierre, GUICHET, Franck et HENAUT, Léonie, (2012), *Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, comment concilier protection et autonomie, rapport de recherche pour la MiRe (DREES)*, Rapport de recherche pour la MiRe (DREES), 345 p. Disponible sur : <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-02556487>

HERITAGE, John Christopher, (1991), « L'ethnométhodologie : une approche procédurale de l'action et de la communication », *Revue Réseaux*, n°50, p. 89-130, Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/reso_0751-7971_1991_num_9_50_1900#reso_0751-7971_1991_num_9_50_T1_0124_0000

HERREROS, Gilles, (2004), « Sociologie d'intervention : sociologie plastique. Métis et métissage », *Gérer et comprendre*, n°75, p. 81-92.

HONNETH, Axel, (2004), « Visibilité et invisibilité. Sur l'épistémologie de la « reconnaissance » », *Revue du MAUSS*, n° 23, p. 137-151. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2004-1-page-137.htm>

HOYEZ, Anne-Cécile, (2011), « L'accès aux soins des migrants en France et la "culture de l'initiative locale". Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », *Cybergeog: European Journal of Geography*. Disponible sur : <https://doi.org/10.4000/cybergeog.24796>

JOSEPH, Isaac, CASTEL, Robert et COSNIER, Jacques, dir., (1969), *Le parler-frais d'Erving Goffman*, Les éditions de minuit, Paris, 320p.

JOSEPH, Isaac, (2009), *Erving Goffman et la microsociologie*, PUF, Paris, 128 p.

LAUGIER, Sandra, (2009), « Chapitre VI. Le sujet du *care* : vulnérabilité et expression ordinaire », dans MOLINIER, Pascale, *et al* dir., *Qu'est-ce que le care ?*, Petite bibliothèque Payot, Paris, 302 p., p. 159-200.

LE BRETON, David, (2012), « 4. L'ethnométhodologie », dans LE BRETON, David, dir., *L'interactionnisme symbolique*, PUF, Paris, 256 p., p. 141-163. Disponible sur : <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/l-interactionnisme-symbolique--9782130732679-page-141.htm>

LEMIEUX, Cyril, (2018), *La sociologie pragmatique*, La Découverte, Paris, 128 p. Disponible sur : <https://doi-org.bibelec.univ-lyon2.fr/10.3917/dec.lemie.2018.01>

LEPOUTRE, Lucie et MALOGNE-FER, Gwendoline, (2022), « Comment penser les catégories de la migration : approche réflexive et enjeux méthodologiques », *Migrations Société*, n° 189, p. 13-24. Disponible sur : <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/revue-migrations-societe-2022-3-page-13.htm>

MAZIN, Hélène, (2022), *Epreuves de l'exil et solidarités de proximité : Ethnographie de l'accueil des exilés dans la vallée de la Roya (2017-2020)*, Sociologie (Thèse), Université de Lyon, p. 429. Disponible sur : <https://theses.hal.science/tel-03937565/document>

MEZZENA, Sylvie, STROUMZA, Kim et KRUMMENACHER, Laëtitia, (2019), « Faire vivre et sentir les risques pour les transformer. Les émotions comme activités dans un dispositif de prévention des risques numériques auprès des jeunes », *Sciences & Actions Sociales*, n° 12, p. 112-141. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sciences-et-actions-sociales-2019-2-page-112.htm>

MOLINIER, Pascale, LAUGIER, Sandra et PAPERMAN, Patricia dir., (2009), *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Petite bibliothèque Payot, Paris, 302 p.

NATHAN, Tobie, (2000), « Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie », *Genèses*, n°38, p. 136-159, Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-geneses-2000-1-page-136.htm>

NIEMANTS, Natacha, (2022), « "Plus tu racontes, plus on te croit" ou De l'importance de (bien) répondre aux questions du juge » dans TRAVERSO, Véronique et CHAMBON, Nicolas dir., *Raconter, relater, traduire : paroles de la migration*, Lambert-Lucas, Limoges, 216 p., p.27-48.

PAVEAU, Marie-Anne, (2017), « Le discours des vulnérables. Proposition théorique et politique », *Cadernos de Linguagem e Sociedade*, n°18, p. 135-157.

PAYET, Jean-Paul et LAFORGUE, Denis, (2008), « Introduction : Qu'est-ce qu'un acteur faible ? Contributions à une sociologie morale et pragmatique de la reconnaissance », dans GIULIANI, Frédérique, LAFORGUE, Denis et PAYET, Jean-Paul dir., *La voix des*

acteurs faibles : De l'indignité à la reconnaissance, Presses universitaires de Rennes, Rennes, 2008, 253 p., p. 9-26. Disponible sur <https://doi.org/10.4000/books.pur.13048>

PEGON, Guillaume, ANTOINE, Agnès, JUNCA, Ariane, MARCHELLO, Luc, HANUS, Philippe et WYON, Phillippe, (2021), « Hautes-Alpes françaises : la solidarité associative et citoyenne aux prises avec une idéologie sécuritaire », *Alternatives Humanitaires*, n°18. Disponible sur : <https://www.alternatives-humanitaires.org/fr/2021/11/10/hautes-alpes-francaises-la-solidarite-associative-et-citoyenne-aux-prises-avec-une-ideologie-securitaire/>

PETROUCHINE, Roman, MAURY DE FERAUDY, Julia et ZEROUG-VIAL Halima, (2018) « "Il faut du psy !" ». Psychologues et psychiatres face aux migrants précaires », *Rhizome*, n° 69-70, p. 25-26. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2018-3-page-25.htm>

PIAN, Anaïk, HOYEZ, Anne-Cécile et TERSIGNI, Simona, (2018), « L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants », *Revue européenne des migrations internationales*, Vol. 34, n°2-3, p. 55-78, Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-europeenne-des-migrations-internationales-2018-2-page-55.htm>

PICCOLI, Vanessa, (2019), « (Re)transmettre la souffrance émotionnelle : une analyse interactionnelle de consultations entre soignants, demandeurs d'asile et interprètes en France », *Langage et société*, n°167, p. 175-198. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-langage-et-societe-2019-2-page-175.htm>

PICCOLI, Vanessa et JOUIN, Émilie, (2022), « "Comment ça s'est passé à l'Ofpra ? " : (faire) raconter l'entretien au demandeur d'asile dans le cadre d'une consultation d'expertise médicale », dans TRAVERSO, Véronique et CHAMBON, Nicolas dir., *Raconter, relater, traduire : paroles de la migration*, Lambert-Lucas, Limoges, 216 p., p.49-66.

PICCOLI, Vanessa, (2023), « Reformulations », dans PICCOLI, Vanessa, *et al dir., L'interprétariat en santé. Pratiques et enjeux d'une communication triadique*. Presses de Rhizome, Lyon, 320 p., p. 101-108. Disponible sur : <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/l-interpretariat-en-sante--9782494145023-page-101.htm>

POLLACK, Michael, (1993), « La gestion de l'indicible », dans BOURDIEU, Pierre dir., *L'illusion biographique*, Actes de la recherche en sciences sociales, Paris, n°62-63, 139 p., p. 30-53. Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1986_num_62_1_2315

RAVON, Bertrand et ION, Jacques, (2012, 2005), *Les travailleurs sociaux*, La Découverte, Paris, p. 128. Disponible sur : <https://www.cairn.info/les-travailleurs-sociaux--9782707146007.htm>

RAVON, Bertrand et VIDAL-NAQUET, Pierre, (2016) « L'épreuve de professionnalité : de la dynamique d'usure à la dynamique réflexive », *SociologieS*. Disponible sur : <https://doi.org/10.4000/sociologies.5363>

RAVON, Bertrand et VIDAL-NAQUET, Pierre, (2018), « Les épreuves de professionnalité, entre auto-mandat et délibération collective. L'exemple du travail social », *Rhizome*, n°67, p. 74-81. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2018-1-page-74.htm>

RAVON, Bertrand, GILLIOT, Élodie et CHAMBON Nicolas, (2022), « La santé mentale, passeuse de frontières », *Rhizome*, n°83, p. 5-11. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2022-2-page-5.htm>

RAMOS, Elsa, (2015), *L'entretien compréhensif en sociologie*, Armand Colin, Paris, 171 p., p.7-17.

RICET, Vendredi et NOÛS, Camille, (2022), « Expertise médicale et réélaboration du récit d'asile : intertextualité et pratiques en interaction », dans TRAVERSO, Véronique et CHAMBON, Nicolas dir., *Raconter, relater, traduire : paroles de la migration*, Lambert-Lucas, Limoges, 216 p., p.93-121.

RICŒUR, Paul, (1997), « Autonomie et vulnérabilité », dans DILLENS, Anne-Marie dir., *La philosophie dans la Cité : Hommage à Hélène Ackermans*, Presses de l'Université Saint-Louis, Bruxelles, 228 p., p. 121-141. Disponible sur : <http://books.openedition.org/pusl/18960>

RICŒUR, Paul, (2005), « Devenir capable, être reconnu », *revue Esprit*, n°7. Disponible sur : https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Revue_des_revues_200_1152AB.pdf

RICŒUR, Paul, (2006), « La condition d'étranger », *Esprit*, n°3-4, p. 264-275. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-esprit-2006-3-page-264.htm>

SIESTRUNCK, René, (2013), « Faits divers, principe humanitaire et contrôle des migrants dans les Alpes du Sud (1850-1920) », *Hommes & migrations*, n°1304, p. 121-125. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/2656>

SIMON COMBES, Jean-Baptiste, (2019), « 2. Quelles conditions de vie et de santé en migration et en terre d'accueil ? », dans ANDRÉ, Jean-Marie dir., *La santé des migrants en question(s)*, Presses de l'EHESP, Rennes, 120 p., p. 27-37. Disponible sur : <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/la-sante-des-migrants-en-questions--9782810908103-page-27.htm>

SOULÉ, Bastien, (2007), « Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales », *Recherches qualitatives*, Association pour la recherche qualitative, Vol. 27, p. 127-140. Disponible sur : <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>

SPIRE, Alexis, (2002), « Un régime dérogatoire pour une immigration convoitée. Les politiques françaises et italiennes d'immigration/émigration après 1945 », *Studi emigrazione*, Vol. 146, p. 309-323. Disponible sur : <https://shs.hal.science/halshs-00721669/document>

SCHWARTZ, Olivier, (2018), « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme ? », dans ANDERSON, Nels dir., *Le Hobo. Sociologie des sans-abri*, Armand Colin, Paris, 396 p., p. 338-339.

TABOURI, Aziz, (2009), « L'interprétariat dans le domaine de la santé », *Hommes & migrations*, n°1282, Disponible sur : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/456>

TICCA, Anna Claudia et TRAVERSO, Véronique, (2015), « Territoires corporels, ressenti et paroles d'action : des moments délicats de la consultation médicale avec interprète », *Langage et société*, n°153, p. 45-74. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-langage-et-societe-2015-3-page-45.htm>

TICCA, Anna Claudia, LAMBERT, Patricia et TRAVERSO, Véronique (2020), « Le récit de la migration en santé avec des personnes demandeuses d'asile en France. Réflexions sur la formation des soignants et des interprètes ». *Revue Phronesis*, Vol. 9, n°2, p. 77-92. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1071696ar>

TRAVERSO, Véronique, (2017), « Formulations, reformulations et traductions dans l'interaction : le cas de consultations médicales avec des migrants », *Revue française de linguistique appliquée*, Vol. XXII, p. 147-164. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-linguistique-appliquee-2017-2-page-147.htm>

TRAVERSO, Véronique, (2019a), « Demander de l'aide à la permanence d'accès aux droits d'un centre social: modalités de construction des requêtes », *Journal of French Language Studies*, Vol. 29, p. 113-136. Disponible sur : <https://shs.hal.science/halshs-03765491/document>

TRAVERSO, Véronique, (2019b), « Sans-voix, sans parole, sans ressources : que peut dire la perspective interactionniste ? », dans CELOTTI, Nadine et FALBO, Caterina dir., *La parole des sans-voix. Questionnements linguistiques et enjeux sociétaux*. Disponible sur : <http://mediazioni.sitlec.unibo.it>

TRONTO, Joan, (2009), *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, La Découverte, Paris, 238 p.

VIDAL-NAQUET, Pierre, (2013), « Le care à domicile : tact et tactiques », *Recherche en soins infirmiers*, n°114, p. 7-13. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-3-page-7.htm>

VINCK-KETERS, Aude, (2018), *Briançon : ville-refuge à l'heure de la criminalisation de la solidarité*, Editions transhumances, Val-des-Prés, 235 p.

VUILLARD, Joséphine, WOLMARK, Laure, CLOUIN, Laëtitia et FANGET, Delphine, (2019), « 3. La santé mentale des migrants s'améliore-t-elle en terre d'accueil ? », dans ANDRÉ, Jean-Marie dir., *La santé des migrants en question(s)*, Presses de l'EHESP, Rennes, 120 p., p. 39-50. Disponible sur : <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/la-sante-des-migrants-en-questions--9782810908103-page-39.htm>

WIHTOL DE WENDEN, Catherine, (2017), « L'Europe face à la crise de l'accueil des réfugiés », dans WIEVIORKA, Michel dir., *Les Solidarités*, Éditions Sciences Humaines, Auxerre, p. 253-268. Disponible sur : <https://www.cairn.info/les-solidarites--9782361064235-page-253.htm>

Rapports

CIMADE, (2022), « Dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile : bilan 2021 et perspectives 2022 ». Disponible sur : <https://www.lacimade.org/le-dispositif-national-daccueil-des-demandeurs-dasile/>

ARS PACA, DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE DU CHU DE NICE, (2020), « *Projet territorial de santé mentale 2021-2025* ». Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ptsm-hautes-alpes.pdf>

GEORGIU, Myria et ZABOROWSKI, Rafal, (2017), « *Couverture médiatique de la "crise des réfugiés" : perspective européenne* », Rapport du Conseil de l'Europe. Disponible sur : <https://rm.coe.int/couverture-mediatique-de-la-crise-des-refugies-perspective-europeenne/16807338f6>

INSEE, (2023), « *Dossiers – Les premières années en France des réfugiés* ». Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793306?sommaire=6793391>

MINISTERE DE L'INTERIEUR (2022), « *AGIR pour le logement et l'emploi des personnes réfugiées. Dossier de presse* ». Disponible sur : www.immigration.interieur.gouv.fr/Integration-et-Acces-a-la-nationalite/AGIR-pour-l-emploi-et-le-logement-des-personnes-refugiees

OFPRA, (2022) – « *Publication des statistiques annuelles en matière d'immigration, d'asile et d'acquisition de la nationalité française* ». Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/>

(Collectif) TOUS MIGRANTS, (2022), « *L'accueil et la défense des droits des personnes exilées dans le briançonnais et les Hautes-Alpes. Constats, initiatives, perspectives* ». Disponible sur : https://tousmigrants.weebly.com/uploads/7/3/4/6/73468541/2023-06-12_doc_de_r%C3%A9f%C3%A9rence_synth%C3%A9tis%C3%A9.pdf

Autres

FASSIN, Didier, (2023), « *Leçon inaugurale : sciences sociales par temps de crise* », Collège de France. Disponible sur : <https://www.college-de-france.fr/fr/agenda/lecon-inaugurale/sciences-sociales-par-temps-de-crise-0>

DERRIDA, Jacques, (1997), « Il n'y a pas de culture ni de lien social sans un principe d'hospitalité », *Le Monde*, entretien réalisé par Dominique Dhombres, 2 décembre 1997.

AU SOUTIEN DU SOIN

Une ethnographie des interactions et pratiques de soutien autour de la santé de réfugié(e)s

Résumé :

Dans le département des Hautes-Alpes, des médecins, des professionnels du médico-social et des personnes réfugiées se rencontrent autour du soin de ces dernières. Dans ces situations, bien souvent, les acteurs ne partagent aucune langue commune et le recours à l'interprétariat relève de l'inédit. Cette recherche explore à un double niveau ces rencontres : comment les personnes vivent-elles ces expériences et que s'y passe-t-il ? Dans un premier temps, l'enquête s'appuie sur les discours des acteurs et le sens qu'ils donnent à leurs expériences pour dégager plusieurs facettes de la relation d'aide et de soin. Dans un deuxième temps, elle offre un second regard sur cette relation en recourant à l'analyse détaillée des pratiques et des savoir-faire mis en œuvre, sur la base d'enregistrements vidéo de consultations médicales.

Mots-clés : Interactions, réfugiés, santé, micro-épreuves, pouvoir dire, interprétariat, pouvoir d'agir, relation d'aide, intercompréhension, médico-social, ethnographie, proximité, épreuves.