



Département de Sciences Sociales

Master Sociologie

Spécialité : Médiation, Intervention Sociale, Solidarités (MISS)

Mémoire de Master professionnel 2

Médecins là-bas, infirmier-ère-s ici

Présenté et soutenu par

Nathalie THEIL

Sous la direction de Stéphanie MULOT et Fatima QACHA

Et sous le tutorat d'Anne ABANADES

Juin 2015

Université Toulouse Jean-Jaurès

Département de Sciences Sociales

Master Sociologie

Spécialité : Médiation, Intervention Sociale, Solidarités (MISS)

Mémoire de Master 2

Médecins là-bas, infirmier-ère-s ici

Présenté et soutenu par

Nathalie THEIL

Sous la direction de Stéphanie MULOT et Fatima QACHA

Et sous le tutorat d'Anne ABANADES

Juin 2015

TABLE DES MATIERES

Médecins là-bas, infirmier-ère-s ici

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Introduction | 2 |
| 2 | L'Institut de Formation en Soins Infirmiers : lieu de formation, de travail et de stage. | 5 |
| 2.1 | Le stage dans le milieu professionnel habituel : une facilité ?..... | 5 |
| 2.2 | L'IFSI à la veille d'un important bouleversement..... | 5 |
| 2.3 | L'IFSI et sa place dans les politiques publiques..... | 6 |
| 3 | Démarche ethnosociologique : expérience migratoire, carrière de migrant-e et parcours de migrant-e-s | 7 |
| 3.1 | Une démarche ethnosociologique | 8 |
| 3.2 | Une approche processuelle..... | 9 |
| 3.3 | Une sociologie des bifurcations | 9 |
| 3.4 | L'approche biographique par le récit de vie..... | 11 |
| 3.5 | L'expérience migratoire | 13 |
| 3.5.1 | Un processus d'émigration-immigration..... | 13 |
| 3.5.2 | La transmigration..... | 14 |
| 3.5.3 | Migrer au féminin..... | 14 |
| 3.6 | La carrière de migrant-e..... | 15 |
| 3.7 | Le parcours : un autre regard sur l'expérience de la migration? | 17 |
| 4 | Exemples d'intégration professionnelle de médecins migrants au Québec et en Europe. 18 | |
| 4.1 | L'exemple du Québec..... | 18 |
| 4.1.1 | L'intégration professionnelle du point de vue politique | 18 |
| 4.1.2 | L'intégration professionnelle du point de vue institutionnel..... | 19 |
| 4.1.3 | L'intégration professionnelle du point de vue stratégique | 20 |
| 4.2 | L'exemple de migrant-e-s allant de l'Europe de l'est vers l'Europe de l'ouest, entre migration et mobilités..... | 21 |
| 4.2.1 | Migration en blanc, médecins d'est en ouest | 21 |
| 4.2.2 | Une migration exceptionnelle | 23 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.2.3 | Entre migration et mobilités..... | 23 |
| 5 | L'intégration professionnelle dans le milieu de la santé en France pour les médecins non européens..... | 24 |
| 5.1 | Médecins non européens : comment faire reconnaître son diplôme ?..... | 24 |
| 5.1.1 | Flux migratoire et trajectoire des médecins..... | 25 |
| 5.1.2 | Faire reconnaître son diplôme : un processus institutionnel discriminant..... | 25 |
| 5.2 | Quand l'intégration professionnelle passe par la pratique aide soignante : une analyse croisée genre, « race » et classe..... | 26 |
| 5.2.1 | Le travail aide-soignant : attestation versus formation | 27 |
| 5.2.2 | Une analyse croisée genre, « race » et classe | 30 |
| 5.3 | Devenir infirmier-ère..... | 35 |
| 5.3.1 | Une position intermédiaire, subordonnée en partie à l'activité médicale et en quête d'autonomie..... | 35 |
| 5.3.2 | Les conditions d'accès à la profession infirmière pour les médecins non européens | 36 |
| 5.3.3 | Les conditions d'obtention du diplôme infirmier pour les médecins non européens avec le programme de 1992..... | 37 |
| 5.3.4 | Les conditions d'obtention du diplôme infirmier pour les médecins non européens avec le programme de 2009..... | 37 |
| 5.3.5 | Le marché de l'emploi | 38 |
| 5.3.6 | En synthèse..... | 39 |
| 6 | Déroulement des entretiens et présentation des caractéristiques socioprofessionnelles des médecins non européens | 39 |
| 6.1 | Une étude longitudinale..... | 39 |
| 6.2 | Le guide d'entretien du temps 1 | 40 |
| 6.3 | La posture de la chercheuse..... | 41 |
| 6.4 | Le déroulement des entretiens | 41 |
| 6.5 | Le corpus | 43 |
| 6.6 | Présentation des médecins et de leurs caractéristiques socioprofessionnelles..... | 44 |
| 6.6.1 | Leila, 28 ans, originaire de Kabylie en Algérie | 44 |

| | | |
|-------|--|----|
| 6.6.2 | Fathia, 36 ans, originaire d'Algérie | 45 |
| 6.6.3 | Hanja, 39 ans, originaire de Madagascar | 46 |
| 6.6.4 | Daravanh, 52 ans, originaire du Cambodge | 46 |
| 6.6.5 | Nadia, 32 ans, originaire de Kabylie en Algérie | 47 |
| 6.6.6 | Mohamed, 34 ans, originaire d'Algérie | 48 |
| 6.6.7 | Mamadou, 36 ans, originaire de Guinée Conakry..... | 48 |
| 6.7 | Analyse des caractéristiques socio professionnelles..... | 49 |
| 7 | Analyse thématique en tenant compte de la théorie de l'intersectionnalité genre, « race » et classe | 51 |
| 7.1 | Leila, une crise identitaire plurielle | 51 |
| 7.2 | Des femmes seules initiatrices de leur migration et d'autres en couple | 55 |
| 7.2.1 | Leila et Fathia, initiatrices de leur migration..... | 55 |
| 7.2.2 | Les autres femmes émigrent en couple ou en famille..... | 56 |
| 7.3 | Travail aide-soignant, quand le care s'accompagne de vulnérabilisation par déclassement et racisme pour Leila, Fathia et Hanja..... | 57 |
| 7.3.1 | Leila et Fathia, des voix professionnelles « empêchées » | 57 |
| 7.3.2 | Hanja victime de racisme | 59 |
| 7.4 | Le care : des représentations différentes | 59 |
| 7.4.1 | « C'est comme s'occuper de ses parents ou grands-parents », Leila, Fathia et Mamadou..... | 60 |
| 7.4.2 | La pénibilité physique du care pour Daravanh..... | 61 |
| 7.4.3 | Une socialisation professionnelle prudente pour Nadia | 61 |
| 7.5 | Couple, famille et reprise d'études ; une mise à l'épreuve pour Fathia et Leila | 62 |
| 7.5.1 | Un projet professionnel de l'un-e peut-il être un projet de couple ? | 62 |
| 7.5.2 | La reprise d'études pour chacun-e au sein du couple | 64 |
| 7.6 | Fathia, la douleur de l'accouchement et l'identité pour autrui | 65 |
| 7.7 | Emigrer pour revenir couvert de diplôme, le choix de Mamadou..... | 66 |
| 7.8 | Quand le lien mère - enfant se resserre avec la migration et les expériences de vie..... | 70 |

| | | |
|--------|---|----|
| 7.8.1 | Leila : « (...) Voilà il y a toujours eu ma mère qui a été le père la mère, ma mère qui était tout en fait »..... | 70 |
| 7.8.2 | Fathia et « ses mères »..... | 72 |
| 8 | Les attentes des médecins envers le devenir infirmier..... | 74 |
| 8.1 | Un processus de rapprochement d'avec la formation médicale | 74 |
| 8.2 | La découverte de la dimension relationnelle des soins infirmiers..... | 75 |
| 9 | Synthèse du temps 1 | 76 |
| 9.1 | Partir/rester/revenir..... | 76 |
| 9.2 | En synthèse..... | 77 |
| 9.3 | Un fil conducteur vers le temps 2 | 78 |
| 10 | Le temps 2 ou la découverte de la prise de poste infirmier..... | 78 |
| 10.1 | Le déroulement des entretiens du temps 2..... | 79 |
| 10.1.1 | <i>Illusion biographique</i> , distance critique et équilibre des relations sociales en entretien..... | 79 |
| 10.1.2 | Le point sur les situations socioprofessionnelles des médecins à six-neuf mois de la formation infirmière..... | 80 |
| 10.2 | Questionner le « travailler ensemble » entre infirmier-ère-s et aide-soignant-e-s..... | 81 |
| 10.2.1 | Nadia, « <i>comme j'étais aide-soignante, j'arrive à comprendre les deux côtés</i> » ... | 81 |
| 10.2.2 | Mohamed, « (...) <i>maintenant ça va, je sais comment demander à chacun-e</i> ». | 81 |
| 10.2.3 | Mamadou, « <i>je voulais avoir mes pas dedans. Je voulais avoir cette vision-là intégrée et collaboratrice entre moi et les aides-soignants</i> ». | 82 |
| 10.3 | Le « révélé/caché » lors de la professionnalisation infirmière..... | 85 |
| 10.3.1 | Fathia, « <i>Dès le début ils étaient au courant pour qu'ils me guident, pour qu'ils sachent ce que je dois faire</i> »..... | 85 |
| 10.3.2 | Hanja, « (...) <i>j'ai menti un peu(...)</i> » | 86 |
| 10.3.3 | Nadia, « <i>Quand ça ne se voyait plus, je ne le disais plus !</i> »..... | 86 |
| 10.3.4 | Mamadou, « (...) <i>je n'aime pas parler de ça (...) ça risque parfois de modifier la vision !</i> »..... | 86 |
| 10.4 | La question du genre dans le rapport à l'emploi et au travail | 87 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 10.4.1 | Des hommes assez libres de leur temps et sans contraintes par rapport à l'emploi et au travail..... | 87 |
| 10.4.2 | Des femmes au rôle familial traditionnel et contraintes par rapport à l'emploi et au travail..... | 88 |
| 10.5 | L'expérience de la migration | 90 |
| 10.5.1 | Fatiha, « <i>Dans mon entourage(...) je ne soigne pas, j'oriente, j'explique toujours.</i> » 91 | |
| 10.5.2 | Mohamed, « <i>Il fallait persister, rester concentré.</i> »..... | 92 |
| 10.5.3 | Hanja, « <i>je vais devoir me sacrifier encore</i> » | 92 |
| 10.5.4 | Nadia, « <i>Ils ne comprennent pas que c'est difficile en France.</i> » | 93 |
| 10.5.5 | Mamadou, « <i>(...) si on n'est pas très fort dans sa tête on est perdu</i> »..... | 93 |
| 10.6 | Conclusion de ce temps 2..... | 98 |
| 11 | Le rapport de stage | 99 |
| 11.1 | Les modalités du stage | 99 |
| 11.2 | Le dispositif de formation | 100 |
| 11.2.1 | Acquérir une posture professionnelle infirmière..... | 100 |
| 11.2.2 | Le dispositif sur le plan national et régional..... | 102 |
| 11.2.3 | Un dispositif de formation à construire pour les IFSI..... | 103 |
| 11.2.4 | Les propositions d'amélioration au dispositif actuel..... | 107 |
| 12 | Conclusion..... | 111 |
| 13 | TABLE DES ANNEXES :..... | 115 |
| 14 | BIBLIOGRAPHIE | 133 |

Je remercie Anne ABANADES, directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, tutrice de ce travail, pour ses encouragements et sa confiance.

Je remercie les intervenant-e-s du master Médiation Intervention Sociale et Solidarité qui m'ont permis de poursuivre le questionnement et de m'ouvrir à de nouveaux champs.

Je remercie tout particulièrement Daravanh, Fathia, Hanja, Leila, Mamadou, Mohamed et Nadia qui ont grandement contribué à ce travail et sans lequel-le-s ce travail n'aurait pas vu le jour.

Je remercie également Stéphanie MULOT, Fatima QACHA et Françoise GUILLEMAUT dont l'écoute et le regard affuté ont accompagné la réalisation de ce mémoire.

Enfin je remercie Jacqueline pour sa lecture attentive et mes proches pour leur patience et leur soutien.

1 Introduction

Je suis infirmière de formation initiale et cadre de santé formatrice à un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) public de Toulouse depuis 2009, année du nouveau programme des études infirmières. Le thème que j'ai choisi est en rapport avec l'expérience migratoire et professionnelle de médecins non européens candidats au diplôme d'Etat Infirmier (DEI). Depuis l'instauration du nouveau programme infirmier, la plupart des IFSI avait suspendu les inscriptions de ces médecins. Elles ont repris en 2013 pour les IFSI de la région Midi-Pyrénées. Huit médecins ont été retenus, quatre à l'IFSI où je travaille, trois dans un IFSI privé de Toulouse et un dans un IFSI de la région. Dans le cadre du master professionnel « Médiation Intervention Sociale et Solidarité » de l'université Jean-Jaurès de Toulouse, conduire cette étude permet de croiser les problématiques de migration et de santé en lien avec les enseignements du master.

Depuis que je suis à ce poste de formatrice (fin 2009), il n'y avait pas eu de médecins non européens présenté-e-s à ce diplôme. En 2009 paraît un nouveau programme infirmier¹ dans un contexte particulier de formation et d'évolution des métiers : d'une part un mouvement d'universitarisation avec les accords de Bologne de 2002 visant à harmoniser les formations universitaires dans l'ensemble de l'Union Européenne, d'autre part l'entrée en vigueur dans la formation professionnelle infirmière d'un concept central, celui de « compétences ».

« Le diplôme certifie que son titulaire possède les compétences décrites dans le référentiel de certification, à un niveau d'exigence défini. Le diplôme à finalité professionnelle porte sur des compétences professionnelles, définies en relation avec les activités professionnelles du métier ciblé² ».

Compte tenu des changements importants dans la conception et la mise en œuvre de ce programme, les IFSI et les équipes de soin ont dû fournir un très gros effort d'adaptation d'où l'interruption de l'inscription de médecins non européens à la formation infirmière.

Des étudiants peu ordinaires

Les médecins non européens sont au nombre de huit sur la région Midi-Pyrénées pour la rentrée 2013-2014 et nous avons porté l'étude sur les sept candidat-e-s de la ville de Toulouse.

Ces médecins présentent une caractéristique professionnelle propre à leur groupe, celle d'avoir une qualification supérieure dans le domaine médical, modèle de référence partagé par l'ensemble des étudiant-e-s infirmier-ère-s; les médecins sont les prescripteurs d'une partie du travail infirmier. Les cultures professionnelles infirmières et médicales sont des cultures toujours en tension. La fonction infirmière s'est historiquement construite d'abord en auxiliaire du médecin dans une position de dépendance médicale forte ; et depuis les années 80, elle s'est lancée dans un mouvement croissant de professionnalisation afin de conquérir et

¹ Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Ministère de la santé et des sports, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf consulté le 22/11/2014

² COUDRAY M-A , GAY C.,(2009) « Le défi des compétences, comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières », Elsevier Masson, p40

de faire reconnaître une zone d'autonomie au regard des rapports sociaux de domination médicale. Du point de vue des stéréotypes, l'infirmier-ère est une femme et le médecin (pas de féminin déclinable pour « médecin ») est un homme. Les attributs de la domination médicale rejoignent ceux de la domination masculine avec la déclinaison des dimensions du pouvoir : le pouvoir de décider avec la prescription médicale, le pouvoir de nommer les maladies avec le diagnostic et son annonce, l'exercice de la responsabilité et l'inscription dans une verticalité des relations. Pour ces migrant-e-s, la mobilité de genre peut être perçue comme descendante d'autant plus que l'on est un homme médecin plutôt qu'une femme médecin.

Ces médecins sont originaires de pays francophones situés sur un axe « géopolitique du *care*³ » superposable aux anciennes routes de la colonisation. Par axe « géopolitique du *care* », nous entendons les enjeux sociaux et politiques soulevés par les institutions liées aux professions de santé des sociétés de départ et d'accueil; ces migrations liées au *care* entraînent patients et soignants dans une globalisation du *care* selon des « logiques de répartition/distribution de la reconnaissance de l'autre en fonction d'enjeux politiques⁴ ». Ces pays sont l'Algérie pour quatre des médecins, la Guinée Conakry pour un, Madagascar pour une et le Cambodge pour une autre. Ces médecins ont connu historiquement les rapports de domination lors de la colonisation et la guerre pour certains d'entre eux/elles. Se retrouver dans un cursus professionnel en deçà de ses compétences dans un pays comme la France peut raviver chez les uns (les médecins issus des pays anciennement colonisés) et les autres (dans le passé dans une posture de colonisateur-trice-s) des réactions d'incompréhension voire de racisme.

Un dernier point de présentation rapide de ce groupe tient à un élément commun à eux/elles tous-tes : celui d'avoir travaillé comme aide-soignant-e-s en France en amont du cursus de formation infirmière.

Vers une question de départ

Les premières questions qui viennent à l'esprit sont : pourquoi sont-ils/elles là ? Pourquoi, médecins là-bas, ne le sont-ils/elles pas ici ? Comment peuvent-ils/elles faire le choix d'une profession plus basse dans la hiérarchie sociale ? Quelle place leur fait-on ici en France pour qu'ils/elles en arrivent là ? Qu'est ce qui a motivé leur décision de venir en France ?

A première vue, l'expérience de ces migrant-e-s restitue une multitude de mobilités qu'elles soient spatiales, sociales, culturelles, professionnelles ou de genre. Et ce qui a tout d'abord orienté notre réflexion est l'articulation entre l'expérience migratoire et le devenir professionnel de ces personnes dans le sens d'une mobilité sociale et professionnelle descendante.

³ MULOT S, SARKOYAN J et MULOT S, Migrations et circulations thérapeutiques : Odyssées et espaces, Introduction au dossier thématique Enquête de soins : soignants et malades dans la globalisation, *Anthropologie et Santé* [en ligne] n°5/2012, mis en ligne le 28 novembre 2012, consulté le 28 mai 2014 url/ <http://anthropologiesante.revue.org/1040>, p6.

⁴ *Ibid.* p6

Notre question de départ souhaite explorer en quoi la migration, pour ces médecins non européens candidat-e-s au DEI⁵, s'inscrit-elle dans un processus de déclassement social ?

Cette question s'inscrit dans le courant de la sociologie compréhensive qui cherche à éclairer le sens que les personnes portent à leur expérience et à leurs actes.

Le déroulement de ce travail

Pour poursuivre ce travail, nous allons d'abord le situer dans l'Institut de Formations en Soins Infirmiers (IFSI) où sont inscrits les médecins étudiant-e-s infirmier-ère-s avec une focale de proximité et une autre dans le rapport aux politiques publiques. Nous envisagerons ensuite d'exposer sur le plan méthodologique et théorique la démarche ethnosociologique qui nous a semblé répondre le mieux à l'expérience migratoire. Avant d'en arriver à l'étude précise du groupe de médecins migrants qui nous occupe, nous avons souhaité présenter deux enquêtes récentes à propos de migration de médecins. Il s'agit de professionnel-le-s migrant vers le Québec et d'autres en intra-européen.

Ces préalables posés, nous pouvons revenir à une perspective plus resserrée autour de notre groupe de médecins. Dans ce cadre-là, nous commencerons par donner quelques éclairages des dimensions de l'intégration professionnelle de médecins non européens dans le milieu du soin ; nous partirons du processus de reconnaissance du diplôme de médecin en France pour ensuite proposer théoriquement d'illustrer à l'aide de la théorie de l'intersectionnalité ce que « travailler comme aide-soignant-e peut vouloir dire⁶ » pour ces médecins ; nous terminerons cette partie en invoquant le « devenir infirmier-ère ».

Nous avons choisi de conduire cette étude de manière longitudinale compte tenu de l'intérêt de se saisir de différentes temporalités dans un travail sur les parcours migratoires. Par ailleurs, le nombre de médecins est peu élevé (sept) et nous pensons qu'un temps 1 suivi d'un temps 2 peuvent permettre de restituer une certaine épaisseur au vécu des personnes et au cheminement de la chercheuse.

Le temps 1 parcourra l'expérience migratoire de ces étudiant-e-s médecins au milieu de leur cursus de formation infirmière. Nous les présenterons selon leurs caractéristiques socioprofessionnelles et mènerons une analyse thématique éclairée par la théorie de l'intersectionnalité. A la fin de ce temps 1, une hypothèse de recherche émergera qui sera le fil rouge du temps 2.

Le temps 2 visitera le devenir professionnel des ces migrant-e-s à quelques mois de la fin de la formation. L'analyse thématique examinera l'expérience du travail et les perspectives d'avenir de chacun-e. Nous étudierons les échos qui s'en dégageront au regard de l'hypothèse du temps 1.

Le dernier temps de ce travail captera les éléments du rapport de stage lié au dispositif pédagogique de formation des étudiant-e-s médecins étrangers. Nous rappellerons la mission

⁵ Diplôme d'Etat Infirmier

⁶ En paraphrasant le titre de l'ouvrage de B ZIMMERMANN, (2014) « Ce que travailler veut dire », Edition Economica,

confiée et mettrons à jour nos conclusions tirées de notre regard à la fois sociologique et pédagogique.

2 L'Institut de Formation en Soins Infirmiers : lieu de formation, de travail et de stage.

L'IFSI est le lieu de formation des médecins non européens candidat-e-s au DEI, il est de même notre lieu de travail et pour finir notre lieu de stage dans le cadre du master. Nous interrogerons d'abord le trouble qui saisit la chercheuse dans la recherche d'un équilibre entre deux postures, celle de chercheuse et celle de formatrice. Nous aurons l'occasion d'y revenir au cours de ce travail lors du déroulé des entretiens au temps 1 puis au temps 2. Nous présenterons ensuite rapidement l'IFSI à la veille d'un important changement organisationnel. Nous repèrerons enfin cet organisme au sein des politiques publiques et les conséquences qui en découlent. Nous n'aborderons pas ici les aspects organisationnels et le projet pédagogique de l'IFSI. En évoquant le rapport de stage, certains éléments émergeront en lien avec les missions de cet institut.

2.1 Le stage dans le milieu professionnel habituel : une facilité ?

Dans le cadre de ce master, nous avons prévu d'effectuer le stage sur le lieu de travail. Cela présente l'avantage d'être sur place mais aussi l'inconvénient que nous n'avions pas immédiatement perçu : celui du non décentrement ; or ce dernier est davantage propice à une démarche de recherche. En effet rester dans son domaine professionnel n'invite pas à sortir de ses prénotions et préjugés. Alors que le travail de recherche incite à bousculer ce qui fait notre sens commun de perception du quotidien et à envisager via le questionnement, les lectures, l'analyse et les échanges, d'autres manières de penser, de voir, d'agir.

Mais ce lieu de travail aussi familier soit-il va traverser dès la rentrée prochaine un bouleversement multiple. L'IFSI est actuellement un bâtiment de petite taille par rapport à la structure à venir ; nous sommes dans un « entre nous » protecteur.

2.2 L'IFSI à la veille d'un important bouleversement

L'IFSI fait partie du CHU et est adossé géographiquement depuis 1976 à un des sites hospitalier du CHU. Ce qui fait encore la spécificité de l'IFSI actuellement et qui ne se retrouvera plus à la rentrée prochaine, ce sont deux caractéristiques. La première est la petite taille de l'établissement, il accueille deux promotions d'étudiant-e-s en soins infirmiers soit environ 450 à 500 étudiant-e-s, la troisième promotion est accueillie dans un autre IFSI en partenariat. Tout le monde se connaît et entre l'hôpital à côté et l'IFSI se font des échanges lors de rencontres informelles ou organisées par l'IFSI. La deuxième caractéristique est justement son partenariat avec l'hôpital psychiatrique qui accueille une promotion d'étudiant-e-s. La cohabitation sur le plan pédagogique entre « soins généraux » et « soins en santé mentale », n'est pas évidente car chaque domaine de soin possède sa propre culture professionnelle qui relève d'une histoire et d'une conception des soins singulière. En même temps cela constitue une possibilité d'ouverture à l'autre.

« (...) telle que la définissent HUGUES et l'anthropologue REDFIELD, [la culture professionnelle] désigne la communauté d'expériences et de pratiques propres à un groupe social, qui s'incarne dans des comportements habituels et des conceptions conventionnelles, partagées par tous⁷ ».

Le déménagement cet été et la rentrée dans de nouveaux locaux vont bouleverser ces deux éléments. En effet finit de se construire un grand centre de formation initiale et continue réunissant une dizaine d'écoles ou instituts paramédicaux ainsi que la formation continue du personnel du CHU. Cet ensemble pourra accueillir à certains moments de l'année jusqu'à 2000 étudiant-e-s. Un dispositif pareil acquiert une dimension régionale d'ampleur et est perçu comme apportant au CHU prestige et notoriété. L'offre de formation se déploiera sur le plan régional, universitaire et national. La région est le bailleur principal de cette opération, le CHU y participe financièrement et la ville a cédé le terrain. Pour le coup, l'IFSI de l'hôpital psychiatrique n'a pas trouvé sa place dans ce grand ensemble. Sur le plan organisationnel, la gouvernance d'un tel établissement va entraîner des changements à tous les niveaux. Nonobstant cet état de fait, le pari du décloisonnement entre les filières pédagogiques et de la mutualisation des moyens ouvrent des horizons de coopération interprofessionnelle.

Pour finir cette présentation rapide de l'IFSI, nous allons maintenant le situer au sein des politiques publiques et des conséquences qui en résultent.

2.3 L'IFSI et sa place dans les politiques publiques

L'inscription de cet IFSI dans les politiques publiques fait apparaître plusieurs acteurs ; d'un point de vue vertical, nous commencerons par les services déconcentrés de l'Etat à la région ; l'un est la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) issus de la tutelle de trois ministères. La DRJSCS délivre le Diplôme d'Etat Infirmier (DEI). L'autre est l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui assure un contrôle pédagogique des IFSI via le/la conseiller-ère technique pédagogique et est décisionnaire sur les autorisations de fonctionnement des IFSI. Viennent ensuite toujours au niveau régional les collectivités territoriales dont le Conseil Régional qui prend acte des décisions de l'ARS et qui assume les charges financières et d'équipement des IFSI. Les établissements supports des IFSI assurent les fonctions d'employeurs du personnel administratif, de formation et d'entretien des locaux et du fonctionnement de l'institut. Un acteur récent est venu sur la sphère publique depuis le processus d'universitarisation des IFSI suite aux accords de Bologne de 1998 et se poursuivant en 2010 avec la création de *l'Espace européen de l'enseignement supérieur*. Ce nouvel acteur, pour les IFSI, est l'université et pour la région qui nous intéresse l'université de médecine en lien bien sûr avec les autres universités de la région ; c'est le/la doyen-ne de l'université de médecine qui préside à l'intégration des IFSI au processus Licence Master Doctorat (LMD). Cela est doublement significatif, d'une part pour l'harmonisation européenne de la formation professionnelle infirmière, d'autre part pour le choix dans cette région d'une tutelle biomédicale, révélatrice en cela de la forte culture biomédicale de la profession infirmière dans la région. De l'arrivée de l'université a résulté la

⁷ MENGER, in BECKER, 1982, p10 Cité par CHAMPY F, La sociologie des professions, ,(2009), Quadrige manuels, PUF, Paris p111

nécessité de passer une convention⁸ liant les IFSI, le ou les établissements supports des IFSI, les universités et la DRSCS ; car les infirmier-ère-s diplômé-e-s du nouveau programme de formation de 2009 obtiennent un grade licence (processus LMD) sous l'égide de l'université. Ce partenariat a donné naissance à un groupement de coopération sanitaire, personnalité juridique permettant l'organisation entre autres des interventions universitaires, de la mutualisation des expériences pédagogiques et évaluatives des IFSI et la mobilité européenne des étudiants.

L'IFSI, dans cette nouvelle configuration, se retrouve davantage enserré qu'auparavant entre les différentes instances/tutelles. Sa programmation pédagogique est tributaire pour 30% de ses enseignements du contrat lié avec l'université. Cela se concrétise pour l'IFSI par un surplus de contraintes relatif au calendrier universitaire, aux dossiers d'habilitation des intervenant-e-s, et à un droit de regard sur les résultats d'une partie des évaluations des étudiant-e-s.

Le nouveau programme des études infirmières de 2009 a formalisé fortement les différents référentiels du métier d'infirmier-ère (référentiels d'activité, de formation, de compétences). La première impression qui se dégage de ces référentiels est en rapport avec une perspective très ouverte, complexe et prescriptive. L'application du programme demande un travail important, dans la région et dans les IFSI, d'organisation et d'articulation des Unités d'Enseignements entre elles et tout au long du cursus. Un des intérêts a été l'émergence d'une cohérence pédagogique au niveau national ; par contre au niveau régional, l'IFSI s'est trouvé dessaisi d'une partie de son autonomie pédagogique dans le contrat avec l'université et son enserrement dans le système de santé.

Après avoir exposé le contexte institutionnel de l'IFSI, nous allons à présent exposer sur le plan méthodologique et théorique la démarche ethnosociologique que nous avons adoptée dans ce travail.

3 Démarche ethnosociologique : expérience migratoire, carrière de migrant-e et parcours de migrant-e-s

Cette étude qui vise à comprendre l'expérience migratoire des médecins non européens candidat-e-s au DEI, a connu des allers-retours constants entre l'écoute et l'analyse des récits de vie et l'exploration du champ théorique de la migration. En fait après avoir écouté les personnes, l'irruption de ces histoires singulières dans un quotidien éloigné de ces problématiques a produit une onde de choc. Nous n'avons pas tout de suite retranscrit ces récits et avec le recul nous supposons qu'il fallait un temps de digestion avant d'y faire face à nouveau pour l'étude et l'analyse. De retrouver des échos dans la réflexion et le travail de chercheur-e-s autour de la migration nous a permis de nous sentir accompagnées dans cette recherche et d'aiguiser notre regard sociologique. Nous nous sommes ainsi préparées à affronter à nouveau ces paroles et à les travailler.

⁸ Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n°2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus licence-master-doctorat (LMD)

Les différents points abordés dans cette partie vont tourner autour de l'expérience migratoire en commençant par la démarche ethnosociologique qui fonde cette recherche ; mais également nous préciserons des dimensions propres à l'expérience migratoire en rapport avec les notions de processus et de contingence. Nous argumenterons ensuite la méthodologie du récit de vie au regard de ce travail. Enfin nous introduirons quelques éléments de la dynamique même de la migration.

3.1 Une démarche ethnosociologique

Les personnes que nous suivons sont des médecins dont le diplôme acquis hors de l'Europe n'est pas reconnu directement, qui travaillent en tant qu'aide-soignant-e-s et qui choisissent de rallier un cursus partiel de certification leur donnant accès à l'exercice infirmier.

A partir de là, plusieurs pistes de réflexion s'ouvrent. D'abord la piste de la migration. Qu'est ce que migrer aujourd'hui en France ? Qu'est-ce que partir de son pays ? Quelles expériences vit le/la migrant-e dans ce parcours de changements, d'adaptations, de surprises, de découvertes ?

Ensuite la piste de la profession dans le milieu du soin. Comment devient-on médecin là-bas ? Ici ? Qu'est-ce que demeurer dans le milieu du soin et l'expérimenter sur différents statuts professionnels en passant de médecin à aide-soignant-e et de briguer enfin celui d'infirmière ? Quelles sont les spécificités du déclassement social dans une telle mobilité ? Comment le/la migrant-e devient-il/elle aide-soignant-e ? Quel sens le /la migrant-e donne-t-il/elle à cette expérience ?

Après quelques lectures exploratoires du champ de la migration, nous avons décidé de nous confronter à la parole des migrant-e-s dans une démarche empirique, inductive ethnosociologique plutôt qu'à une démarche d'emblée hypothético-déductive. Daniel BERTAUX précise comment les récits de vie intègrent la démarche ethnosociologique.

« Dans cette perspective, que j'ai proposé d'appeler « ethnosociologique », les sujets prennent le statut d'informateurs sur leurs propres pratiques et sur les contextes sociaux au sein desquels elles se sont inscrites ; on accorde a priori à leurs témoignages un statu de véracité, que l'on vérifie néanmoins en les comparant systématiquement et en recoupant leurs dires avec d'autres sources⁹ ».

« La démarche hypothético déductive (BOURDIEU et al.) développe d'abord des hypothèses en fonction des théories existantes, puis conçoit une enquête empirique (quantitative) destinée à les vérifier. La démarche ethnosociologique consiste au contraire à enquêter par une démarche de terrain sur un segment de réalité sociale-historique, sans hypothèses construites à l'avance.¹⁰ »

Nous avons élaboré la problématique au fur et à mesure de la récolte des données par récit de vie et du croisement de ces données avec des lectures, réflexions, échanges et analyse. De cette démarche centrée sur la personne et de ses ressentis, nous avons à nouveau élargi notre perspective vers les notions de discrimination institutionnelle à l'échelle européenne et française pour les migrant-e-s hautement qualifié-e-s que sont les médecins. En prenant du recul sur la narration biographique des migrant-e-s et en nous appuyant sur des auteur-e-s,

⁹ BERTAUX D., (2013) « Le récit de vie », L'enquête et ses méthodes, Armand COLIN, 3^{ème} édition, p119

¹⁰ Ibid p20

nous avons trouvé éclairantes les notions d'approches processuelle et biographique. Elles nous semblent rendre compte des différentes capacités des personnes à négocier leurs aspirations à la réalité du pays d'installation ; de même les parcours de ces personnes ne sont pas linéaires mais jalonnés de moments de crise, d'imprévus et de plus ou moins forte irréversibilité de leur situation socioprofessionnelle au regard du projet initial de reconnaissance du diplôme de médecins et de leur intégration dans le pays d'arrivée.

Nous allons, dans un premier temps, développer les approches processuelle et biographique de la migration ; puis nous évoquerons quelques éléments de l'expérience migratoire et comment elle peut s'intégrer dans une carrière. Nous présenterons également le terme de parcours qui ouvre à un autre regard sur l'expérience de la migration. Les approches théoriques sont celles de la socio anthropologie des migrations, de la sociologie des recherches urbaines et de la sociologie des capacités et des parcours professionnels.

3.2 Une approche processuelle

Par approche processuelle, j'entends m'appuyer sur les auteurs-e-s comme Annalisa LENDARO¹¹ qui cite elle-même Ariel MENDEZ.¹² « L'approche processuelle fait du temps un élément indispensable de la compréhension des bifurcations, des ruptures, des réorientations et des régularités des parcours¹³ ». Deux dimensions du temps apparaissent, l'une linéaire, d'un point A à un point B et l'autre est contenue à l'intérieur de la première pour en dire les moments d'instabilité, d'hésitations, de ruptures. Ces notions font écho au courant de la sociologie des bifurcations.

3.3 Une sociologie des bifurcations

Un autre auteur, Michel GROSSETTI¹⁴ défend l'idée d'une sociologie des bifurcations notamment à partir de l'approche biographique. Une sociologie des bifurcations prendrait en compte l'élément de la contingence c'est-à-dire de ce qui est imprévisible. L'auteur retient deux attributs d'imprévisibilité.

« Il n'y a pas d'un côté des situations totalement prévisibles et de l'autre côté des situations totalement imprévisibles. Il y a plutôt des degrés et des formes variables d'imprévisibilité. Pour caractériser ; ces formes, j'ai adapté ici une typologie élaborée dans l'ouvrage cité plus haut (GROSSETTI 2004) qui se fonde sur deux caractéristiques des situations : la plus ou moins grande prévisibilité du moment de leur survenue et celle des issues possibles.¹⁵ »

¹¹ LENDARO A., « Inégalités sur le marché du travail entre deux générations d'immigré-e-s », ce que l'action publique fait aux parcours de vie, *Revue française de sociologie*, 2013/4 Vol.54, p 779-806 , <http://www.cairn.info/revue-française-de-sociologie-2013-4-pages-779.htm> consulté le 13/11/2014

¹² MENDEZ A. (dir.), *Processus, Concepts et méthodes pour l'analyse temporelle en sciences sociales*, Louvain-La-Neuve, Academia-Bruylant, 2010

¹³ LENDARO A., « Inégalités sur le marché du travail entre deux générations d'immigré-e-s », ce que l'action publique fait aux parcours de vie, *Revue française de sociologie*, 2013/4 Vol.54, p 779-806 , <http://www.cairn.info/revue-française-de-sociologie-2013-4-pages-779.htm> consulté le 13/11/2014, p 782

¹⁴ GROSSETTI M., « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux », http://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE-CIS_120_0005 consulté le 21/11/2014

¹⁵ Ibid p 9

L'auteur décline quatre exemples qui croisent « issues prévisibles/imprévisibles » et « moment prévisible/imprévisible » : « (...) une sorte de typologie des situations d'imprévisibilité en fonction du caractère plus ou moins prévu du moment de déclenchement de la situation aux résultats imprévisibles et de l'existence d'une séries d'issues prévues¹⁶ ».

Les situations de carrefour comme l'orientation scolaire réunissent « moment prévisible » et « issue prévisible », c'est, par exemple dans les parcours des migrants de cette étude, le moment de l'orientation vers la médecine à la fin du secondaire qui s'est fait sur deux éléments : un très bon dossier scolaire et l'élimination des deux ou trois autres orientations (informatique, haute administration par exemple).

Les situations de changement d'état programmé ou de transitions dans les parcours de vie rassemblent « moment prévisible » et « issues imprévisibles », nous pourrions prendre comme exemple de transition notamment pour les femmes (Fathia, Algérie): le mariage et le fondement d'une famille qui vont avoir un impact sur la reprise des études et le processus de reconnaissance du diplôme initial de médecin.

Le risque anticipé (maladie, chômage) réunit un moment imprévisible et des issues prévisibles. Tout dépend dans la situation de la personne migrante de son statut de citoyen régularisé ou non. La nécessité d'un titre de séjour conforme aux attentes légales de la société entraîne *de facto* l'ouverture des droits à la protection sociale. Les migrant-e-s de ce travail sont en situation régulière mais on perçoit notamment à travers le parcours de l'un d'entre eux, la pression et les stratégies à rechercher le motif justifiant le renouvellement du visa étudiant (Mamadou, Guinée Conakry).

La crise ou la contagion des imprévisibilités entre les sphères d'activité nouent « moment imprévisible » et « issues imprévisibles ». L'exemple le plus frappant est celui d'une jeune femme (Leila, Algérie) qui se trouve à deux reprises dans sa vie en proie à une très forte conflictualité entre ses valeurs et celle d'autres (collègues médecins en Algérie ou sœur en France), elle passe par une crise éthique qui se répercute physiquement dans son corps et la conduit à une décision qui marque un avant et un après (hospitalisation, séparation d'avec la sœur et reprise du projet initial).

Michel GROSSETTI poursuit plus loin son analyse en ajoutant la notion d'irréversibilités faibles ou fortes croisée avec celle d'imprévisibilité faible ou forte ce qui permet d'inclure dans cette typologie la figure de la bifurcation dans laquelle « (...) des séquences comportant une part élevée d'imprévisibilité produisent des irréversibilités importantes¹⁷ ».

Quatre cas de figures émergent ; celui de la routine qui conjugue « irréversibilité faible » et « imprévisibilité faible ». Viennent ensuite le rituel/changement d'état prévisible/changement graduel qui lie « irréversibilité forte » et « imprévisibilité faible ». Ce sont des séquences prévisibles mais qui entraînent des changements irréversibles. La dernière figure est justement celle de la bifurcation. Par exemple pour une migrante (Daravanh, Cambodge), la révolution khmer a entraîné l'arrêt de ses études notamment l'apprentissage de la langue française, retard

¹⁶ Ibid. p11-12

¹⁷ Ibid. p14

qu'elle n'a pas jusqu'à présent pu combler de manière satisfaisante et qui a eu des conséquences jusqu'à présent irréversibles dans son désir de finaliser l'obtention du diplôme infirmier (abandon du cursus après le premier stage).

« Au niveau de l'action et de l'interaction, la question est celle de la gestion de l'incertitude et des irréversibilités¹⁸ ». Effectivement, dans l'expérience migratoire confrontée aux nombreux obstacles institutionnels européens et nationaux de régularisation incessante de son statut, de reconnaissance de ses diplômes et des conditions matérielles d'existence, n'y a-t-il pas matière à transposer de manière encore plus aiguë ces questions de la contingence et de l'irréversibilité ?

Elles se repèrent dans ce qu'en disent les personnes de ce qui leur est arrivé ; pour en renforcer le propos, les chercheur-e-s peuvent mener des enquêtes sur le terrain, peuvent croiser ces récits avec ceux d'autres personnes de la famille ou d'ami-e-s et peuvent analyser le contexte sociohistorique et politique des différents lieux fréquentés par ces personnes.

3.4 L'approche biographique par le récit de vie

L'approche s'illustre dans le récit de vie. Les socio anthropologues de la migration sont particulièrement attaché-e-s à ce mode de collecte des données. Dans un dossier de *Migration Société* « Les faits migratoires au prisme de l'approche biographique¹⁹ », les auteures écrivent :

« Un récit de vie est la reconstruction a posteriori d'une histoire personnelle et collective plus ou moins longue, d'un enchaînement d'expériences vécues dont la narration, la sélection et l'organisation varient en fonction du moment et de la situation d'élocution, de la consigne donnée par le chercheur, et donc de son objet de recherche, ce qui suppose d'analyser les conditions de production du discours²⁰ ».

Ces récits de vie revêtent une dimension synchronique des faits sociaux c'est-à-dire qu'ils mêlent tous les événements sur le temps de l'entretien, les événements se succèdent et cela constitue un tout. « Lorsque les personnes se racontent, elles relient des sphères de la vie que les sciences sociales ont progressivement cloisonnées en de multiples champs²¹ ».

Les récits de vie ont aussi une dimension diachronique.

« Ils relatent en effet une histoire personnelle et collective, à l'échelle d'une expérience vécue, d'un morceau de vie ou d'une vie entière, parfois même sur plusieurs générations, en faisant appel à la mémoire d'une famille, d'un groupe. (...) Car la migration est un phénomène multiple, généralement lié à d'autres mobilités : de la campagne vers la ville ou d'une région vers une autre dans le pays d'origine, ou entre différents pays, ou encore d'un quartier ségrégué vers une zone plus résidentielle dans la pays d'immigration²² ».

Une autre dimension des récits de vie permet d'appréhender la connaissance macrosociologique du contexte par le biais de la personne. « L'analyse des parcours de vie

¹⁸ Ibid. p17

¹⁹ COLLET B. et VEITH B.,(2013), « Les migrations au regard des récits de vie », *Migrations société*, Vol.25- n°145, janvier-février

²⁰ Ibid, p38

²¹ Ibid. p38

²² Ibid. p39

donne accès aux structures et aux dynamiques des contextes sociaux et nationaux, que les narrateurs décrivent en montrant comment ils s'y insèrent²³».

Enfin là-aussi, les auteur-e-s insistent sur la contingence à prendre en compte dans les parcours de vie.

« Il reste que la migration est souvent vécue comme un évènement qui infléchit résolument le cours d'une vie dans ses différentes dimensions²⁴ ».

La migration internationale est un champ de recherche en expansion compte tenu de la mondialisation et de l'augmentation des flux des personnes et des biens. Pour rendre compte de cette dynamique de circulation, le récit biographique a sa place ; il peut exprimer une expérience singulière qui ne peut exister que liée à celle des autres.

D'autres sociologues comme Daniel BERTAUX²⁵ présentent les avantages et les limites de ce type de méthode. Dans l'avant propos de la troisième édition de son ouvrage sur le récit de vie, l'auteur fait remarquer le renouveau de l'engouement pour l'approche biographique qu'il attribue à la prééminence de l'action sur les structures dans les recherches actuelles ; le récit de vie a tout sa place car il consiste à « (...) étudier l'action dans la durée²⁶. » Historiquement, les récits de vie se situaient davantage dans le courant ethnographique de l'Ecole de Chicago,

« Ce fut notamment le cas à Chicago dans les années 1920 et 1930 (...) qu'est née la sociologie empirique contemporaine, s'inspirant pour sa démarche de celle de l'ethnographie²⁷ ».

Le terme de parcours sera préféré au terme de trajectoire car cette dernière semble davantage indiquer un enchaînement linéaire des faits comme le serait une ligne droite.

« Une multitude d'évènements microsociaux contingents-une rencontre imprévue, une occasion inespérée, un accident, une maladie chronique, le décès subi d'un proche-viennent aussi modifier le cours de l'existence²⁸ ».

Nous retrouvons-là l'importance de la prise en compte de la contingence dans la compréhension des faits et du sens que les personnes en font.

Une critique souvent adressée à cette méthode réside dans « l'idéologie biographique » ou « l'illusion biographique »²⁹ car le/la narrateur-trice présente après coup un discours porteur de cohérence. En effet la personne fait tout un travail de remémoration et de mise en significations de son parcours ; la personne à ses yeux et aux yeux de l'autre restitue sa propre interprétation de ce qui lui est arrivé dans un environnement socioculturel donné. Le/la chercheur-euse conscient de cela a une fonction à son tour d'analyse du discours au travers de son questionnement critique, de la consultation des recherches scientifiques des autres chercheurs ; il/elle peut aussi compléter et enrichir ces données par d'autres sources comme

²³ Ibid p40

²⁴ Ibid p42

²⁵ BERTAUX D.,(2013) « Le récit de vie », L'enquête et ses méthodes, Armand COLIN, 3^{ème} édition

²⁶ Ibid. p7

²⁷ lbd p6

²⁸ Ibid p37

²⁹ Ibid p 37

l'observation des personnes lors de l'entretien, l'analyse des conditions matérielles et symboliques de production du discours, des enquêtes de terrain, des récits croisés, des comparaisons inter et intra générationnelle³⁰.

Michel GROSSETTI reprend les critiques de l'approche biographique notamment celle de Jean-Claude PASSERON (1990) qui « critiquait lui aussi l'« utopie biographique » de l'exhaustivité de la description d'une histoire où tout fait sens et plaide pour la réinsertion des biographies dans les structures sociales ³¹ ». Entre déterminisme des structures et aléatoire des existences, il est possible de nuancer le propos et Michel GROSSETTI évoque la place que prend aussi la contingence, l'accident, le hasard dans les recherches des sciences de la nature³².

3.5 L'expérience migratoire

Avant de commencer les entretiens avec les migrant-e-s, nous avons pris connaissance de ce que pouvait représenter l'expérience migratoire autour de deux auteurs Abdelmalek SAYAD et Alain TARRIUS. Le premier évoque l'émigration-immigration algérienne du début du XX^e siècle aux années 80, le deuxième de la transmigration dans un contexte de mondialisation des années 90 à nos jours. Des figures très différentes émergent des recherches de ces auteurs.

3.5.1 Un processus d'émigration-immigration

Pour Abdelmalek SAYAD, la migration est à considérer comme un processus d'émigration-immigration développée particulièrement pour l'émigration-immigration algérienne.³³ Cet auteur a dévoilé l'importance de prendre en compte, pour des personnes en situation de migration, l'intégralité de leur trajectoire en éclairant le contexte historique, social, politique et culturel du pays d'origine ; mais aussi les liens entre les deux pays ce qui pour l'émigration-immigration algérienne renvoyait à un processus de colonisation-décolonisation « exemplaire »³⁴ ; le terme de pays du « tiers monde » est employé pour l'Algérie et les pays anciennement colonisés et l'une des personnes interviewées l'utilisera aussi. Abdelmalek SAYAD parlera aussi des liens avec la communauté d'origine établis « ici », des liens avec ceux restés « là-bas » et de la caractérisation des rapports sociaux entre émigré-immigré et le pays d'accueil. De même cet auteur a exploré le rapport ambivalent que l'émigré-immigré pouvait entretenir avec la question de la nationalité, nationalité algérienne, nationalité devenue parfois « automatiquement » française. Cette question des nationalités sera aussi explorée lors de l'analyse des entretiens.

³⁰ LENDARO A., « Inégalités sur le marché du travail entre deux générations d'immigré-e-s », ce que l'action publique fait aux parcours de vie, *Revue française de sociologie*, 2013/4 Vol.54, p 779-806 , <http://www.cairn.info/revue-française-de-sociologie-2013-4-pages-779.htm> consulté le 13/11/2014

³¹ ³¹ GROSSETTI M., « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux », http://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE-CIS_120_0005 consulté le 21/11/2014 p2-3

³² Ibid p4-5

³³ A SAYAD, (1999) « La double absence » Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré, collection Liber, Seuil,

³⁴ A SAYAD ibid. p102-103

Ce dont nous avons pris conscience en parcourant cet ouvrage, c'est la nécessité de naviguer entre les différents lieux de migration que traversent les migrants. Nous n'allons pas reprendre comme l'auteur le fait les termes d'« émigré-immigré » mais nous allons essayer d'aller dans cette intention. Nous parlerons plutôt de « migrant-e » qui nous semble recouvrir l'idée du déplacement entre plusieurs lieux. Ce que nous entendons par « différents lieux de migration », c'est cette propension qu'a le/la migrant-e de cumuler, de superposer mais aussi d'entrelacer, de lier intimement plusieurs univers de significations qu'elles soient culturelles, sociales, politiques. Abdelmalek SAYAD à son époque et pour l'émigration-immigration algérienne traduisait cette propension en termes de souffrances liées à la dynamique de la présence-absence « une science de l'absence »³⁵. L'émigré-immigré avait alors davantage la figure d'une victime, plutôt masculine et tiraillée entre plusieurs identités inscrites dans une tragédie.

3.5.2 La transmigration

Actuellement la migration prend d'autres dimensions et notamment celles de *transmigration* ; les *transmigrant-e-s* qu'étudie Alain TARRIUS se réfèrent à

« cette population, identifiée sur tous les continents,[qui] peut être décrite, malgré la diversité de ses manifestations, comme « post fordiste et postcoloniale », en phase avec l'omniprésente mondialisation-globalisation.(...) Elle est en premier lieu formée de migrant-e-s en tournées internationales, de chez eux à chez eux, pour la vente de produits ou de services³⁶. »

Le/la transmigrant-e est une figure qui allie alors stratégies d'action et mobilisation de réseaux dans un espace ou plutôt des *territoires circulatoires* qui peut se comprendre comme « un espace relationnel intense et constant, dont lui seul [le transmigrant] connaît les usages, le transmigrant crée de nouvelles configurations transfrontalières³⁷ ». Le/la transmigrant-e est actrice dans ce processus dynamique, sujet de son histoire. Les savoirs d'expérience accumulés, l'utilisation dynamique des réseaux établis par les migrants « anciens » et l'interconnexion permanente grâce aux TIC³⁸ ont transformé le/la migrant-te ainsi que le regard porté sur lui/elle. .

La migration est caractérisée par son expérience spécifique liée à la mobilité et à la pluralité des espaces socioculturels traversés mais aussi par la notion de carrière. Un autre aspect étudié est celui de la place des femmes dans la migration internationale.

3.5.3 Migrer au féminin

Ce titre d'un ouvrage de Laurence ROULLEAU-BERGER³⁹ prolonge l'exploration d'un nouveau champ de la migration, sa féminisation longtemps restée et invisible et minoritaire dans les années 70 et 80. Sur des chiffres de 2009/2010, sur « (...) environ 220 millions de

³⁵ A SAYAD ibid. p 184-185

³⁶ A TARRIUS, « Des transmigrants en France Un cosmopolitisme migratoire original », *Multitudes*, 2012/2N°49, p42-52. DOI : 10.3917/mult.049.0042, p42

³⁷ A TARRIUS ibid. p44

³⁸ Technologies de l'Information et de la Communication

³⁹ ROULLEAU-BERGER F., « Migrer au féminin », collections La nature humaine, PUF, 2010

migrants dans le monde [qui] résideraient dans un pays étranger (...) la moitié serait des femmes puisque (...) 100 millions de femmes quittent chaque année leur pays d'origine⁴⁰ ».

Les intrications sont fortes dans le champ de la migration entre le capitalisme financier et ses formes d'organisation étendues au monde.

« Les migrations internationales ne peuvent être pensées aujourd'hui comme dissociées de dynamiques économiques qui signifient la réorganisation spatiale de la division du travail et la mondialisation financière⁴¹ ».

De ce fait les parcours et biographies cosmopolites des femmes dépendront pour une grande part de leur capital social, spatial et économique et de leur capacité à les mobiliser ; les conditions pour les mobiliser seront liées au contexte plus ou moins porteur d'inégalités sociales, économiques et ethniques et d'espaces sociaux de reconnaissance.

3.6 La carrière de migrant-e

Le concept de carrière est développé dans un article rédigé par Marco MARTINIELLO et Andrea REA⁴². Cet article est en écho avec les développements théoriques précédents car il se réfère également à la gestion de l'incertitude par les migrant-e-s contemporain-e-s. Le concept de carrière de migrant-e permettrait d'articuler les niveaux micro, méso et macro de l'analyse sociologique. En reprenant la notion de carrière initialement présent dans la sociologie du travail mais ensuite développée particulièrement par Howard BECKER dans son célèbre ouvrage « *Outsiders* », ces auteur-e-s en proposent une transposition dans le champ de la migration en enlevant l'idée de déviance qui constituait le concept central de l'ouvrage d'Howard BECKER. La carrière est « (...) à la fois un processus d'apprentissage d'une pratique et un changement d'identité sociale⁴³ ». C'est un processus dynamique qui articule dimension objective et subjective. La dimension objective se retrouve dans les parcours juridico-institutionnels et socio-économiques. La dimension subjective se rapporte à l'acteur-riche et au sens qu'il/elle donne aux événements au regard de ses aspirations et de l'adaptation aux réalités du pays d'installation. La notion de réussite dans la carrière est à mettre en perspective avec le parcours réalisé par le/la migrant-e depuis son arrivée ou lors de ses périodes de transit.

L'exemple de l'article est tout à fait en écho avec une situation rencontrée lors des entretiens. Les auteur-e-s parlent du fait que pour un-e migrant-e, « (...) le seul fait qu'il soit dans ce pays constitue déjà un succès en-soi (MARTINIELLO et al. 2010)⁴⁴ ». En effet dans le parcours d'un des médecins (Mamadou, Guinée Conakry), le fait de sortir de son pays natal et d'être en France lui amène cette réflexion : « *du coup ceux qui n'ont pas eu la chance de sortir*

⁴⁰ Ibid., p7-9

⁴¹ Ibid., p11-12

⁴² MARTINIELLO M. et REA A., « Des flux migratoires aux carrières migratoires », éléments pour une nouvelle perspective théorique des mobilités contemporaines, SociologiesS[en ligne], Dossiers, Migrations, pluralisation, ethnicisation des sociétés contemporaines, mis en ligne le 18 octobre 2011, URL : <http://sociologies.revues.org/3694>, consulté le 21 novembre 2014.

⁴³ Ibid. p3

⁴⁴ Ibid p4

du pays ne comprendront jamais ce que tu vis ici, « tu es au paradis, tu es en France, tu as tout : des biens...⁴⁵ ».

Le statut juridique est une des dimensions de la carrière, nous pouvons nous en rendre compte dans les enjeux liés aux statuts et visas que rencontrent les migrant-e-s. A ce moment-là se joue la question de la demande d'obtention de la nationalité française, diverses configurations se dessinent dans les positionnements des migrants face à cet enjeu. Certain-e-s la demandent mais l'absence d'un emploi en CDI les excluent de la démarche (Fathia, Algérie). Certain-e-s revendiquent de garder leur nationalité d'origine et de renouveler tous les dix ans le visa famille car il y va de leur identité propre (Nadia, Algérie) ; et même s'ils/elles ont fondé une famille et qu'ils/elles restent les seul-e-s à ne pas l'avoir (Nadia, Algérie). D'autres l'ont eue très facilement car leur père était depuis longtemps en France même si les relations entre eux/elles et ce père sont très tendues (Leila, Algérie).

Une deuxième dimension de la migration est la professionnalisation de la migration en termes de compétences mobilisées par le/la migrant-e tout au long de sa pérégrination. Entre les opportunités à saisir pour obtenir des ressources relationnelles ou économiques, pour sortir de la précarité et échapper aux pièges de l'étiquetage, le/la migrant-e acquiert un savoir agir et un savoir-faire relationnelles indispensables à sa survie.

Une troisième dimension réside dans l'apprentissage d'une culture liée aux différents espace-temps traversés. « Cette culture spécifique est celle de « l'entre deux », « elle n'est ni celle du pays d'origine, ni celle du pays d'installation, mais un produit original soumis aux aléas des circonstances socio-historiques » (MOREAU et SCHLEYER-LINDERMAN, 1995,p24)⁴⁶ ».

Enfin la dimension temporelle de la carrière est à prendre en compte en écho avec les différentes temporalités de la vie, le passé, le présent, le futur. Comment s'articulent-elles les unes aux autres quand le passé s'enracine en plusieurs endroits ? Il est un « ailleurs » qui s'éloigne de plus en plus face à une mémoire qui ne veut pas le lâcher. Il est aussi un temps passé ici qui commence à laisser son empreinte dans la mémoire. Le présent navigue entre les berges des « passés » et l'espoir d'un avenir qui puisse peut-être réconcilier le tout.

De l'ensemble de ces caractéristiques, le concept de carrière trouve sa pertinence dans l'articulation des trois niveaux d'analyse sociologique macro, méso et micro :

« L'analyse des carrières migratoires repose sur l'étude de l'articulation de trois types de facteurs assez proches de celle proposée par Rachel ROSENFELD (1992) pour les carrières professionnelles : les caractéristiques individuelles des migrants, la structure des opportunités et des contraintes des migrations internationales et la mobilisation des ressources (réseau social). Par carrière migratoire, nous entendons donc des carrières individuelles et non des carrières collectives⁴⁷ ».

⁴⁵ Entretien avec le migrant Mamadou n°7, p 31, ligne 1058

⁴⁶MARTINIELLO M. et REA A., « Des flux migratoires aux carrières migratoires », éléments pour une nouvelle perspective théorique des mobilités contemporaines, *Sociologies*[en ligne], Dossiers, Migrations, pluralisation, ethnicisation des sociétés contemporaines, mis en ligne le 18 octobre 2011, consulté le 21 novembre 2014.

URL : <http://sociologies.revues.org/3694> , p6

⁴⁷ Ibid p7

3.7 Le parcours : un autre regard sur l'expérience de la migration?

Nous nous sommes intéressées au concept de parcours en parcourant l'ouvrage de Bénédicte ZIMMERMANN « *Ce que travailler veut dire*⁴⁸ ». L'auteure emploie ce terme à propos des récits de vie de salarié-e-s qui présentent un parcours professionnel particulier ; en effet ils/elles travaillent au sein d'un groupement d'employeurs dans un contexte de la flexibilité. Les aspects de ce concept de parcours qui ont retenu notre attention en rapport avec l'expérience migratoire relèvent de plusieurs caractéristiques.

La première est le caractère aléatoire et non prévisible du parcours, en cela il se distingue de l'itinéraire, et ce qui donne de l'épaisseur au parcours c'est comment les situations vont se dérouler dans un environnement donné. La pluralité des espaces, des temporalités et des relations impliquées dans le parcours migratoire invite le/la migrant-e à un retour constant sur ce qui s'écoule, sur ce qui profile, ce qui se subit, ce qui s'échange entre soi et les autres. Cette dynamique engage le/la migrant-e à une réflexivité sur ses ressources et ses capacités.

La deuxième caractéristique du parcours est l'enchevêtrement des rôles et identités des différentes sphères de la vie ; professionnelle, institutionnelle, familiale et en dehors d'étape de reconnaissance ; ce qui le distingue de la carrière telle que développée par HS BECKER⁴⁹ qui l'assimile à des séquences qui suivent un ordre et qui aboutissent à un résultat observable.

La troisième caractéristique du parcours est l'absence d'étapes balisées dans le parcours, ce qui le distingue de l'itinéraire.

« Si le parcours ne se limite pas à une succession d'évènements mais intègre leurs interstices et la production de continuité, alors son analyse est redevable d'une herméneutique et d'une phénoménologie de l'expérience qui articule différentes temporalités- professionnelles, familiales, sociales, institutionnelles- dans le temps du récit biographique. Dans une telle perspective, la notion de parcours synthétise les deux qualités, historique et relationnelle, de la personne sociologique, pour peu qu'on ne réduise pas cette dernière à sa subjectivité, mais qu'on la considère comme un être en devenir, intrinsèquement relationnel et historique.⁵⁰ »

Suite à ces éléments d'exploration de l'expérience migratoire, nous aimerions maintenant introduire des aspects de l'intégration professionnelle des médecins migrant-e-s. Nous allons, dans un premier temps, nous fonder sur deux études, une au Québec et une en Europe ; ce qui nous permettra d'approcher le champ de la sociologie des professions, du travail dans une dimension migratoire. Dans un deuxième temps, nous envisagerons les différentes perspectives que nous avons relevées dans notre groupe de médecins migrant-e-s.

⁴⁸ ZIMMERMANN B., (2014) « Ce que travailler veut dire », une sociologie des capacités et des parcours professionnels », 2^{ème} édition, Collection Etudes sociologiques, Edition Economica, Paris, , chapitre 5, pp81-88

⁴⁹ BECKER H S, « Outsiders », Etudes de sociologie de la déviance », Editions A.-M. Métailié, 1985, pp45-47

⁵⁰ Ibid ;, p88

4 Exemples d'intégration professionnelle de médecins migrants au Québec et en Europe

Nous commencerons par exposer celui du Québec à partir d'un article d'*Anthropologie et santé* en ligne de 2012. Puis nous présenterons, dans le contexte européen, brièvement les points que nous avons retenus de l'ouvrage collectif sous la direction de Anna KRASTEVA et Despina VASILCU « *Migrations en blanc* » de 2014 ; enfin nous poursuivrons avec, en France, les différentes perspectives d'intégration professionnelle des médecins en lien avec ceux que nous étudions.

4.1 L'exemple du Québec

Le premier exemple est celui du Québec à partir d'un article rédigé par Marie-Jeanne BLAIN et al. « *L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale*⁵¹ ». Cet article cherche à saisir « *les tensions et angles morts relatifs aux mobilités de professionnels de la santé et leur intégration professionnelle dans le pays d'accueil*⁵² ». Il ambitionne de saisir l'articulation des trois niveaux d'analyse, depuis le niveau macro à partir du phénomène de la mondialisation des migrations et des politiques ; le niveau méso à partir de l'intégration sur le marché du travail et dans la culture organisationnelle ; le niveau micro partir des stratégies des acteurs et de leur pratique de la négociation.

Les auteur-e-s s'appuient sur l'anthropologie de la santé et la sociologie des organisations pour asseoir leur approche à la fois dynamique et relationnelle de l'intégration professionnelle qui inclue la prise en compte de rapports de domination.

« Une analyse des trajectoires d'intégration professionnelle s'avère donc complexe, imbriquant des phénomènes globaux, nationaux et institutionnels ainsi que microsociaux⁵³ ».

La méthode des récits de vie a été employée auprès des médecins immigrés et d'acteurs impliqués dans le processus d'intégration des médecins.

4.1.1 L'intégration professionnelle du point de vue politique

Le niveau macrosociologique fait apparaître un premier point qui concerne la circulation des migrant-e-s hautement qualifié-e-s comme les médecins, c'est une circulation qui montre une tendance forte à la hausse. « (...) *le nombre et la proportion de médecins immigrants ont augmenté dans presque tous les pays de l'OCDE dans les 25 dernières années (...)*⁵⁴ ».

Un deuxième point nous semble primordial pour la compréhension des situations de ces migrant-e-s au Québec comme en France, c'est la mise en évidence pour la majorité d'entre eux/elles d'une intégration professionnelle déqualifiée parfois en dehors de la santé et d'une précarité professionnelle. Ce sont des éléments que nous retrouverons dans les entretiens des

⁵¹ BLAIN M-J, SUAREZ-HERRERA J. C. et Fortin S., « L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale », *Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, [en ligne], 5 | 2012, mis en ligne le 28 novembre 2012, consulté le 16 juin 2014, URL : <http://anthropologiesante.revues.org/973> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.973

⁵² Ibid p3

⁵³ Ibid p 2

⁵⁴ Ibid p 4

médecins ; par contre dans notre groupe, tous/toutes ont travaillé comme aide-soignant-e-s dans le temps qui a précédé leur inscription à leur cursus en vue d'obtenir le DEI⁵⁵.

Enfin pour clôturer ce niveau macro, les auteur-e-s soulignent à juste titre le caractère divers et éclaté des motifs migratoires de ces médecins migrant-e-s ; cela peut sembler étonnant de la part de migrant-e-s que l'on estime privilégié-e-s dans leur mode d'existence ; mais les auteur-e-s s'introduisent cette partie en soulignant les deux dimensions de l'intégration professionnelles, celle de la légitimation entre diplôme et travail réel et celle des stratégies de négociation dans la recherche de reconnaissance entre les pays qui laissent fuir leurs médecins comme nous le verrons avec l'exemple des médecins roumains et bulgares ; des pays qui prônent une immigration qualifiée et qui attirent ces migrant-e-s notamment en intra-européens et des pays qui ne proposent pas des perspectives d'exercice médical attractif pour leurs médecins, les phénomènes sont complexes et disparates. Et même si les médecins arrivent dans une société où ils/elles pensent être reconnu-e-s rapidement dans leurs compétences, l'intégration professionnelle est incertaine.

« Les migrants se trouvent donc confrontés à des réalités paradoxales : on déploie un ensemble de stratégies très convaincantes pour les inviter à s'établir tandis qu'en parallèle, une fois sur place, une série de mécanismes entre en jeu qui freinent leur intégration professionnelle.⁵⁶ »

Parler ensuite d'adaptabilité du/de la migrant-e c'est ignorer ce qui se joue en plus des caractéristiques individuelles de la personne dans les processus d'accès à l'emploi.

4.1.2 L'intégration professionnelle du point de vue institutionnel

Le niveau méso sociologique aborde la question de la culture professionnelle en citant Renaud SAINSAULIEU :

« L'idée qu'une entreprise soit aussi une culture, c'est-à-dire une forme de sociabilité produite, transmise, partagée et renouvelée (...) dont la régulation n'est plus seulement liée aux interactions stratégiques de pouvoir et aux ajustements face aux pressions de l'environnement.⁵⁷ »

Ce sont les ressorts professionnels d'inclusion ou d'exclusion des personnes selon qu'elle partage ou pas cette culture.

Au Canada mais on le trouve aussi en France, le processus de certification des compétences médicales est un écheveau complexe qui génère de l'incertitude et des difficultés à s'y repérer. La complexité de ce processus de validation des compétences acquises « ailleurs » traduit-elle une attitude sur la défensive d'un corps médical dans le pays d'accueil qui se sentirait menacé ?

« Ainsi, la transférabilité des compétences des médecins diplômés à l'étranger n'est pas seulement modulée par leurs caractéristiques personnelles ou par le contenu des cursus universitaires. Les effets de la culture organisationnelle se manifestent à plusieurs niveaux⁵⁸. »

⁵⁵ Diplôme d'état Infirmier

⁵⁶ Ibid p7

⁵⁷ Ibid p 8

⁵⁸ Ibid p 10

4.1.3 L'intégration professionnelle du point de vue stratégique

Le niveau microsociologique va faire émerger des stratégies de négociation et d'affinités des acteurs/trices dans le processus d'intégration professionnelle. Entre un diplôme qualifié dans le pays d'origine et un poste de travail négocié ici, il y a tout un processus qui se met en mouvement qui allie stratégies, négociations et recherche de reconnaissance entre l'individu et l'environnement de travail. Les auteurs, entre autres, font référence à Alain BERSET et al. dans son article « Qualification-déqualification professionnelle des immigrants ⁵⁹ ».

« (...) l'adaptation n'est pas [que] le simple rapprochement d'un nouveau contexte professionnel et d'un migrant, mais résulte d'ajustements mutuels incessants commandés aussi par des éléments propres à l'organisation (organisation du travail, compétences) que par des éléments indirects (concurrence, marché). Le degré d'adéquation des personnes aux postes dépend directement de la capacité de négociation des parties en présence. ⁶⁰ ».

L'article canadien montre qu'il y a une hétérogénéité des devenir professionnels des médecins entre ceux qui seront dans le domaine de la santé et ceux qui ne le seront pas ; et ceux qui le seront à des postes de pouvoir médical ou pas. Les médecins relatifs à notre étude ont exercé dans le milieu de la santé mais à une position subalterne d'aide-soignante dans les temps qui ont précédé la candidature au DEI. Deux sur sept ont travaillé en dehors du milieu de la santé. Une réglementation récente que nous citerons ultérieurement restreint maintenant cette possibilité d'occuper un poste dans le soin.

La suite de l'article aborde les stratégies informelles de négociation en vue d'une intégration professionnelle et dans quelle mesure ces dernières contournent les réglementations formelles des institutions. L'accès à l'information sera d'autant plus efficace que des intermédiaires les initieront au dédale du marché de l'emploi. Ces intermédiaires peuvent être des associations, des réseaux sociaux ou une figure de référence « mentor » expérimentée car déjà passée par là. Un dernier point clôt l'éclairage du niveau micro, c'est celui des affinités sélectives qui introduisent des variabilités dans le processus de reconnaissance du médecin. La notion d'affinités sélectives revient à Renaud SAINSAULIEU et met à jour les rapports interpersonnels qui résultent d'« (...) une tension entre, d'un côté, les rapports d'affinité avec leurs pairs et, de l'autre, la recherche d'une reconnaissance institutionnelle qui pourrait faciliter leur intégration sur le marché du travail ⁶¹. » En fait la légitimité d'une personne à intégrer un poste en adéquation avec son diplôme et son expérience est variable et dépend d'un ensemble de facteurs qu'ont repris Alain BERSET ⁶² et ses collègues :

« La transférabilité de la valeur des diplômes que le travailleur immigrant a obtenu avant son arrivée est fonction de l'évaluation de leur renommée dans le pays d'arrivée. Quant à la transférabilité de sa

⁵⁹ BERSET Alain, WEYGOLD Olivier et HAINARD François, (1999): « Qualification-déqualification professionnelle des immigrants ». Approche théorique, *Revue européenne des migrations internationales*, Vol.15-N°3-, p.87-99

⁶⁰ Ibid p98

⁶¹ BLAIN M-J, SUAREZ-HERRERA J. C. et Fortin S., « L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale », *Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, [en ligne], 5 | 2012, mis en ligne le 28 novembre 2012, consulté le 16 juin 2014, URL : <http://anthropologiesante.revues.org/973> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.973, p 13

⁶² BERSET Alain, WEYGOLD Olivier et HAINARD François : « Qualification-déqualification professionnelle des immigrants ». Approche théorique, *Revue européenne des migrations internationales*, Vol.15-N°3-1999, p. 87-99

*réputation professionnelle, elle dépend de l'étendue estimée du réseau professionnel dans lequel il est inséré (réseau régional, national, international, mondial*⁶³*».*

En conclusion, cet article a mis en évidence l'importance de considérer l'intrication des trois niveaux d'analyse dans la compréhension du processus d'intégration professionnelle de médecins migrant-e-s. Nous pouvons penser que les éléments présentés dans cette étude peuvent se transposer à toute situation d'intégration professionnelle de migrant-e. Peut-être insisterons-nous en dernière partie sur la spécificité du milieu soignant et sa mission propre qui peuvent avoir un impact sur des aspects organisationnels et identitaires.

4.2 L'exemple de migrant-e-s allant de l'Europe de l'est vers l'Europe de l'ouest, entre migration et mobilités

4.2.1 Migration en blanc, médecins d'est en ouest

« *Migrations en blanc*⁶⁴ » dessine une configuration de mobilités de médecins de Roumanie et de Bulgarie vers principalement l'Allemagne, la France et l'Italie. Ce mouvement migratoire s'est majoré avec l'adhésion en 2007 de ces deux pays à l'Union Européenne (UE). Il est à ce moment-là nécessaire de peindre le paysage de la politique française et européenne concernant la migration afin d'en éclairer certaines dimensions.

La France après une période intense d'immigration de travail notamment après la seconde guerre mondiale, a opéré un revirement de sa politique migratoire dans le sens d'une fermeture des frontières fin des années 70 et d'un processus de catégorisation des migrant-e-s en migrant-e-s régulier-ère-s et migrant-e-s clandestin-e-s ; le tout dans un contexte social de récession économique, de chômage de masse et de désengagement progressif de l'Etat de son rôle protecteur. Le modèle républicain d'assimilation « à la française » est en crise.

*« Ce qu'on décrit comme une crise du « modèle » d'assimilation est précisément le maintien d'une partie de la population de France dans cette situation de transition continue : ni français ni étrangers ; ni immigrés ni membres de la société d'accueil ; ni ceux qui reçoivent l'hospitalité ni ceux qui l'offrent. »*⁶⁵

Les récentes politiques migratoires ont privilégié deux axes : celle en faveur d'une immigration « choisie » ou pour le dire autrement élitiste vis-à-vis des migrants et celle qui accentue la lutte contre l'immigration clandestine.

*« La loi du 24 juillet 2006, intitulée loi relative à l'immigration et à l'intégration, a pour objectif la maîtrise à la fois quantitative et qualitative des flux migratoires : il s'agirait de "passer d'une immigration subie à une immigration choisie" (comme le précise la motion de synthèse adoptée à l'issue de la convention de l'UMP sur l'immigration, en juin 2005) »*⁶⁶.

⁶³ Ibid, p 93

⁶⁴ KRASTEVA A et DESPINA V. (sous la dir.), (2014) « Migrations en blanc, médecins d'est en ouest », Edition L'Harmattan, Collection Local et Global,

⁶⁵ STREIFF-FENART J., « Le modèle républicain » et ses autres : construction et évolution des catégories de l'altérité en France », *Migrations Société*, vol.21-n°122, mars-avril 2009, p227

⁶⁶ Pour aller vers « l'immigration choisie », une forme de sélection de la main d'œuvre est prévue : des « listes de secteurs tendus où les employeurs pourront faire appel à des étrangers » seront établies. De plus est institué une carte « compétence et talents » valable trois ans et renouvelable, pour faciliter l'accueil des étrangers dont « le talent constitue un atout pour le développement et le rayonnement de la France »

Du point de vue européen, les accords de Schengen et l'élargissement de l'espace européen ont instauré une libre circulation des personnes à l'intérieur de l'Europe « frontière ». Une des conséquences est l'augmentation des flux de migrants hautement qualifiés comme les médecins de l'Europe de l'Est, Roumanie et Bulgarie, vers la France et l'Allemagne⁶⁷. La migration intra-européenne s'accroît et représente une concurrence plus importante vis-à-vis des migrants hors européens. Il y a un effet de redoublement des frontières, celle de l'Europe et celle du pays européen. Un cadre législatif européen encadre la mobilité doublé du cadre propre au pays d'installation. Pour les médecins européens, les qualifications professionnelles sont reconnues équivalentes grâce à la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 entrée en vigueur le 20 octobre 2007. Cette disposition législative entraîne *de facto* l'exclusion des migrants non européens dans la reconnaissance de leur qualification.

Cette situation sur le marché du travail introduit une discrimination entre travailleurs au sein de l'espace européen ou hors de cette espace.

« Tout salarié étranger postulant à un emploi est confronté à la question de l'équivalence de ses diplômes dans le pays d'accueil. Ainsi, une fois dans le pays d'accueil, l'étranger n'en a pas fini avec les frontières (...) pour qu'on le reconnaisse comme un salarié de plein droit, il doit se soumettre à une série de procédures d'équivalence à l'issue desquelles, il sera soit admis au cœur de la profession, soit rejeté à l'extérieur du cercle. »⁶⁸

Compte tenu de ce contexte, les médecins migrant-e-s en intra européen voient leur diplôme reconnu. Les raisons migratoires sont liés à plusieurs mouvements ; d'une part une politique de santé du pays d'origine avec peu de moyens économiques et surtout peu de reconnaissance sociale et, en pendant, des pays d'installation offrant des opportunités de carrière et une reconnaissance de la profession. La migration s'est féminisée et reste urbaine près des grandes villes des pays d'installation. Elle répond en partie à certaines spécialités médicales en déshérence en France comme l'anesthésie ou la pédiatrie mais pas à la désertification médicale du territoire français. Et pour les pays d'origine, la fuite médicale a des impacts négatifs sur l'état de santé de la population et devrait questionner de manière urgente les dirigeants de ces pays à impulser et développer une politique de santé plus attractive et économiquement plus performante. Parfois aussi certaines de ces migrations ne sont en fait que des mobilités. Certains médecins vont envisager de retourner au pays enrichi-e-s d'un capital *mobilitaire* c'est-à-dire enrichi des ressources et spécialisations acquises durant la migration et qui permettront une fois rentré-e-s une position sociale assurée et prometteuse. Mais il existe une grande variabilité de ces mobilités dont nous parle d'Anna KRISTEVA⁶⁹

<http://www.vie-publique.fr/actualite/dossier/controle-immigration/controle-immigration-vers-immigration-choisie.html> consulté le 2/12/2014

⁶⁷ KRASTEVA A. et DESPINA V(Sous la direction de),(2014)., « Migrations en blanc, Médecins d'est en ouest », L'Harmattan, Coll. Local et Global,

⁶⁸ LOCHARD Y MEILLAND C et VIPREY M, (2007) « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail », les effets d'une discrimination institutionnelle, *La revue de l'Ires*, n°53, , http:// Cairn.infozen.php?ID_ARTICLE-RDLI_053_0083 consulté le 16/06/2014, p2

⁶⁹ KRASTEVA A. et DESPINA V(Sous la direction de)., (2014) « Migrations en blanc, Médecins d'est en ouest », L'Harmattan, Coll. Local et Global, , p119-150

dans le chapitre « Mobilité en blanc ». Elle relate à travers des parcours de migrant-e-s six modèles de la mobilité exemplaires de cinq grandes tendances de la mobilité sanitaire.

4.2.2 Une migration exceptionnelle

Avant d'aborder ces modèles, l'auteur-e insiste sur le quadruple capital social des médecins qui en fait une migration exceptionnelle :

-« *professionnel. Les médecins font partie des cerveaux mobiles mais ne se fondent pas dans la masse (...)* ;

- *humanitaire. (...) qui souligne le caractère exceptionnel de la médecine au service de la communauté ;*

- *économique. (...) Le paradoxe positif de la profession médicale est qu'elle reste faible avec une demande nationale et internationale- de médecins même en temps de crise économique ;*

- *démocratique. Les « Médecins sans frontières » sont le visage global de l'implication de la médecine dans les conflits, guerres, crises, de son engagement pour les droits de la personne. (...)⁷⁰ »*

4.2.3 Entre migration et mobilités

Puis viennent les six figures de la mobilité déroulées par Anna KRASTEVA⁷¹

Le premier assimilé à « *les mobiles sans intention de migrer* » : « *Je n'ai jamais pensé rester en France. J'y suis allée pour développer ici [mon domaine] (...). La mobilité se cristallise en capital mobilitaire* ». La mobilité est égrenée de déplacements d'un pays à un autre et accompagnée de spécialisations et d'innovation avec un retour au pays d'origine marqué par une évolution de carrière satisfaisante. La situation de Mamadou peut faire songer à ce type de mobilité, nous l'évoquerons en parlant de « *revenir couvert de diplôme* ».

Le second appelé « *les mobiles avec intention de migrer* » : le motif migratoire n'est pas d'emblée professionnel, la temporalité échappe au/à la migrant-e, le vécu de la migration est difficile. Il y a plusieurs allers et retours entre pays d'origine et pays d'accueil. La mobilité peut se transformer en migration selon la durée de résidence dans le pays d'installation

Le troisième nommé « *La migration Second life* » : soit la routine soit le manque de reconnaissance professionnelle poussent le /la migrant-e à changer de pays pour trouver éventuellement de nouveaux défis ou une meilleure reconnaissance professionnelle. Cela peut passer par plusieurs pays. La mobilité se transforme en migration.

Le quatrième intitulé « *Les nouveaux Européens* » : le point de départ est la mobilité universitaire Erasmus qui finalement a entraîné une fin des études dans le pays « Erasmus » et une carrière en suivant. « *Ils sont la génération de l'intégration européenne dont le début de la carrière est facilité et accéléré par la libre circulation du travail⁷² » ; génération valorisée et soutenue car bénéficiaire des dispositifs européens et nationaux d'échanges des étudiants dans les formations initiales.*

⁷⁰ Ibid, p 125

⁷¹ Ibid, p 136-148

⁷² Ibid, p 144

Le cinquième identifié « *Les retournés* » : c'est une figure spécifique marquée par le retour mais un retour nuancé ; ce peut être un retour après un changement de régime politique plus favorable et qui répondra alors à des aspirations existentielles, de rapprochement des siens, de ses « racines » ; ce peut être aussi un retour temporaire qui va être utilisée comme « pause réflexive » afin de bien préparer la nouvelle migration ; ce peut être un retour définitif dont l'aboutissement sera une promotion professionnelle ou au contraire des échecs liés à des impossibilités par exemple de réconcilier vie familiale et vie professionnelle.

Le sixième et dernier repéré « *Transnational* » : ce dernier modèle traduit un attachement fort de la personne à son pays d'origine et des allers retours incessants entre différents pays, la pratique professionnelle peut avoir lieu là-bas et ici, la migration est promue en terme de reconnaissance personnelle et professionnelle et la personne est en recherche de toujours plus.

De ces six figures, l'auteure conclut en soulignant l'émergence de quatre tendances de la mobilité sanitaire :

« (...) l'augmentation des flux migratoires inévitable sur le marché des services sanitaires de plus en plus européenisé et mondialisé ; (...) les rapports dynamiques entre migration et mobilité ; l'émergence de formes innovantes de mobilité comme le transnationalisme et l'émergence de la figure du médecin mobile capable de gérer son capital mobilitaire et qui devient l'auteur de son projet migratoire.⁷³ »

Nous avons réfléchi avec ces recherches sur deux aspects de la migration : l'aspect « intégration professionnelle » et l'aspect « diversité des modes de mobilité sanitaire ». Ces approches ont en commun d'exposer la variabilité des dynamiques migratoires qui nécessite une étude précise et singulière des parcours de migrant-e-s en tricotant les politiques de migration, les contextes politiques et socio-économiques des pays et la capacité des individus à faire leur place professionnelle eux-mêmes insérés dans des réseaux de relations.

Nous aimerions à présent décrire le contexte français d'intégration professionnelle des médecins non européens. Nous commencerons par expliciter le contexte actuel des professions médicales ; ainsi que le parcours réglementaire de reconnaissance du diplôme. Nous énoncerons ensuite les autres éventualités professionnelles d'exercer en restant dans le milieu du soin en regardant les professions d'infirmier-ère et d'aide-soignant-e.

5 L'intégration professionnelle dans le milieu de la santé en France pour les médecins non européens

5.1 Médecins non européens : comment faire reconnaître son diplôme ?

La démographie médicale au 1^{er} janvier 2014 d'après le recensement du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)⁷⁴ indique un nombre total de médecins en activité régulière de 198760 dont 56% d'hommes et 44% de femmes ; la féminisation s'accélère puisque l'étude montre que 58% des nouveaux inscrits sont des femmes.

⁷³ Ibid, p 148

⁷⁴ « Atlas de la démographie médicale 2014 », http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/chiffres_cles_atlas2014.pdf consulté le 28/11/2014

5.1.1 Flux migratoire et trajectoire des médecins

Une enquête récente de l'Ordre National des Médecins sur les « flux migratoires et trajectoires des médecins⁷⁵ » révèle les éléments suivants. D'une part le nombre total de médecins né-e-s dans un pays hors de France en activité régulière est de 40354 dont 25% né-e-s en Union Européenne (55% de femmes) et 75% né-e-s hors Union Européenne (31% de femmes). La féminisation est plus forte pour les migrant-e-s de l'Union Européenne que pour les migrant-e-s hors de l'Union Européenne. Quatre thèmes défilent dans le communiqué de presse ; le premier qui est de rappeler le contexte historique et géopolitique des flux migratoires des médecins. Les circonstances de la colonisation ou du protectorat expliquent la migration historique de la moitié du nombre de médecins né-e-s ou diplômé-e-s hors de France notamment pour l'Algérie, le Maroc et la Tunisie. L'entrée en 2007 dans l'UE de pays de l'Europe de l'est a entraîné la mobilité de médecins de ces pays vers en particulier la France, la Roumanie est toujours l'exemple cité dans ce cadre-là. Enfin des évènements politiques récents comme la guerre en Syrie a pour conséquence de générer un afflux de médecins syriens vers la France. Le deuxième thème est le fait que ces flux de médecins ne règlent pas le problème de la désertification médicale française. Car ces médecins choisissent préférentiellement l'exercice salarié et les zones à forte densité urbaine. Puis sont relevés deux faits, l'un relatif à la féminisation de la migration ; l'autre qui a trait à la commune difficulté d'accès aux soins de premier recours au sein de l'Europe. Le texte conclut par une nécessaire régulation de la démographie médicale à l'échelle européenne et de « déboucher sur un débat éthique sur les conséquences des flux migratoires⁷⁶ ».

Après avoir installé des données statistiques de l'environnement médical, nous allons à présent dérouler le parcours réglementaire de reconnaissance du diplôme des médecins non européens.

5.1.2 Faire reconnaître son diplôme : un processus institutionnel discriminant

Nous nous sommes appuyées sur le document écrit par l'Association d'accueil aux Médecins et Personnels de santé Réfugiés en France (APSR) sur son site⁷⁷. C'est cette présentation qui nous a semblé la plus claire. En fait deux possibilités s'offrent aux médecins non européens, soit obtenir la Procédure d'Autorisation d'Exercer (PAE) en ayant déjà choisi une spécialité soit reprendre les études médicales. Dans le premier cas, trois étapes sont à passer : une épreuve de vérification des connaissances par spécialité, un contrôle des pratiques professionnelles durant trois ans rémunérés en tant qu'interne et le passage devant une commission d'autorisation d'exercice accordée ensuite sur décision du Ministre chargé de la santé. Les épreuves peuvent être passées au plus trois fois. Et c'est le choix de la spécialité qui oriente vers cette procédure.

Dans le deuxième cas, la reprise des études médicales passera par la Première Année Commune aux Etudes de Santé ou PACES, commune aux médecins, pharmaciens, dentistes et

⁷⁵ « Flux migratoires des médecins exerçant en France », <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1531> consulté le 29/11/2014

⁷⁶ Ibid.,

⁷⁷ http://apsr.asso.fr/?page_id=221 consulté le 18/07/2014

sages-femmes. Pour les primo étudiants français en médecine, cette épreuve est, sur la base des sciences fondamentales, extrêmement sélective. De plus en plus, ces étudiants passent par des préparations privées pour améliorer leur chance de réussite. L'ambiance « concours » des deux semestres de la 1^{ère} année est réputée comme peu propice à l'entraide. Déjà c'est un passage extrêmement difficile pour les primo étudiants, il semble évident que pour les médecins non européens, cela soit pratiquement impossible. Ces professionnels peuvent se présenter trois fois à cette épreuve. Après avoir passé cette étape, ils/elles sont dispensé-e-s des années 2, 3, 4 et 5 mais doivent réussir à un examen synthétisant les savoirs acquis durant ces années ; puis ils/elles rejoignent le cursus à la 6^{ème} année des autres étudiants et terminent avec la thèse. Ils/elles sont considéré-e-s comme ayant fait la totalité de leurs études en France et peuvent exercer dans les pays de l'Union Européenne.

Cette deuxième étape constitue un véritable obstacle et suscite beaucoup d'échecs pour les médecins non européens.

« De longue date, le corps médical français n'aime pas incorporer en son sein des médecins venus d'autres pays. Depuis la Révolution française, l'exclusion s'est faite soit sur diplôme, soit sur la nationalité, soit comme actuellement sur l'une et l'autre⁷⁸. (...) la procédure d'intégration des MNE [Médecins Non Européens] en France, longue-plusieurs années-et très sélective, constitue probablement un facteur de dissuasion⁷⁹ ».

Au total ce dispositif institutionnel fait montre d'une violence structurelle car il est plutôt décourageant et dissuasif pour des diplômés supérieurs. Les médecins non européens sont des diplômés hautement qualifiés à baccalauréat plus six à sept ans en moyenne hors spécialisation et il leur faut rajouter trois à six ans d'études selon leur orientation dans l'intégration du parcours médical français et européen. L'aspect fortement réglementé et excluant des professions médicales est discriminant.

Le parcours de reconnaissance du diplôme de médecin est donc un parcours du combattant, excluant et dont les étapes sont incertaines. Quand cette éventualité est mise de côté, quelles sont les autres possibilités de travailler tout en restant dans le milieu de la santé ? Nous nous proposons à présent de présenter les alternatives professionnelles aide-soignante ou infirmière.

5.2 Quand l'intégration professionnelle passe par la pratique aide- soignante : une analyse croisée genre, « race » et classe

Nous allons aborder l'intégration professionnelle des médecins sous plusieurs aspects ; d'abord l'aspect concret d'exercice aide-soignant qui jusqu'en 2012 passait par une attestation d'exercice délivrée par la DRASS⁸⁰ puis par l'ARS ; l'attestation à exercer un métier est différent d'un titre validant le suivi d'une formation professionnelle. Dans le milieu de la santé, de savoir comment s'organise la hiérarchie soignante et les processus de

⁷⁸ C HATTZFELD, M BOIDE et A BAUMELOU, « Professionnels de santé non citoyens européens et/ou à diplôme non communautaire », Hommes et migrations [en ligne], 1282/2009, mis en ligne le 29 mai 2013, p 92, URL : <http://hommesmigrations.revues.org/452> consulté le 16/06/2014

⁷⁹ Ibid. p 94

⁸⁰ Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale

professionnalisation des métiers de la santé renseignent sur les cultures professionnelles en jeu. Ensuite nous présenterons des éléments d'analyse qui croisent plusieurs dominations dans l'expérience de médecins migrant-e-s femmes et hommes dans la pratique aide-soignante.

5.2.1 Le travail aide-soignant : attestation versus formation

En quoi l'attestation délivrée par une autorité sanitaire comme titre d'exercice d'une activité diffère-t-elle d'une formation délivrant un diplôme qui certifie les compétences à exercer cette même activité ? C'est ce que nous allons à présent explorer.

5.2.1.1 Une attestation d'exercer le métier d'aide-soignant-e

Jusqu'en mars 2012 il était possible d'obtenir, sans condition, l'autorisation d'exercer en tant qu'aide-soignant-e, attestation délivrée par l'Agence Régionale en Santé. Puis une décision du Conseil d'Etat annule ce dispositif. Dans un premier temps, celui-ci est saisi par un contentieux entre le Ministère de la Santé et des Sports et l'APRS⁸¹. Cette dernière demande

« d'annuler pour excès de pouvoir la décision implicite résultant du silence gardé par le ministre de la santé et des sports sur sa demande présentée le 22 janvier 2010 et tendant à la modification de la circulaire du 15 mai 2007 relative à la mise en extinction du dispositif d'autorisations de recrutement en qualité d'infirmier de médecins titulaires d'un diplôme extra communautaire de docteur en médecine⁸²... »

Cela permettrait d'élargir l'accès à l'exercice infirmier à toute personne pas uniquement « réfugiée politique » mais aussi « réfugiés, apatrides, bénéficiaires de la protection subsidiaire ou de l'asile territorial ». Et le Conseil d'Etat rejette cette demande car il estime que le Ministre « (...) n'était pas compétent pour édicter les dispositions contenues dans la circulaire du 15 mai 2007 et pour en étendre le bénéfice⁸³ ». Ce que nous pouvons entendre de ces rapports de force entre différentes instances est un enjeu politique. En effet d'un côté une association de défense revendique un accès plus large pour tout personnel de santé migrant-e mais n'appartenant pas à la catégorie officielle de « réfugié-e politique »- à un dispositif professionnalisant. D'un autre côté le gouvernement évite de répondre ; à ce moment-là une instance régionale (ARS) fait intercéder le Conseil d'Etat afin de réguler la situation. Cet enchaînement de faits démontre l'absence d'engagement public vis-à-vis de personnes n'entrant pas dans les bonnes catégories.

La conséquence est que la circulaire n°DGOS/RH2/2012/121 du 15 mars 2012 abroge la circulaire précédente du 15 mai 2007 autorisant l'exercice aux médecins non européens en qualité d'aide-soignant-e ou d'auxiliaire de puériculture. Il leur faut maintenant se présenter à la formation d'aide-soignant-e d'un an ou suivre la procédure de validation des acquis de l'expérience. Il n'y a pas de réflexion sur l'ensemble du dispositif d'accès à l'emploi dans le milieu du soin proposé aux médecins non européens ; déjà clarifier ce dispositif n'est pas

⁸¹ Association d'accueil aux médecins et personnels de santé réfugiés en France

⁸² Conseil d'Etat, 4ème et 5ème sous-sections réunies, 26/10/2011, 339812, Inédit au recueil Lebon

<http://legimobile.fr/fr/jp/a/ce/ad/2011/10/26/339812/> consulté le 18/07/2014

⁸³ « Nouvelle réglementation pour praticiens et infirmiers hors UE », <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation> consulté le 16/06/2014

simple et l'absence de cohérence n'est pas interrogée puisqu'on autorisera les médecins à devenir infirmier-ère-s au bout de neuf mois et aides soignant-e-s au bout d'un an.

Les médecins jusqu'en 2012 obtenaient une attestation d'exercer le métier d'aide-soignant-e. C'était une attestation et non pas un diplôme. L'attestation signifie une autorisation délivrée par une autorité sur des arguments divers à exercer telle ou telle activité. En ce qui concerne notre étude, les médecins non européens à partir de leur diplôme de médecin avaient accès à cette activité. Aucune formation n'était formalisée officiellement, le diplôme de médecin, acquis ailleurs, non reconnu ici, faisait l'objet d'une espèce de compensation par le biais de cette intégration professionnelle « au rabais » mais qui avait l'avantage d'être rapide et assurée au sens matériel et économique du terme pour pallier la précarité des personnes. De même elle offrait à ces personnes de plonger à nouveau dans le milieu du soin certes à une position sociale basse et très éloignée de la leur antérieurement ; de se confronter à l'organisation et aux différent-e-s acteur-trice-s des institutions de soin françaises. La formation était faite « sur le tas », de manière inégale et hétérogène selon le bon vouloir des professionnels en présence. En attendant cette expérience du travail aide-soignant était et est toujours considéré comme un critère de sélection à l'entrée de l'IFSI en faveur du projet professionnel infirmier pour les raisons évoquées ci-dessus.

Qu'en est-il aujourd'hui ? Les médecins non européens peuvent encore se présenter dans les établissements de soin et on leur proposera au mieux de faire « fonction d'aide-soignant-e » sur un statut d'Agent des Services Hospitaliers (ASH), au pire de travailler uniquement comme ASH c'est-à-dire dans l'entretien et l'hygiène des locaux, des sanitaires, des sols.

En même temps la formation aide-soignante a évolué d'une manière notable ; c'est dorénavant une formation qui délivre un Diplôme d'Etat Aide-soignant-e (DEAS). Nous allons à présent esquisser succinctement ce mouvement de professionnalisation de métier aide-soignant afin de saisir quelques enjeux en tension dans le milieu de soin entre les professions d'aide-soignant-e et d'infirmier-ère.

5.2.1.2 Une rapide professionnalisation de la formation aide-soignante

La profession aide-soignante a connu depuis ses débuts à nos jours un processus continu et rapide de professionnalisation. En effet en un peu plus d'un demi-siècle (60 ans) de 1949 à 2007, on est passé d'une catégorie opportunistement créée par l'administration hospitalière - pour répondre à la formalisation de la fonction infirmière en diplôme d'Etat à un diplôme d'Etat - à une profession réglementée par un diplôme d'Etat⁸⁴. Anne-Marie ARBORIO a analysé dans un article de *Sciences sociales et santé* en 1995⁸⁵ les rapports sociaux entre des groupes professionnels hiérarchisés dont l'un émerge dans une position dominée vis-à-vis d'un autre propulsé suite à une formalisation du statut :

⁸⁴ Le Décret no 2007-1301 du 31 août 2007 transforme le Diplôme Professionnel d'Aide Soignant (DPAS) en DE (JO du 02.09.07, NOR : SJSH0762979D <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation> consulté le 16/06/2014

⁸⁵ ARBORIO A-M., (1995) « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides soignantes dans le monde professionnel de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, Vol.13, n°3, , Les professions de soins ; infirmières et aides soignantes, pp.93-126, http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1995_num_13_3_1338 consulté le 30/11/2014

« Inventée de toutes pièces par l'administration hospitalière en 1949, la catégorie d'aide-soignante est le produit d'une élaboration formelle mettant en ordre une situation réelle : répondant aux attentes de certaines infirmières, soucieuses de protéger leur titre doté d'une valeur nouvelle depuis que lui est associé un diplôme d'Etat 'DE), une loi définit, en janvier 1946, la profession d'infirmière et ses conditions d'exercice, en soumettant l'autorisation d'exercer comme infirmière à la possession exclusive du DE(...)Pour pallier les effets de cette loi, des mesures transitoires sont envisagées, parmi lesquelles la création de la catégorie intermédiaire d'aide-soignante(...)»⁸⁶.

Pour reprendre le déroulement législatif de la profession aide-soignante, nous constatons qu'il est historiquement rapide au regard de celui de la profession infirmière. Si nous considérons que la profession infirmière existe institutionnellement dès le Moyen Age dans les hospices, la première école d'infirmière date de 1878 à Paris⁸⁷; et le passage d'un brevet de capacité d'infirmière professionnelle en 1938 à un diplôme d'Etat infirmier en 1951 dévoile la lenteur du processus de professionnalisation de la profession d'infirmière. Ce processus de professionnalisation infirmière est à apprécier comme la difficile autonomisation des infirmier-ère-s vis-à-vis de l'autorité médicale. Le Syndicat National des Professionnels Infirmiers (SNPI) fournit quelques éléments d'explication de l'évolution de la profession aide-soignante dont celle de la forte syndicalisation⁸⁸ des aide-soignant-e-s par rapport aux infirmier-ère-s. L'hypothèse que les aides soignant-e-s se sont davantage organisé-e-s dans la défense de leur droit et prérogatives professionnelles est-elle à mettre en regard avec une capacité historique d'une classe populaire à l'instar de la classe ouvrière à se mobiliser et à se structurer ?

La formation aide-soignante est une formation professionnelle d'un an, par alternance entre théorie (17 semaines) et stage (24 semaines). L'Arrêté du 22 octobre 2005⁸⁹ relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant structure la formation aide-soignante autour de la notion de compétences à acquérir comme le fera quatre plus tard l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier⁹⁰ pour la formation infirmière. C'est un dispositif pédagogique organisé en référentiels d'activités et de compétences qui formalise de manière poussée le travail et les résultats attendus d'un-e professionnel-le. Un impact concret dans le quotidien aide-soignant et infirmier a été l'autorisation d'effectuer pour l'aide-soignant-e certains actes non autorisés auparavant ; nous pensons, entre autres, à l'exemple de l'utilisation des outils électroniques de prise de la tension artérielle ou de la mise en place des bas de contention préventifs. Le sens va dans un élargissement des actes et compétences des aides soignant-e-s. L'aide-soignant-e travaille sous la responsabilité de l'infirmier-ère : elle ne possède pas d'autonomie professionnelle sur le plan législatif⁹¹. Il/elle est subordonné-e à l'infirmier-ère sur le plan de la hiérarchie fonctionnelle. Dans les discours, l'euphémisation de cette subordination s'opère par l'emploi du terme de « collaboration infirmier-ère/aide-

⁸⁶ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527> consulté le 30/11/2014

⁸⁷ « Collaborateurs aides soignants, les aides soignants ont un diplôme(31.08.07) », <http://www.syndicat-infirmier.com/Les-Aides-Soignants-ont-un-Diplome.html> consulté le 30/11/2014

⁸⁸ Ibid.

⁸⁹ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527> consulté le 30/11/2014

⁹⁰ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf consulté le 30/11/2014

⁹¹ Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant. Article annexe1 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527> consulté le 30/11/2014

soignant-e ». Dans la réalité, l'infirmier-ère connaît peu la formation aide-soignante, la situe souvent uniquement dans les soins de base et de confort ; alors que le champ de responsabilité de l'aide-soignante s'étend, entre autre, à l'observation et la surveillance clinique du/de la patient-e et aux règles rigoureuses d'entretien de l'environnement immédiat de la personne soignée. Travailler comme aide-soignant-e ne va pas de soi, encore moins aujourd'hui qu'hier.

L'autre dimension du métier d'aide-soignant-e est sa proximité avec celle du *care*.

« Dans ce cadre, l'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie. ⁹² »

C'est ainsi que nous avons souhaité, à présent, nous appuyer sur une analyse croisée genre, « race » et classe pour éclairer cette relation entre travail du *care*, expérience du travail aide-soignant et position sociale des médecins non européens ; et par cela même mettre en avant l'expérience du déclassement social.

5.2.2 Une analyse croisée genre, « race » et classe

L'intrication de plusieurs niveaux de domination ne s'entend pas au sens d'un cumul des désavantages et discriminations. Elle fait plutôt apparaître une complexité, un enchevêtrement qui nécessite de préciser les positions de chacun dans le contexte qui les a produit afin de saisir l'hétérogénéité des statuts, des distributions de pouvoir et de domination à l'intérieur même des catégories discriminées⁹³. La théorie de *l'intersectionnalité* est née aux Etats Unis au début des années 80, suite aux mouvements sociaux du *Black feminism* et à l'évolution juridique anti discrimination américaine. C'est une théorie des dominations croisées que subissent de façon complexe des personnes dans un contexte sociopolitique donné. Et les représentations traditionnelles françaises de la domination au regard du prisme de l'analyse féminine marxiste par exemple, se trouvent confrontées à des formes insoupçonnées de domination dans la société américaine et révélées par ce type d'analyse.

« Les théories de l'intersectionnalité prétendent rompre (...) en déplaçant le regard vers des configurations de pouvoir dans lesquelles les propriétés sociales des individus jouent de façon plus complexe, permettant notamment des compensations inattendues⁹⁴ ».

Le terme de « race » n'est pas pertinent dans le sens biologique du terme mais s'entend au sens d'une construction sociale visant à faire apparaître les rapports de dominations complexes dans une matrice plurielle joignant « race », genre et classe.

⁹² Ibid., Article annexe1

⁹³ JAUNAIT A. et CHAUVIN S., « Représenter l'intersection », Les théories de l'intersectionnalité à l'épreuve des sciences sociales, *revue française de science politique*, 2012/1 Vol.62, p.5-20.

⁹⁴ Ibid., p13

Nous commencerons par évoquer l'analyse qui croise l'interaction position sociale de médecin et pratique aide-soignante à l'aide des notions et concepts de care et de « sale boulot ». Nous poursuivrons avec l'analyse qui croise care et genre. Enfin nous aborderons l'analyse qui croise la position qualifiée du médecin, l'expérience de la migration et la « race ».

5.2.2.1 De médecin à aide-soignant-e ou l'expérience du déclassement social

Le travail aide-soignant est caractérisé par une position, celle de dominée sur l'échelle sociale des professions de santé entre l'infirmier-ère et le médecin tout en côtoyant en permanence ces autres figures d'autorité. C'est ce que reprend Anne-Marie ARBORIO⁹⁵ en évoquant la position ambivalente des aides-soignant-e-s. :

«Loin d'effacer le statut dominé des moins qualifiés des personnels de soin que sont les aides-soignantes, les interactions entre catégories opposées de personnels, liées au partage d'un même matériau, mettent en scène régulièrement leurs positions différenciées.(...)Travailler aux côtés de professionnels, c'est, pour les professions dominées comme les aides-soignantes, s'exposer à se voir renvoyer en permanence sa propre image en négatif, et assumer au quotidien sa subordination inscrite dans la hiérarchie »

Nous pouvons penser que les médecins non européens dans cette même situation éprouvent d'autant plus cette ambivalence qu'ils côtoient quotidiennement les médecins, figures qui les renvoient immédiatement à leur position de professionnels déqualifié-e-s et déclassé-e-s. Nous avons choisi le concept de déclassement social pour rendre compte du vécu de ces interactions.

Le déclassement, au sens où l'entend Camille PEUGNY⁹⁶, traduit le « *décalage entre la formation et la mobilité sociale*⁹⁷ » et le malaise existentiel qui s'ensuit pour les personnes qui subissent ce déclassement. Cela concerne les personnes qui sont issus de milieux sociaux favorisés, qui ont un niveau scolaire et une qualification professionnelle qui leur laissent espérer une position sociale en adéquation avec leur diplôme. Et le déclassement survient, dans un contexte économique de chômage massif et de crises financières, quand l'adéquation ne se produit pas et que la personne subit une mobilité descendante alors que tout la destinait à une mobilité ascendante. Cela est d'autant plus percutant que l'accès massif à un niveau d'éducation diminue les inégalités de naissance alors que l'obtention d'un métier sera davantage dépendante du contexte économique que du niveau de diplôme. Et l'expérience vécue sera douloureuse pour la personne qui vit le déclassement, ce sera une expérience teintée de déception. Et c'est ce qui rendra la « *parole difficile* »⁹⁸ dans une société qui célèbre la performance individuelle et met l'accent sur la responsabilité de chacun à se forger un avenir fidèle à ses aspirations. Comment faire avec une situation qui me révolte intérieurement ? Comment dire ce qui me fait mal intimement ? Comment maintenir ou restaurer ma dignité ? Il s'agira alors de « faire bonne figure » ce qui « *amène nombre de*

⁹⁵ ARBORIO A-M., « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnel de l'hôpital » Op.cit. p104-106

⁹⁶ PEUGNY C., (2009) « Le déclassement », *Ondes vécues*, Edition Grasset,

⁹⁷ *Ibid.*, page de couverture

⁹⁸ *Ibid.* p80

déclassés à investir dans le discours un « espace de négociation » dans lequel il s'agit de redéfinir les concepts de réussite professionnelle d'une part et de réussite sociale d'autre part⁹⁹».

Le travail aide-soignant expose les médecins non européens à deux effets produits par ce type de travail et les interactions : le déclasserement social comme nous venons de le voir et la nature particulière de ce travail. C'est essentiellement ce qu'Anne-Marie ARBORIO nomme le « *sale boulot* » ; même s'il l'on voit poindre à l'orée de l'évolution du métier aide-soignant davantage d'actes réglementés dans le référentiel de formation aide-soignante qui sont « empruntés » à des actes et activités infirmiers liés aux prescriptions médicales (distribution de médicaments en milieu de vie, pose de bas de contention préventifs) ; apparaît aussi l'accent mis sur la surveillance de la personne soignée qui semblerait orienter davantage la fonction aide-soignante vers une posture professionnelle surplombant la personne soignée, davantage verticale qu'horizontale. L'analyse que fait Everett C.HUGUES¹⁰⁰ du milieu médical montre les frontières sans cesse changeantes des définitions de « qui fait quoi » en fonction de l'évolution des techniques biomédicales.

« Dans le monde médical, deux tendances contraires sont simultanément à l'œuvre. Au fur et à mesure que la technologie médicale change et progresse, certaines tâches spécifiques se trouvent déléguées par le médecin à l'infirmière, c'est-à-dire déclassées. L'infirmière délègue à son tour certaines tâches à la femme de service.¹⁰¹ »

L'autre aspect du métier d'aide-soignant-e est en rapport avec les fonctions d'entretien et de continuité de la vie. Ces dernières situent l'aide-soignant-e dans une proximité de la personne et de son corps avec des aspects qui relèvent à la fois du « *sale boulot* » tel que le développe Anne-Marie ARBORIO et du travail du *care* que nous expliciterons en suivant.

Le « *sale boulot* » recoupe deux acceptions, l'une est liée à tout travail et recouvre « une corvée n'exigeant aucune qualification : elle doit être accomplie (...) »¹⁰². L'autre est en rapport avec l'intrusion dans ce qui habituellement est caché et invisible : les soins du corps et la pudeur à l'évoquer

« Ces taches mettent en contact avec les déjections du corps, les amènent à enfreindre les règles de pudeur qui ont cours hors de l'hôpital ; elles ne tiennent sans doute pas à répéter, même oralement, à l'occasion de l'entretien, ce viol de l'intimité des malades. Il semble donc nécessaire de prendre en compte l'existence de tâches socialement dévalorisées, « universellement » reconnues comme dégradantes, laissées aux catégories les plus basses¹⁰³. »

5.2.2.2 Care et mobilité de genre

L'autre aspect du travail aide-soignant est de relever du travail du *care*. Le *care* se conçoit dans un rapport à la vie où la vulnérabilité est consubstantielle à l'existence depuis la naissance jusqu'à la mort ; le *care* concerne tout un chacun et, notamment de façon moins visible et donc ignorée de la scène publique, les personnes autonomes mais dont l'autonomie

⁹⁹ *Ibid* p82

¹⁰⁰ HUGUES E.C., (1996) « Le regard sociologique », Essais choisis, Editions de l'EHESS, ,

¹⁰¹ *Ibid.*, p65

¹⁰² *Ibid.*, p71-72

¹⁰³ ARBORIO A-M., « Quand le « *sale boulot* » fait le métier : les aides soignantes dans le monde professionnel de l'hôpital » Op.cit., p109

se construit au dépens de quelqu'un qui assure des fonctions d'entretien ou de maintien domestique. Le *care* désigne à la fois l'activité de prendre soin de quelqu'un dans une relation intersubjective où chacun est reconnu comme sujet et les personnes produisant cette activité. Sur le plan politique les personnes engagées dans le travail du *care* ne sont pas reconnues et sont plutôt disqualifiées. Le *care* recouvre un domaine d'activités invisibles et peu valorisées dans une société néolibérale prônant un individu rationnel, performant et autonome. Il recouvre la sphère des tâches domestiques, le soin aux jeunes enfants et aux personnes âgées ; traditionnellement c'est une zone attribuée aux femmes, aux stéréotypes assignés à la féminité. Ce qui est de l'ordre du privé, de l'aide à autrui, du relationnel empathique sont du côté du féminin. Ce qui est de l'ordre du public, de la raison (opposée aux sentiments), de l'action sont du côté du masculin. C'est ainsi qu'une philosophe, Fabienne BRUGERE, a pu écrire un ouvrage dont le titre « *Le sexe de la sollicitude*¹⁰⁴ » offre une déconstruction de ces stéréotypes *care* et femme et une ouverture à une conception partagée par tous et toutes de ce souci de l'autre. La figure du médecin est du côté de l'autorité, du pouvoir. Ce pouvoir se décline dans le fait de prescrire, de décider d'une thérapeutique (sa poursuite ou sa fin) ou d'un examen, de nommer la maladie, de posséder un savoir expert. Ce sont les attributs traditionnels de la masculinité. La féminisation du corps médical et la reconnaissance du savoir profane issu des associations de lutte notamment contre le sida ont écorné cette position de pouvoir. Mais la médicalisation de l'existence et le développement des technologies biomédicales continuent à alimenter cette posture de domination souvent associée au masculin.

Les aides soignant-e-s, pourvoyeur-e-s de *care* dans la proximité des soins du corps se situent davantage du côté de la féminité construite socialement que du côté de la masculinité incarnée dans le milieu de la santé par le médecin.

Les médecins sont du côté du *cure* c'est-à-dire du traitement de la maladie. Ils/elles s'occupent de l'organe malade à traiter. Le travail aide-soignant les rapproche de la personne soignée « de sa maladie » et non plus seulement « objet de la maladie ». Ils/elles passent ainsi du *cure* au *care*. Les médecins opèrent un déplacement symbolique qui les place en situation de dévalorisation et d'*invisibilisation* propres aux travailleur-e-s du *care*. Nous retrouvons le processus de disqualification sociale. Mais comme les pourvoyeur-e-s du *care* sont plutôt assimilé-e-s à la population féminine et donc à une dévalorisation liée au genre, de même nous pouvons penser que les médecins hommes y sont exposés. Nous assistons-là à une mobilité de genre descendante pour ces hommes. Parler de mobilité de genre c'est faire appel à une conception dynamique des rapports sociaux de sexe initiée par deux auteures féministes dans les années 80¹⁰⁵, Anne-Marie DEVREUX et Anne-Marie DAUNE-RICHARD. Elles reprennent le concept de mobilité sociale pour l'élargir à d'autres aspects des rapports sociaux.

« Faire fonctionner un outil « mobilité » qui analyse les processus de catégorisation issus d'un rapport social suppose donc non seulement de ne pas s'enfermer dans un des champs du social mais- et c'est un

¹⁰⁴ BRUGERE F(2008), « le sexe de la sollicitude », Collection non conforme, Seuil.

¹⁰⁵ DEVREUX A-M. et DAUNE-RICHARD A-M. citées par WELZER-LANG D. (2004),in « Les hommes aussi changent », PBP, p.53-58

corollaire quasi obligé- de ne pas s'enfermer des catégories descriptives et donc mesurables, des catégories taxinomiques ».

En ce qui concerne *care* et femmes dans la migration, l'essor du salariat féminin occidental, le développement des échanges et de la mondialisation ont entraîné une marchandisation du secteur du *care*.

« Le travail sur la vulnérabilité peut être partiellement autonomisé dans un système d'échanges et de valeurs. IL devient alors « service » ou produit marchandisé comme c'est le cas pour le travail des femmes migrantes qui constituent la moitié de la population des migrations transnationales.¹⁰⁶ »

Ce sont les femmes possédant peu de capital social, professionnel et économique qui sont entraînées dans cette dynamique du *care* transnational.

« Selon les pays d'origine, les communautés d'origine orientent les femmes les moins qualifiées, les plus démunies sur des filières où elles feront l'objet d'une véritable marchandisation. Classe, genre et ethnicité se croisent sur des modes différenciés pour laisser aussi apparaître ces catégories de migrantes contraintes au « sale boulot », au travail disqualifié voire aux métiers du sexe¹⁰⁷ ».

Notre groupe est constitué de cinq femmes et deux hommes. Nous pouvons faire l'hypothèse que les femmes et les hommes exprimeront des manières différentes de vivre ce travail du *care*.

5.2.2.3 Médecin migrant et « race »

Du point de vue de la classe, les médecins appartiennent plutôt à la classe aisée. Sur le plan historique, dans l'histoire collective du pays d'origine du groupe de médecins de notre étude, plusieurs formes de domination ont existé que ce soit l'esclavage, la colonisation ou de manière plus modérée le protectorat. Les médecins originaires de ces pays ont appris la langue française comme une deuxième langue. Lors de leurs études médicales, la langue française est devenue prioritaire dans la formation médicale. Arrivés en France, ces médecins ne peuvent faire reconnaître directement leurs qualifications supérieures acquises dans la langue du pays d'accueil. Ils/elles ne font plus partie alors de la classe aisée dans le pays d'immigration sur le plan du prestige et de la reconnaissance économique. Cet état de fait dans ce mouvement de migration est porteur de violence institutionnelle qui mêle « race » et classe. Ces personnes, originaires d'Afrique, du Maghreb et d'Asie, peuvent subir des discriminations liées à leur apparence- la couleur de la peau- ou à l'insécurité linguistique dans laquelle ils/elles se trouvent. L'insécurité linguistique, terme qu'emploie Laurence ROULLEUA-BERGER,¹⁰⁸ peut s'évoquer dans une maîtrise partielle de la langue, des tournures de phrases, des accents, des hésitations, des conjugaisons non conformes aux règles grammaticales françaises qui vont constituer en sus de l'apparence des stigmates de celui/celle considéré-e comme étranger-ère à son groupe d'appartenance. Par stigmaté, nous entendons le concept de Erving GOFFMAN qui sert « (...) [donc] à désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en

¹⁰⁶ ERHENREICH B. et HOCHSCHILD A.R., eds (2003) *Global Woman, Nannies, Miads and Sex Workers in the New Economy*, New York : Henry Holt and Company cité par PAPERMAN P., "Ethique du care: un changement de regard sur la vulnérabilité", *Gérontologie et Société*, n°133, juin 2010, p60

¹⁰⁷ ROULLEAU-BERGER L., (2010) « Migrer au féminin », Collection La nature humaine, PUF, , p28

¹⁰⁸ Ibid., p87-88

*réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler.*¹⁰⁹ » En effet certains accents ou façons hésitantes de parler ne seront pas porteurs du même discrédit. C'est quand on inscrit ce regard porté par un groupe de personnes sur un autre groupe de personnes dans l'histoire sociopolitique qui les lie que nous comprenons les catégories de désignation de l'autre comme étant celui/celle qui endosse un ensemble de rejets, discriminations, racisme.

Les médecins, qui constituent notre étude, ont le projet de devenir infirmier-ère-s. Que peut-il signifier au regard du positionnement social de l'infirmier-ère, de l'évolution des programmes infirmiers et du marché de l'emploi aujourd'hui ?

5.3 Devenir infirmier-ère

5.3.1 Une position intermédiaire, subordonnée en partie à l'activité médicale et en quête d'autonomie

Sur l'échelle sociale des métiers de la santé, L'infirmier-ère est placée entre l'aide-soignant-e et le médecin, à une position intermédiaire et subordonnée. Cette subordination a deux aspects, celui fonctionnel dans les rapports de travail, un des rôles de l'infirmier-ère découlent du rôle médical comme la réalisation des prescriptions, la surveillance qui en découle, l'aide au diagnostic ; l'autre aspect est social, du côté des rapports sociaux de domination de genre et de classe. De genre car les attributs du pouvoir médical (décider, nommer, agir) font partie de la représentation du masculin ; et les médecins étaient en grande majorité des hommes ce qui redoublait le renforcement sexué stéréotypé masculin. De classe car les médecins appartiennent plutôt à la classe aisée et les infirmier-ère-s plutôt à la classe moyenne. La culture professionnelle de l'infirmier-ère s'est construite en tension à cette relation de subordination. Son enjeu de professionnalisation réside dans la conquête d'une zone d'autonomie et de responsabilité en collaboration avec le médecin. Le terme de collaboration connaît à nouveau une embellie dans deux axes des métiers du soin. Il s'agit de la collaboration infirmier-ère/aide-soignant-e et de la collaboration médecin/infirmier-ère. Le choix du terme « collaboration » peut être une façon *d'euphémiser* la réalité d'une forme de domination dans les rapports. L'aide-soignant-e travaille sous la responsabilité de l'infirmier-ère et cela suppose un contrôle de son travail par l'infirmier-ère ; il n'y a pas d'autonomie propre à l'exercice aide-soignant dans les textes.

Le diplôme de 2009 vient marquer une nouvelle orientation de la profession infirmière. Il répond à plusieurs exigences de l'évolution du monde de la santé. Parmi ces exigences, nous pouvons citer la baisse de la démographie médicale, le vieillissement de la population, le processus de chronicité et la pluralité des professionnels qui gravitent autour de la personne soignée. De nouveaux protocoles de coopération médecin-infirmier-ère, le développement de l'éducation thérapeutique et la nécessité de coordonner les interventions des autres professions de santé ont infléchi ce programme ; en effet la logique de compétence, le développement de la réflexivité professionnelle, une sensibilisation forte à la santé publique/maladie chronique et à l'inter professionnalité peuvent représenter des réponses au

¹⁰⁹ GOFFMAN E., (1975)« Stigmate », Les usages sociaux des handicaps, les éditions de Minuit, , p13

contexte actuel du monde de la santé. Le développement de la recherche infirmière montrant l'intérêt scientifique et l'utilité sociale des soins infirmiers participe de ce mouvement. Et dans ce cadre-là se renforce le processus d'autonomisation de l'infirmier-ère.

5.3.2 Les conditions d'accès à la profession infirmière pour les médecins non européens

De 1975 à 2007, par textes législatifs successifs et de plus en plus ouverts, les médecins à diplôme non européen pouvaient recueillir de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales une autorisation d'exercer le métier d'infirmier ; la condition était de trouver un-e employeur-e d'un établissement de soin privé ou public d'accord pour recruter le médecin en tant qu'infirmier-ère sur une durée maximale de trois ans¹¹⁰. Dans la réalité peu d'employeur-e-s s'engageaient dans ces termes. Donc en l'absence de ces conditions, les médecins s'inscrivaient dans un cursus partiel de formation d'accès au DEI¹¹¹. En 2007, une circulaire¹¹² annulera ce dispositif et rendra réglementaire le détour par le cursus partiel en IFSI. Peut-on mettre en rapport cette circulaire et la création de l'Ordre infirmier en 2006 ? La profession infirmière s'est dotée d'un ordre infirmier depuis la Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006¹¹³. En fait l'ordre infirmier voit véritablement le jour en 2009 et n'a pas suscité d'emblée un fort consensus au sein de la profession notamment avec l'obligation d'adhésion jugé onéreux pour les infirmier-ères du secteur public. Ce dispositif réglementaire et déontologique a plusieurs fonctions, notamment celle de représenter un interlocuteur unique vis-à-vis des pouvoirs publics là où auparavant ces derniers devaient se concerter avec un ensemble de syndicats et d'associations. La profession infirmière a toujours eu des difficultés à faire entendre sa voix sur le plan social et politique. De grandes manifestations, les premières visibles médiatiquement, sont celle de 1989 d'où émergeaient des revendications de reconnaissance sociale. Les éléments qui peuvent expliquer la difficulté à s'unir et à présenter une force politique proportionnelle au nombre d'infirmier-ères en France peuvent être liés à plusieurs raisons. L'exercice infirmier hospitalier a été longtemps soumis à l'autorité médicale et dans son ombre. L'exercice libéral est éclaté. La profession majoritairement féminine appartient plutôt à la classe moyenne et jusque dans les années 1990 s'était peu engagée dans la sphère publique. Entre une classe populaire plutôt représentée par les aides soignant-e et une classe moyenne plutôt représentée par les infirmier-ère-s, la mobilisation politique étant traditionnellement davantage du côté des classes populaires, ceci expliquerait cela ?

¹¹⁰ Circulaire DHOS-P 2 n° 2001-388 du 1er août 2001 relative à l'exercice en qualité d'infirmier des personnes titulaires d'un diplôme de médecin ne leur permettant pas d'exercer leur activité en France, <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-37/a0372428.htm> consulté le 30/11/2014

¹¹¹ Diplôme d'Etat d'Infirmier-ère

¹¹² Circulaire N°DHOS/P2/2007/201 du 15 mai 2007,

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_201_15_mai_2007.pdf, consulté le 30/11/2014

¹¹³ Loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers (Journal officiel de la république française)

La mise en place d'un Ordre¹¹⁴ dans une profession est porteuse de plusieurs enjeux dont celui du poids politique auprès des instances et en contrepoids d'autres professions comme les médecins par exemple. D'autres enjeux plus strictement professionnels apparaissent comme les mouvements d'encadrement de la profession, d'harmonisation et de certification des pratiques. Pour la profession infirmière, cette dynamique s'inscrirait dans une normalisation de l'art du soin en étroite coordination avec l'ARS.

5.3.3 Les conditions d'obtention du diplôme infirmier pour les médecins non européens avec le programme de 1992

Le rappel historique de l'accès au DEI des programmes infirmiers de 1992 et de 2009 en éclaire les conditions. Le programme de 1992 défini par l'Arrêté du 23 mars 1992¹¹⁵ définit dans ses articles 13, 27 et 28 (en annexe) les conditions d'obtention du diplôme. Trois séquences pédagogiques sont prévues : un travail de fin d'études (rapport de stage), une période de formation théorique de deux semaines et une période de stage de deux mois pour un médecin ayant fini ses études médicales. Nous nous sommes entretenues avec une formatrice qui encadrerait ces médecins candidats au DEI avant 2009. Les pays d'où venaient ces personnes étaient en premier l'Algérie, la Tunisie, le Maroc et en second l'Europe de l'est notamment la Russie ; les deux IFSI (public et privé) du département étaient convenus de travailler ensemble à un projet partagé du dispositif de formation. Sur la région aucun autre IFSI n'acceptait ces candidats. Les formateurs-trice-s introduisaient plusieurs éléments théoriques en lien avec les connaissances de base de la profession infirmière. Le programme alors ne formalisait aucun apport théorique particulier. Les difficultés que cette formatrice relevait étaient en lien avec une réglementation poussée sur l'hygiène à acquérir pour ces médecins ; le décentrement à opérer entre une posture médicale centrée sur la maladie et une posture infirmière centrée sur le/la malade en était une autre ; enfin l'intégration dans une équipe et au sein d'une hiérarchie de soin en constituaient d'autres. De la part des soignant-e-s, l'incompréhension des situations de ces médecins pouvait être porteuse de discrimination et exigeait des formateurs-trice-s un choix ciblé des terrains de stage, une préparation en amont de leurs équipes de soin et un suivi en stage rapproché. Souvent les postes ultérieurs occupés par ces professionnels se situaient en EHPAD¹¹⁶ ou en santé mentale. Nous retrouverons ces mêmes difficultés avec le dispositif issu du nouveau programme et nous les reprendrons dans le rapport de stage.

5.3.4 Les conditions d'obtention du diplôme infirmier pour les médecins non européens avec le programme de 2009

Par la suite, l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier fixe de nouvelles règles d'exercice de la profession pour les médecins diplômés à l'étranger hors Union européenne qui relèvent de l'article 34 de l'arrêté du 31 juillet 2009 (en annexe). Nous

¹¹⁴Loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers, Article 1^{er} chapitre II Section 1,
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000790702&categorieLien=id> consulté le 30/11/2014

¹¹⁵ « Profession Infirmier », Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, réf.531 001 Berger-Levrault (0606), à jour au 30/06/2006, pp 66-70

¹¹⁶ Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

pouvons dire que l'objectif de ce cursus de formation est d'amener les médecins à s'approprier une posture infirmière. L'intention pédagogique est d'opérer pour ces étudiant-e-s un décentrement par rapport à la culture médicale, au positionnement médical d'appréhension de situations de soin. Ce travail qui préside à enrichir notre regard et mieux comprendre les problématiques de ces étudiant-e-s nous aidera à davantage apprécier ce processus de transformation des postures professionnelles.

5.3.5 Le marché de l'emploi

Nous venons d'entrevoir le contexte réglementaire d'accès aux professions de santé des médecins non européens. En ce qui concerne l'accès à l'emploi pour infirmier-ère- et aide-soignant-e, le marché est actuellement plus tendu pour les infirmier-ère-s que pour les aides soignant-e-s. En effet le chômage marque son entrée dans la profession infirmière. Deux éléments, d'après une enquête de la Fédération Nationale des Etudiants Infirmiers¹¹⁷ (FNESI) en décembre 2012, émergent pour expliquer l'apparition du chômage dans cette profession pour le secteur hospitalier et intérimaire. C'est d'une part la crise et la restriction des budgets des établissements publics et privés ; d'autre part le fait qu'à un moment donné, en 2011-2012 précisément, deux promotions sont sorties, l'une issue de l'ancien programme en novembre 2011 et l'autre quelques mois après du nouveau programme en juillet 2014. De plus les départs massifs à la retraite se tassent ; la réforme de la retraite et du passage à la catégorie A des infirmier-ères rallongent la carrière hospitalière. Certains secteurs effraient les jeunes diplômé-e-s. comme en gériatrie et en pédiatrie où les demandes sont importantes. Le secteur public est le plus touché par les contraintes économiques et c'est là où la majorité des infirmier-ère-s travaillent. « Avec près de 493 503 représentants au 1^{er} janvier 2007, le métier d'infirmière est numériquement le plus important parmi les professions de santé en France¹¹⁸ ». La moitié travaille à l'hôpital public, 85 000 dans les hôpitaux privés et 70 000 travaillent en secteur libéral. Le taux de féminisation est de 84 %. Par contre en ce qui concerne les aides soignant-e-s, le taux de féminisation est de 90,5% selon une enquête de 2007¹¹⁹.

D'un point de vue général et d'après plusieurs études et rapports¹²⁰, le secteur de l'aide à la personne, dont les infirmier-ère-s et les aide-soignant-e-s sont des professions emblématiques, va s'intensifier au moins jusqu'en 2020.

¹¹⁷ « Chômage infirmier : la FNESI argumente » <http://www.infirmiers.com/emploi/emploi/chomage-infirmier-la-fnesi-argumente.html> consulté le 18/07/2014

¹¹⁸ www.oecd.org/fr/ols consulté le 16/06/2014

¹¹⁹ « L'aide soignant dans la branche, résultats de l'enquête emploi 2007 », *L'observatoire prospectif des métiers et des qualifications de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale*, privée à but non lucratif <http://www.geracfas.com/uploads/pdf/rapports%20-%20commissions%20-%20etudes/aide%20soignant%20dans%20la%20branche%20aout%202010.pdf>, consulté le 22/04/2015

¹²⁰ « Quels emplois pour demain ? », Rapport d'information n° 583 (2013-2014) de M. Alain FOUCHÉ, fait au nom de la Délégation sénatoriale à la prospective, déposé le 4 juin 2014, http://www.senat.fr/rap/r13-583/r13-583_mono.html#toc417 consulté le 30/11/2014.

« Les métiers en 2020 : progression et féminisation des emplois les plus qualifiés ; dynamisme des métiers d'aide et de soins aux personnes, DARES Analyses, mars 2012, n°022, <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2012-022.pdf> consulté le 30/11/2014.

5.3.6 En synthèse

Ce rapide horizon des professions de soin comme infirmier-ère et aide-soignant-e révèle une importante hiérarchie du monde médical et une professionnalisation croissante dont l'exemple des aides soignant-e-s est éclairant. Au fur et à mesure que la qualification infirmière s'élève, cela retentit sur la qualification aide-soignante. Déjà E. C. HUGUES¹²¹ l'écrivait dans l'étude du travail et des métiers.

« La division médicale du travail est connue pour la rigidité de sa hiérarchie. La place dans celle-ci est en relation avec le degré d'impureté des fonctions remplies. (...) Dans le monde médical, deux tendances contraires sont simultanément à l'œuvre. Au fur et à mesure que la technologie médicale change et progresse, certaines tâches spécifiques se trouvent déléguées par le médecin à l'infirmière, c'est à dire déclassées. L'infirmière délègue à son tour certaines tâches à la femme de service. »

De même, le fait qu'il faille le même temps de formation pour obtenir le diplôme aide-soignant que pour obtenir le diplôme infirmier pour les médecins non européens est à questionner du point de vue de la cohérence de l'ensemble. Le sentiment qui s'en dégage est que les réflexions sur les passerelles entre les métiers de la santé ne font pas l'objet d'une concertation et que des logiques contradictoires peuvent coexister.

Nous allons maintenant exposer le déroulement des entretiens et présenter succinctement le groupe de médecins.

6 Déroulement des entretiens et présentation des caractéristiques socioprofessionnelles des médecins non européens

6.1 Une étude longitudinale

Nous avons conduit une étude à deux temps de la carrière de ces migrants. Un premier temps à mi-chemin du cursus en vue de l'obtention du diplôme infirmier. Et un deuxième temps quelques mois après l'obtention (ou pas) du diplôme infirmier.

Le premier temps permet d'évoquer la trajectoire biographique de chacun-e ; cette trajectoire se séquence depuis le « devenir médecin là-bas », le projet migratoire et la décision de s'installer en France, le contexte d'installation dans le pays d'accueil, l'intégration professionnelle notamment par la pratique aide-soignante, les projets et souhaits professionnels, familiaux et autres et le présent des relations sociales. C'est aussi à ce moment-là que peuvent être appréhendés les moments de crise, de renonciation partielle ou définitive à l'exercice de la médecine en France, les éventualités de retour au pays ; de même les migrant-e-s peuvent évoquer des personnes clefs qui ont constitué des soutiens, des opportunités ou des contraintes dans l'installation dans le pays d'accueil. Et une analyse transversale en termes de genre permet de voir comment se vit de manière différentielles la pratique du *care*, des expériences sexuées spécifiques comme l'accouchement, des vécus de la parentalité.

Le deuxième temps permettrait de saisir en quoi la réorientation professionnelle infirmière libère des espaces de reconnaissance professionnelle et auprès de qui, famille, collègues,

¹²¹ HUGUES E C, (1996) « Le regard sociologique », Essais choisis, Editions EHESS, , pp64-65.

patient-e-s entre ici et là-bas. Et pour les personnes en échec de cette réorientation, comment revisitent-elles leur projet, leurs aspirations ?

De plus si nous considérons que le choix de réorientation professionnelle infirmière constitue un changement important, un moment éventuel de bifurcation, des choses seront possibles à ce moment-là qu'elles ne l'étaient auparavant, il y a « un avant » et « un après », alors ce deuxième temps pourra éclairer ce qui a pu advenir.

Nous réfléchissons toujours au regard de la qualification initiale de médecin. Comment se vit en termes d'identité professionnelle, le rapport aux proches, aux ami-e-s ici et là-bas dans ce nouveau métier au contact des collègues, des médecins ? Ces médecins fréquenté-e-s quotidiennement restent-ils/elles des figures d'identification ?

6.2 *Le guide d'entretien du temps 1*

Nous avons souhaité entendre les personnes à partir de leur parcours de vie dans une intention compréhensive. Nous avons cherché à repérer des nœuds et des moments d'articulation dans l'expérience vécue en rapport avec notre objet d'étude. Cette production de connaissance recouvre plusieurs axes dont le premier est de prendre conscience des réalités vécues par ces personnes aux parcours atypiques. Nous faire découvrir ce que nous ne soupçonnons pas car nous ne sommes pas passé-e-s par-là : par exemple la posture extrêmement délicate de celui/celle qui sait mais qui ne peut rien dire quand on travaille en tant qu'aide-soignant-e et qu'on a une formation médicale. Notre regard se transforme et aiguise son attention à ces parcours longs, éprouvants et en négociation permanente.

Nous avons construit un guide d'entretien pour le temps 1 en nous appuyant sur un guide préalablement utilisé par des sociologues dans le cadre d'études migratoires sur des personnes en situation précaire. Les lectures relatives à l'expérience migratoire ont également contribué à en comprendre les différents temps reflétés par le guide d'entretien.

Ce temps 1 correspond à une période antérieure de deux/trois mois à la présentation au jury du DEI pour l'année 2014.

Ce guide comprend deux grandes parties, l'une « là-bas : vie familiale, sociale et professionnelle du pays d'origine et l'autre « ici : l'arrivée en France, l'insertion professionnelle et le projet professionnel. « Là-bas » recouvre l'inscription des personnes dans le cercle familial, la place dans la fratrie, l'environnement de vie citadin ou rural, le niveau d'études des uns et des autres. Les études médicales et l'expérience acquise dans le pays d'origine sont précisées. Entre le « là-bas » et « ici » vient ensuite ce qui tourne autour du départ et parfois est évoquée l'idée d'une proximité d'avec la migration vers la France sous la forme d'une pratique antérieure des membres de la famille par exemple qui rend plus simple l'idée d'y aller. Les motifs migratoires sont précisés et ce qui a trait à la préparation matérielle du départ : papiers, argent, organisation, point de chute.

« Ici » représente l'arrivée en France, l'expérience des premiers temps en termes de logement, de poursuite du projet d'exercice médical puis de l'insertion professionnelle, des conditions matérielles d'existence et des liens entretenus avec la famille et de ceux créés ici.

Sont évoquées ensuite leurs attentes envers le projet professionnel d'IDE¹²². Enfin un temps leur est laissé pour exprimer leurs perceptions de ce chemin parcouru.

Nous avons formulé aux personnes notre intention de connaître leur parcours et de comprendre comment les différents temps et sphères de la vie socioprofessionnelles s'entremêlaient depuis là-bas à ici.

La phrase d'introduction est « *Racontez-moi comment vous êtes devenu-e médecin* ». C'est un choix d'entrée dans la biographie qui est chronologique.

6.3 La posture de la chercheuse

Chercheuses, nous sommes à la fois dedans et dehors; dedans car le statut de formatrices en soins infirmiers en IFSI a permis la rencontre des médecins non européens; dehors car étudiantes en sociologie et dans un nouveau domaine : celui de la migration. C'est une posture particulière à vivre car nous voyons ces médecins non européens dans d'autres contextes que celui de nos études. Nous les croisons dans le contexte professionnel de la formation en soins infirmiers en accompagnement pédagogique et en stage. Nous n'avons pas utilisé ce matériau dans le corpus de ce travail. La connaissance que nous avons d'eux, à l'issue des entretiens, transforme notre regard sur eux et notre rapport avec les autres formateurs-trices. En tant qu'infirmières nous sommes de même « enfermées » dans nos représentations, nos façons de voir et de penser la profession infirmière en tension avec la profession médicale mais aussi avec le métier d'aide-soignant-e. L'exploration théorique précédente permet d'éclairer à la fois le positionnement spécifique de l'infirmier-ère et sa dynamique professionnelle.

6.4 Le déroulement des entretiens

La première étape a été d'obtenir l'accord de la directrice de l'institut où nous travaillons pour cette recherche dans le cadre du master de sociologie. L'argumentation a été la suivante : mieux comprendre la situation socioprofessionnelle de ces médecins sensibilisera notre regard de professionnel-le-s à leur égard et nous permettra d'ajuster le dispositif pédagogique. Notre intention est de les accompagner à réussir leur formation et ce travail peut apporter des éléments d'appréciation pertinents.

La deuxième étape a été la rencontre avec les médecins. Le mémoire va porter sur l'étude de sept situations de médecins non européens. Quatre se sont inscrits dans l'institut où nous travaillons. Trois le sont dans un institut privé de la même ville.

Nous avons rencontré les quatre premiers sur le lieu de l'IFSI peu après la rentrée de septembre 2014. Nous nous sommes présentées à eux en face à face et leur avons exposé notre démarche. Dans le cadre d'un master de sociologie ayant pour thème la migration et la santé, nous souhaitons, avec leur accord, comprendre leur expérience de migration et leur projet professionnel. Ils/elles ont accepté le principe ainsi que les conditions de l'enregistrement de l'entretien et de l'anonymat. Les entretiens ont eu lieu dans notre bureau de l'institut entre mars et avril 2014. Nous avons conscience d'avoir choisi par commodité et sans en avoir perçu les implications sociologiques dans un lieu chargé de notre légitimité

¹²² Infirmier-ère Diplômé-e d'Etat

professionnelle et de leur enjeu de réussite à cette formation. Chacun se retrouvait dans une posture double ; la notre comme étudiante et formatrice dans le lieu même de la formation ; la leur comme postulant à un examen sur le lieu même de la préparation à l'examen et en tant que médecin-migrant-e. Nous avons ensuite confirmé par mails les dates des entretiens.

Les trois autres médecins étaient dans un IFSI voisin de la même ville. Nous avons suivi la même démarche auprès de la direction de l'établissement dans la présentation de l'étude et l'obtention de l'accord de les contacter ; et la direction, après accord des médecins, m'a transmis leurs adresses mail. Après avoir contacté par mail ces trois personnes pour une prise de contact en face à face, nous nous sommes vues (il s'agit de trois femmes) et pu préciser les modalités des entretiens ultérieurs ; une personne n'a pas pu venir mais a pu confirmer rapidement son accord. Ces trois personnes ont accepté aussi la proposition de venir dans les mêmes conditions.

Nous leur avons fait part à la fin des entretiens de notre intention de les revoir à un temps 2 quelques mois après la rentrée de septembre 2014. Toutes les personnes ont été d'accord.

Les entretiens ont duré entre 1h50 et 2h50 en face à face à l'IFSI dans notre bureau. Les questions suivaient un guide, elles étaient ouvertes et dans l'invitation à dérouler les expériences. Les entretiens ont été passionnants lors des échanges et bien sûr, compte tenu de la durée, longs lors de la retranscription. Les personnes ont parlé, d'après notre ressenti, sans trop de gêne, notre attitude était plutôt curieuse, ouverte et bienveillante. Parfois la curiosité est à doser avec délicatesse afin de ne pas se situer dans un « interrogatoire ». Nous avons eu parfois l'impression que ces personnes se saisissaient de cet espace/temps pour déposer leur vécu, leur parole en confiance. Des émotions, de la volubilité et des répétitions ont surgi. Ce qui nous apparaît parfois, lors de la retranscription, comme des choses répétées, peut-être en l'absence de tenue d'entretien de notre part, nous semble aussi à entendre comme des insistances significatives à analyser d'un point de vue sociologique éventuellement.

L'appréhension, au premier entretien, était d'oublier certains éléments, de « rater » un virage biographique en lien avec par exemple l'installation à l'arrivée en France. Comme le dit Daniel BERTAUX¹²³, l'interlocuteur-trice fait des sauts en avant, en arrière lors du récit, c'est plusieurs récits en un, de même nous avons parfois fait des retours en arrière avec les personnes. Nous avons renoncé à l'exhaustivité et comme des sociologues nous ont dit, nous pouvons reprendre lors d'un autre entretien certains points. Nous avons pris conscience des oublis parfois de certaines questions ou précisions, de nous être laissées emporter par la situation d'interaction. C'est peut-être le point à davantage travailler. En tout cas le plaisir à converser, à être surprise, à percevoir mieux certaines choses était au rendez-vous. Nous avons augmenté la prise de notes durant l'entretien. Le regret reste de ne pas avoir retranscrit suffisamment à chaud pour continuer dans la lancée. En même temps retranscrire à distance permet de revenir sur certaines choses mais la difficulté est de faire le lien avec les remarques notées et l'atmosphère du moment. Chaque entretien donnait lieu à des lectures supplémentaires d'approfondissement. Nous en avons parlé autour de nous et cela a toujours

¹²³ D BERTAUX, (2010)« Le récit de vie », l'enquête et ses méthodes, Armand Colin, 3^{ème} édition,

été un enrichissement supplémentaire. Nous avons décidé, pour le temps 2, d'effectuer la retranscription et l'analyse au plus près de l'entretien.

Au fil des entretiens, nous avons approché les diverses réalités sociales, culturelles, politiques auxquelles se confrontent ces migrant-e-s. Nous avons perçu de la détermination, de la persévérance, des renoncements, des espoirs, de la lucidité dans l'analyse de leurs situations. En fait nous avons perçu une réflexivité « obligée » des migrant-e-s dans leur regard sur leurs existences fortement contrastées, du pays d'origine à la France. Deux d'entre eux ont fait d'autres métiers que le soin. L'apprentissage parfois brutal de la langue française, le sentiment de fierté acquis malgré une déqualification professionnelle, l'obligation de rétention du savoir médical sont des éléments constitutifs d'une identité plurielle de ces migrant-e-s.

Le nombre des entretiens est limité, sept, par contre le fait de conduire un deuxième temps donnera peut-être un supplément d'épaisseur à ce travail.

Après ce temps consacré à l'exposition de la démarche ethnosociologique et de la méthodologie, nous proposons de mentionner le matériau sur lequel s'appuie cette recherche.

6.5 Le corpus

Le corpus est constitué :

- d'une documentation juridique liée aux institutions telles que l'Agence Régionale de Santé (ARS), la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS),
- d'une documentation interne à des associations professionnelles comme le Centre d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC), interne à l'IFSI public de la ville comme les comptes rendus de réunions de la direction,
- d'une documentation juridique nationale comme les référentiels de formation infirmière de 1992 et de 2009, la loi sur l'Ordre national Infirmier,
- de la rencontre avec des acteurs concernés par la situation des médecins non européens : directrices des deux IFSI de la ville, contact téléphonique avec Association d'accueil aux Médecins et Professionnels de santé Réfugiés en France (APSR), courrier envoyé à l'Ordre infirmier (resté sans réponse), un entretien retranscrit d'un médecin « personne ressource » auprès d'un médecin réfugié candidat au diplôme d'Etat infirmier à la rentrée 2014-2015,
- de la retranscription et analyse de sept entretiens biographiques de médecins non européens inscrits en cursus partiel en vue d'obtenir un diplôme d'Etat infirmier et sur deux temps : temps 1 de mars à avril 2014 à deux/trois mois de la fin de la formation infirmière, temps 2 quelques mois après de fin d'année 2014 à printemps 2015.
- D'entretiens non retranscrits auprès de responsables et de formatrices formées au programme de 1992 et de 2009 en IFSI (public et privé),

- D'entretiens retranscrits auprès d'une responsable d'IFSI chargée de la sélection des médecins et d'une responsable d'IFSI chargée du dispositif pédagogique à leur rencontre.

6.6 Présentation des médecins interviewés et de leurs caractéristiques socioprofessionnelles

Il s'agit de sept médecins non européens qui se sont présentés à deux IFSI de Toulouse à la rentrée 2013 en vue de l'obtention du DEI¹²⁴. Nous parlerons de médecins non européens en appui à une association d'accueil aux médecins et personnels de santé réfugiés en France¹²⁵ afin de souligner « la difficile intégration dans le système français¹²⁶ » de ces médecins. C'est aussi le moyen de souligner la discrimination à l'échelle européenne. L'Europe « forteresse » opère un processus de catégorisation entre les migrant-e-s internes à l'espace européen et les migrant-e-s externes à cet espace. Tout processus de catégorisation est porteur d'inclusion et d'exclusion. Les médecins issus de pays francophones subissent ce processus car étrangers à l'espace européens.

Parmi ces sept médecins, cinq sont des femmes et deux des hommes. Quatre sont originaires d'Algérie (trois femmes et un homme), une du Cambodge, une de Madagascar, un de Guinée Conakry. Six ont autour de la trentaine et une a 51 ans.

6.6.1 Leila, 28 ans, originaire de Kabylie en Algérie

Leila, 28 ans, est originaire d'Algérie. Elle vient d'un milieu rural d'un village de la Kabylie. Elle a été élevée par sa mère seule car le père très tôt est parti s'installer définitivement en France. Elle n'a pas de contact avec lui. Elle a une sœur de douze ans son aînée qui s'est mariée très jeune, est partie avec son mari en France et élève ses enfants. Sa mère est institutrice. Leila obtient son diplôme de médecin généraliste en 2010 et commence pendant quelques mois une spécialité de gastro-entérologie en Algérie. Elle arrive seule en France en 2011, mariée sans enfant. Elle a obtenu la nationalité française avant de partir. Toulouse est sa première destination. Elle cohabite quelques mois chez sa sœur. Son mari, kabyle également, la rejoint quelques mois plus tard. Son premier contact en France a été sa sœur. Ensuite elle a souvent fait appel à son beau-frère qui vit en France. Elle a de l'aisance à l'oral, a un débit de parole passionné. Quand elle arrive, seule, en France, elle habite dans un premier temps chez sa sœur mariée avec ses enfants et là elle traverse une période sombre où elle se trouve dépossédée de tout : de ses repères, de sa dignité, de ses capacités.

Quand elle arrivera à recouvrer son autonomie, elle gardera un souvenir pénible de ces moments-là.

[1] « En fait elle me rabaissait, elle me faisait croire que je ne pouvais rien faire et j'y ai cru à un moment. J'avais l'impression de redevenir comme les femmes que je voyais à l'hôpital, ces femmes-là soumises qui ne pouvaient pas bouger sans l'accord de leur mari ou de quelqu'un. Et vous allez trouver ça bizarre,

¹²⁴ Diplôme d'Etat Infirmier-e

¹²⁵ Cette association s'appelle l'APSR

¹²⁶ C HATZFELD, M BOIDE et A BAUMELOU, « Professionnels de santé non citoyens européens et/ou à diplôme non communautaire », Hommes et migrations [en ligne], 1282/2009, mis en ligne le 29 mai 2013, URL : <http://hommesmigrations.revues.org/452> consulté le 16/06/2014

j'ai refait une gastrite de stress. Parce que je n'avais personne à qui parler, ma sœur ne parle pas beaucoup. Ma sœur qui a toujours été une femme très effacée avec l'âge je crois qu'elle a pris conscience qu'elle avait d'un certain côté un peu rater sa vie, enfin ratée, on ne peut pas dire rater quand on a fait des enfants, voilà elle a son foyer.(...)»^[2] Avec moi ,c'est une femme qui parle doucement, qui ne parle pas beaucoup, avec moi elle haussait le ton, elle faisait comme si elle était supérieure à moi, voilà du coup elle se défoulait, elle avait trouvé un exutoire pour dégager un peu ce qu'elle avait refoulé, elle rejetait sur moi un peu, pour une petite chose comme ça ,elle me gueulait dessus, je pense qu'au fond c'est vraiment tout ce qu'elle a subi durant toute sa vie par mon père, par tout ça et ça au bout d'un moment je me suis retrouvée comme une idiote, j'arrivais chez elle, j'avais une chambre qui m'était attirée, j'allais dans la chambre, je n'avais pas la télé, l'accessibilité à l'ordi était réduite, je ne savais pas ce que j'allais faire, je ne savais pas du tout comment chercher du boulot.(...)»^[3] Franchement pour moi c'était un soulagement, c'était une occasion de me détacher d'eux. Et je considère toujours ce qui fait toujours mal à ma mère, que ce sont des relations toxiques pour moi. Même en étant en plus ou moins en bons termes comme ça en apparence avec eux mais ce sera toujours toxique. Je n'ai pas envie qu'ils soient dans ma vie, je n'ai pas envie d'être dans la leur, je n'ai pas envie d'avoir à faire à leur entourage, à tous ces gens-là, à tout ce que j'ai fui en Algérie, je n'ai pas envie de le retrouver ici. » (Leila, entretien Temps 1, P21-L3^[1] -L13^[2] et P26-L33^[3]).

6.6.2 Fathia, 36 ans, originaire d'Algérie

Fathia, 36 ans, est originaire d'Algérie. Elle vient d'une petite ville du bord de mer. Son père a eu plusieurs emplois dont le dernier ouvrier dans une entreprise de cigarettes, sa mère est sans profession. Fatiha est de deux ans l'aînée de son frère. Elle a eu son diplôme de médecin généraliste en 2004 et a travaillé huit mois en remplacement divers. Elle aurait voulu faire une spécialité médicale mais par nécessité économique ne l'a pas faite. Son frère est vendeur en pharmacie. Elle est arrivée seule en France fin 2004. Toulouse est sa première destination. Son premier enfant est né en 2005, elle a épousé, en 2008, le père de son premier enfant (et de ses futurs enfants) qu'elle a rencontré à Toulouse et qui est de la même région qu'elle. Elle est maintenant mère de quatre enfants, son dernier enfant est né à la fin du cursus de formation. Son mari, infirmier en Algérie, a travaillé comme aide-soignant de nuit en France en maison de retraite ; puis suite à des problèmes de santé au niveau du dos, a été déclaré inapte par la sécurité sociale à exercer le poste d'aide-soignant. En reconversion professionnelle, il envisage de devenir infirmier en France et n'a pas réussi cette année les épreuves d'admission à l'Institut de formation en soins infirmiers. Elle est venue initialement en visa étudiante, est actuellement en statut de résidente avec une carte de séjour de dix ans. Elle envisage de renouveler sa demande de nationalité française quand elle sera en CDI. Son réseau familial en France est étendu : cousine à Toulouse, oncles à Paris et Perpignan. Son premier pied à terre a été chez cette cousine de Toulouse. Elle est à l'aise à l'oral, a une voix claire et précise.

Quand elle arrive, seule, en France, très vite elle trouve refuge auprès d'une « deuxième maman ».

« je suis venue parce que j'ai un oncle à Perpignan, j'ai une cousine ici qui est mariée à Toulouse, voilà les 1ers temps j'étais chez elle pendant que je cherchais mais après j'ai trouvé un appartement et cette dame me disait « tu es encore jeune, tu viens chez moi et tu restes le temps que tu trouveras quelque chose de bien », alors j'ai été hébergée chez elle quelque mois, elle m'a adoptée, après elle a su que j'attendais un bébé, elle avait une fille unique qui était journaliste et elle était toujours en déplacement, elle me disait « maintenant tu es ma fille », elle m'appelait « ma fille », elle m'emmenait en boutique, parce que j'avais besoin de vêtements, je disais »non, non », il faisait froid. Moi je n'ai pas prévu des

vêtements adaptés à la saison, je suis venue en octobre alors en décembre il faisait très froid, alors elle m'emmenait en Espagne avec elle, elle m'a adoptée, je l'ai adoptée.(...) j'ai dit « qu'est-ce que je vais faire » ? Alors je ne vous ai pas dit, quand je suis venue, dans le quartier où j'habitais, j'avais une voisine, maintenant on l'appelle mamie Yoyo, elle s'appelle Yolande, c'est elle qui m'a accueillie, j'étais juste une voisine à elle mais elle m'a dit « tu as laissé tes parents en Algérie je suis ta mère », je la connaissais pas. » (Fathia, entretien Temps 1, P62-L9).

6.6.3 Hanja, 39 ans, originaire de Madagascar

Hanja, 39 ans, est originaire de Madagascar. Elle vient d'un milieu citadin. Ses parents sont retraités, sa mère a été secrétaire, son père gestionnaire en usine. Elle est de dix ans l'aînée de son frère. Ce dernier occupe un poste de maîtrise de gestion. Elle a son diplôme de médecin généraliste en 2002, travaille 6 ans de 2004 à 2010 dans un centre de planning familial financé par l'Europe. Elle s'est mariée en 2004, son mari est un marin de la marine marchande. Elle a deux enfants dont le premier est né à Madagascar en 2006. Son deuxième enfant est né en France fin 2013. Hanja a la bi nationalité de par sa mère qui est française. Elle maîtrise partiellement la langue française, son débit est lent, hésitant et les relances lors de l'entretien sont fréquentes.

Quand la famille arrive en France, elle loge dans un premier temps chez le frère de son mari et cette cohabitation est difficile.

^[1]« Oui en venant ici, on n'a rien pu emporter même pas les ustensiles de la maison ; et en venant ici nous étions hébergés chez le frère de mon mari.(...) ^[2]Oh juste un mois, la cohabitation ça ne s'est pas bien passé (petit rire).(...) ^[3]son frère est marié, ça ne s'est pas bien passé la cohabitation et on avait décidé de prendre un autre logement privé et on a fait des demandes. » (Hanja, entretien Temps 1, P44-L15^[1], P44- L18^[2] et P44-L21^[3]).

6.6.4 Daravanh, 52 ans, originaire du Cambodge

Daravanh, 52 ans, est originaire du Cambodge. Elle vient d'un milieu citadin au Cambodge mais la révolution Khmer la propulse, elle et une partie de sa famille, en milieu rural. Sa famille est dispersée et les études sont interrompues. C'est de ce moment-là que Daravanh identifie sa perte de la langue française. Ses parents étaient commerçants, son père est décédé. Elle a trois frères, l'un a disparu pendant le régime de Pol Pot, elle est la dernière. Ses deux frères travaillent au gouvernement cambodgien. Elle a eu son diplôme de médecin généraliste en 1994 et a travaillé cinq ans en service de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Son futur mari est en France depuis 1969, il a 23 ans de plus qu'elle. Quand il revient au Cambodge en 1994, sa tante la présente à Daravanh et ils se marient en 1998. Ils arrivent en France en 1999. Elle a travaillé dans le commerce avec son mari. Elle est mère de deux enfants, nés en 1999 et 2001. Elle a la nationalité française depuis 2011. Son réseau familial est celui de son mari qui a ses frères à Dijon et Toulouse. Elle a une voix douce, à peine audible. Le parler français est hésitant, la langue française est peu maîtrisée. Elle est en insécurité linguistique. Elle a pris des cours d'anglais à la fac mais ça n'a pas suffi ; l'intégration professionnelle en tant qu'aide-soignante l'a aidée à acquérir un parler du quotidien. Les relances sont fréquentes.

Quand le couple arrive en France, Daravanh est enceinte de son premier enfant et ils sont logés dans la famille de son mari.

^[1]« (...) quand je suis arrivée en France j'étais enceinte. J'ai deux enfants, deux garçons, un est né en 1999 et l'autre est né en 2001. (...) ^[2]Après mon 1^{er} enfant, on a monté en 2000 un restaurant en association avec le frère de mon mari mais nous n'avons pas réussi. On habitait en avril 1999 à D., mon mari a un frère cadet à D., on a été hébergé par le frère cadet jusqu'au 15 janvier 2000 et ensuite on est venu à Toulouse ». (Daravanh, entretien Temps 1, P83-L5^[1] et P83-L8^[2]).

6.6.5 Nadia, 32 ans, originaire de Kabylie en Algérie

Nadia, 32 ans, est originaire de Kabylie en Algérie. Elle vient d'un milieu citadin. Sa mère a été mère au foyer et son père technicien en bâtiment. Elle a une sœur et trois frères, elle est l'aînée. Sa sœur finit ses études en vue d'être avocate. Un de ses frères est devenu aide-soignant en Algérie ; la profession d'aide-soignant-e est nouvelle en Algérie, cela fait un an ou deux qu'elle existe. Un autre de ses frères, licencié en français, fait une formation en France. Et son dernier frère est encore en cycle scolaire. Elle a son diplôme de médecin généraliste en 2007. Aurait aimé faire une spécialité (pédiatrie). A rencontré son mari au cours de sa sixième année d'étude (il lui restait encore un an). Son mari a arrêté les études en première année de lycée pour aider ses parents ; il a travaillé dur dans le bâtiment et a des problèmes de dos. Puis n'arrivant pas à gagner sa vie, il est parti en France en 2003 travailler dans la sécurité. Il est français puisque ses parents étaient en France quand il est né, ils sont ensuite revenus en Algérie quand il était petit. Il ne connaissait personne à son retour en France puis dès qu'il s'est installé, son frère aîné l'a rejoint pour travailler en tant que pâtissier. Nadia et son mari se sont mariés en fin 2007 à la fin des études de Nadia et ils sont venus en France début 2008. Toulouse était leur première destination. Ils sont arrivés dans l'appartement du mari où le frère aîné était déjà. Ultérieurement la sœur du mari est venue les rejoindre dans l'appartement. Nadia ne connaissait personne de sa famille en France. Leur fille naît en 2010. Nadia n'a pas la nationalité française, elle ne souhaite pas la demander pour l'instant, elle est sur un visa de dix ans. Son français est clair et précis. La langue française est maîtrisée.

Quand Nadia et son mari arrivent en France, elle va habiter dans l'appartement qu'avait déjà son mari, a cohabité avec un des frères de son mari, puis un autre frère et sa femme. Ce temps de cohabitation a été une surprise pour Nadia.

^[1](...) il [son mari] est arrivé en France, après il y avait son frère, je vous ai parlé de son frère aîné, qui l'a rejoint dans un 2nd temps donc lui était pâtissier de formation en Algérie donc quand il est arrivé en France, il a fait son métier, il a fait une petite formation, on a vu comment il travaillait donc on lui a validé, il n'avait pas de problème. (...) ^[2]C'est son petit frère, c'est après moi, il y avait sa sœur avec son mari qui voulaient s'installer en France, au départ avant de trouver ils étaient hébergés chez mon mari. (...) ^[3]Ce n'était pas évident, au départ c'est vrai que je le savais mais ce n'était pas une condition, je n'ai pas demandé ça à mon mari, je ne lui ai pas parlé, pour moi la seule chose qui était importante : mes études, je travaille, je ne veux pas me marier et un jour il ne va pas me dire « la société algérienne est très difficile », il ne va pas me dire « tu restes à la maison, tu ne vas pas travailler, tu ne vas pas continuer tes études », donc j'ai pensé à ça mais après je n'ai pas pensé à la cohabitation avec la belle famille. » (Nadia, entretien Temps 1, P118-L31^[1], P119- L4^[2] et L11^[3]).

6.6.6 Mohamed, 34 ans, originaire d'Algérie

Mohamed, 34 ans, est originaire de la deuxième plus grande ville d'Algérie. Sa mère est mère au foyer, son père est enseignant en langue littéraire arabe. Il a dix frères et sœurs, il arrive en quatrième position dans la fratrie. Il a eu son diplôme de médecin généraliste en 2005. Il aurait aimé faire une spécialité (dermatologie ou gastroentérologie). Quatre de ses sœurs et un de ses frères sont venus avant lui en France, cela fait la moitié de la famille en France et l'autre moitié (les aînés) en Algérie. Ses sœurs travaillent toutes sauf une (gendarme, électricité, comptabilité). Il arrive seul fin 2005 en France à Marseille chez une de ses sœurs. Il travaille trois/quatre ans dans un autre secteur que la santé (commerce). Son réseau ici est familial et aussi amical avec des ami-e-s de promotion médicale qui la plupart travaillent en tant qu'infirmier-ère-s. Il s'installe dans un deuxième temps à Toulouse. Il n'a pas la nationalité française, il a fait une première demande qui a été refusée pour insuffisance de ressources ; ses autres frères et sœurs l'ont. Il a une carte de résident de 10 ans (à confirmer). Mohamed durant l'entretien est réservé, parle peu, a besoin d'être relancé.

Quand il arrive, seul, il est logé chez sa famille puisqu'une moitié de sa famille est sur Marseille et l'autre moitié est restée en Algérie.

^[1]« A Marseille et c'était mon 1^{er} point de chute (...) ^[2]Je n'avais pas de problème pour le logement, quand je suis arrivé il y avait mes sœurs et nous avons cohabité le temps que je prenne mon appart tout seul au bout d'un an. (...) ^[3][La cohabitation s'est] très bien [passée]. » (Mohamed, entretien Temps 1, P95- L5^[1], L7^[2] et L11^[3]).

6.6.7 Mamadou, 36 ans, originaire de Guinée Conakry

Mamadou, 36 ans, est originaire de Guinée Conakry et est né à Conakry. Sa mère est mère au foyer, son père, décédé, était enseignant en langue arabe. Il a quatre frères et sœurs dont une qui est décédée, c'est une famille recomposée. Les aîné-e-s, deux sœurs et un frère né-e-s d'un autre père ne sont pas né-e-s à Conakry mais à l'intérieur du pays et n'ont pas été poussé-e-s dans leur scolarité. Les deux sœurs aînées se sont rapidement mariées et le frère n'a pas fait d'études, les trois font du commerce. Par contre quand ses parents se sont rencontrés à Conakry et ont eu deux enfants dont Mamadou est l'aîné, le fait de poursuivre une scolarité a semblé évident. Mamadou a obtenu son diplôme de médecin généraliste en 2002 puis a travaillé pour sa thèse en service de gynéco obstétrique de 2002 à 2005 et a dirigé pendant quelques mois une maternité à Conakry. Il se marie en 2003 et a une fille en 2005. Il obtient une bourse d'études pour un master en gynéco obstétrique en Chine en 2008, y part seul et revient au pays au bout d'un an. Il arrive en France seul janvier 2010 avec un visa étudiant. Grâce au réseau familial et de connaissances à Paris, Nancy, Lille, Marseille et Toulouse, il va de logement en logement et de ville en ville jusqu'à s'installer à Toulouse en 2012. Sa femme et sa fille le rejoignent en 2011 ; ils se sont séparés peu après et s'occupent de leur fille à tour de rôle. Du visa étudiant il est passé au visa « vie privée vie familiale » pour raison médicale ; il envisage de demander la carte de résident de 10 ans. Il n'a pas parlé de demander la nationalité française. Mamadou a un bégaiement qu'il « tient de son père ». Il est très désireux de faire partager son ressenti.

Quand il arrive, seul, en France, il débarque à Paris et il démarre alors une course/errance en termes d'hébergement et d'études universitaires qui le fait aller de Paris, à Lille, Marseille puis Toulouse.

^[1] « (...) oui là-aussi a commencé un autre parcours, une autre vie, parce que quand je venais, je ne connaissais pas particulièrement, j'ai des connaissances vous savez mais ce n'est pas le fait de connaître quelqu'un ici, quand tu quittes le pays et que tu dois venir par-là, les gens te fuient, personne ne veut t'accueillir, tu es une charge, non, non, je comprends, les gens par là ils ont du mal ici : accueillir quelqu'un, donc dès qu'on sait que tu dois venir du pays, on sait que tu viens d'abord pour venir régaler, personne ne veut payer alors tu parles d'un contact d'un ami, on dit « ah oui, oui d'accord » et puis c'est fini.(...) ^[2]J'avais contacté une fille d'un ami qui est à Lille qui m'a trouvé quelqu'un sur Paris auprès de qui je devais descendre faire au moins une semaine en attendant que je parte à Nancy donc je suis descendu là, soit je partais pour Nancy soit je restais là à Paris car même pour la fœtopathologie, Nancy avait commencé les cours. (...) ^[3] je suis descendu chez le jeune qui était censé me garder pendant une semaine, il m'a gardé en fait trois jours, le 3^{ème} jour, il m'a mis dehors, voilà il ne pouvait plus me garder, il y a sa copine qui doit venir, il faut que je trouve où partir ; entre temps j'ai appelé une petite sœur d'un ami qui est là-bas sur Paris, j'ai dit « voilà on m'a mis dehors, je ne sais pas où partir j'ai mes sacs, j'ai mes affaires », celle-ci est venue avec la cousine de ma femme avec une autre fille que je connaissais au pays avec qui j'avais des bons liens, les trois personnes-là sont venues me chercher chez le jeune, elles ont réfléchi ensemble, elles n'avaient pas où m'emmener mais la petite sœur de mon ami a contacté des jeunes qui étaient dans le campus où elle habitait, elle a dit « ah j'ai un frère, est-ce que vous ne pouvez pas le garder même si c'est pour deux ou trois jours en attendant qu'on arrange tout ça, voilà il vient d'arriver » (...) ^[4]Un jour je cherchais sur internet des diplômes pour la santé humanitaire, je suis tombé sur un DU à Marseille, ils faisaient ce DU de santé humanitaire internationale là-bas à la faculté du nord, donc j'ai pris les contacts parce qu'ils n'avaient pas encore commencé les cours(...), ^[5]j'ai quitté Lille parce qu'on avait trois modules sur l'année, je quittais Lille, je partais sur les cours, une semaine après je revenais à Lille sauf qu'il fallait trouver quelqu'un sur Marseille qui pouvait te garder une semaine parce que je n'avais pas d'argent ce n'était pas facile, le peu d'argent que j'avais et le virement n'avait pas commencé, l'argent que j'avais mise à la banque là-bas n'avait pas commencé à venir donc il fallait négocier, trouver quelqu'un sur Marseille, vous comprenez, ça fait beaucoup, il faut trouver une inscription quand tu la trouves, il faut trouver où rester pendant une semaine, est-ce qu'avec tout ça on a la tête bien faite pour comprendre ?, mais on n'a pas le choix, il faut tenir. Donc je partais sur les cours une semaine, une semaine quand même je validais mes cours, après je revenais sur Lille déjà à Lille aussi une petite sœur ne voulait plus que je reste là, il fallait encore trouver un autre point de chute, on ne savait pas comment faire, entre temps j'avais un ami ici, c'est un dentiste en fait, il a fait la stomato, il était à P. ici et il logeait au campus, en tout cas sur la route de Narbonne, lui il était là je l'ai appelé, je lui ai dit « je n'ai plus où repartir » il m'a dit « si tu veux on va ensemble se donner la main, on va chercher un studio dehors pour voir si on peut vivre ensemble en attendant », on s'est entendu, le dernier module que je suis parti faire sur Marseille était fin mars, comme je ne pouvais plus partir à Lille, c'est comme ça que je suis venu ici. » (Mamadou, entretien Temps 1, P154-L5^[1], L13^[2], et L23^[3] ; P155- L21^[4] et L26^[5]).

6.7 Analyse des caractéristiques socio professionnelles

De cette première présentation, nous pouvons relever plusieurs éléments : une a moins de 30 ans (Leila), une plus de 50 ans (Daravanh) et les cinq autres ont de 32 à 39 ans (Mamadou, Mohamed, Nadia, Hanja et Fathia). Six sur sept ont moins de 40 ans. Ce sont des personnes qui ont déjà une maturité et une expérience de vie. Ils/elles sont également à une période de la vie où les projets de fonder une famille peuvent émerger ; ce qui sera le cas de Fathia, Hanja et Nadia.

Trois ont eu un-e parent-e enseignant-e, une mère enseignante en français et deux pères en langue arabe (Leila, Mohamed et Mamadou). Les autres viennent d'un milieu populaire. Dans la fratrie, la majorité d'entre eux/elles sont ceux/celles qui ont réussi du point de vue des diplômes. Ces médecins sont en mobilité sociale ascendante dans leur pays. Ils/elles ont obtenu une reconnaissance institutionnelle et familiale.

Une a totalisé six ans d'expérience professionnelle (Hanja), la plupart n'ont pas d'expérience professionnelle salariée ou libérale médicale dans leur pays d'origine car ils/elles sont venu-e-s rapidement en France leur diplôme de généraliste en poche. Ils/elles sont arrivé-e-s l'année de leur diplôme ou l'année d'après..

La plus âgée (Daravanh) a travaillé dans le commerce longtemps avant d'exercer à nouveau dans le milieu de la santé en tant qu'aide-soignante. Un homme (Mohamed) a travaillé pendant trois/quatre ans dans le commerce dès son arrivée en France. Le commerce fait partie des domaines d'activité souvent familiaux aux migrant-e-s. Avec les crises économiques récentes, ce sont les domaines de la sécurité, du bâtiment et de l'aide à la personne qui sont souvent investis - et laissés ? - par les migrant-e-s¹²⁷. Deux conjoints des femmes médecins (le mari de Nadia et celui d'Hanja occasionnellement) travaillent ou ont travaillé dans la sécurité.

Quatre femmes (Nadia, Hanja, Daravanh et Fathia) sur cinq ont fondé une famille hétérosexuelle de un à quatre enfants ; la moyenne est de deux enfants. Un des médecins homme est père et garde sa fille à tour de rôle avec son ex compagne (Mamadou). Tous et toutes ont bénéficié d'un réseau familial ou d'interconnaissances pour s'installer de manière immédiate à leur arrivée. Deux femmes et deux hommes sont venu-e-s seul-e-s en France. Les autres sont venu-e-s accompagné-e-s de leur conjoint-e. Une seule a rencontré son futur mari en France de la même région natale qu'elle (Nadia). Un est célibataire sans charge d'enfant (Mohamed) et une femme vit en couple sans enfant (Leila).

En termes de statut de migrant-e-/citoyen-ne, trois sur sept ont la nationalité française, trois ont une carte de résident de 10 ans et un, un visa « vie privée vie familiale ». A la fin du temps 2, deux autres personnes continuaient à demander la nationalité française (Mamadou et Fathia) notamment pour l'accès aux postes hospitaliers.

Quatre médecins sur sept expriment leur regret de ne pas avoir fait de spécialité. Deux ont déjà exercé dans une spécialité, Hanja au planning familial à Madagascar, Mamadou en gynéco obstétrique à Conakry.

En termes d'aisance orale lors de l'entretien, quatre médecins maîtrisent très bien la langue française ; deux maîtrisent partiellement la langue française, un est réservé ; mais tous/toutes se sont rendu-e-s disponibles au regard du temps passé lors des entretiens. Ils ont tous été d'accord pour le 2^{ème} temps.

Le temps de l'arrivée en France se vit différemment pour chacun. De multiples variations se font jour : la personne arrive-t-elle seule ou accompagnée ? Connait-elle du monde dans le

¹²⁷ LENDARO A., « L'origine et le genre », Hommes et migrations [en ligne], 1292 | 2011, mis en ligne le 31 décembre 2013, URL : <http://hommesmigrations.revues.org/633>, consulté le 05/03/2015

pays d'arrivée ? A-t-elle à traverser une cohabitation ? Nous sommes au premier temps du « rester ».

Il y a une situation atypique dans ce groupe en termes d'année d'arrivée en France et de reprise d'une activité professionnelle dans le champ de la santé, c'est Daravanh qui est en France depuis 14 ans. Les autres sont là depuis le début des années 2000, deux sur six sont là depuis 2004/2005 et quatre entre 2008 et 2013. Daravanh, la plus âgée n'a repris contact avec le milieu du soin à travers l'exercice aide-soignant qu'à partir de 2005. Il s'était déjà écoulé du temps entre son exercice professionnel au Cambodge et son premier poste d'aide-soignante en France. Nous pouvons supposer que les personnes qui travaillent dans le milieu du soin en France rapidement au regard de la fin de leurs études médicales dans leur pays d'origine auront quelques repères familiers de l'organisation d'un service de soin ; et cette familiarité facilitera leur capacité d'adaptation à un autre milieu de soin, français en l'occurrence.

Nous nous proposons à présent d'exposer des éléments tirés des entretiens et qui nous semblent trouver écho à l'analyse croisée genre, « race » et classe présentée en amont.

7 Analyse thématique en tenant compte de la théorie de l'intersectionnalité genre, « race » et classe

Nous souhaitons montrer comment à différents temps, lieux et contextes traversés par ces médecins migrant-e-s, entre ici, là-bas, ici et là-bas, peuvent s'articuler les expériences migratoires au prisme de la théorie de *l'intersectionnalité* genre, « race » et classe. Nous avons trouvé des éléments discursifs qui faisaient écho avec des rapports sociaux de domination et de subordination en lien avec l'ethnie, le genre et l'intégration professionnelle du travail du *care*. Ils nous ont semblé résonner avec les problématiques de mobilités multiples liées à la migration, à la confrontation de cultures professionnelles entre celle d'origine (médecin) et celle de transit (aide-soignante) et aussi dans le processus de *vulnérabilisation* qui touche ces personnes lors du déclassement, de la « voix professionnelle empêchée » et où genre, « race » et classe se trouvent imbriqués-e-s.

Au travers de cette analyse, nous aborderons le premier temps de la migration « partir » en relevant les motifs migratoires puis nous regarderons le vécu du travail du care, la problématique de la reprise d'études dans le couple, la symbolique de l'accouchement dans le rapport à l'identité sociale et collective et la figure emblématique de la mère.

7.1 Leila, une crise identitaire plurielle

Leila subit en Algérie une triple oppression. La première est celle liée à l'identité kabyle. Leila revendique cette identité et quand elle fait ses études à Alger, elle prend conscience de la discrimination des collègues arabes vis-à-vis des collègues kabyles.

« Etre kabyle c'était un gros problème pour moi dans le service. Le chef de service, la 1^{ère} fois qu'il m'a vue, déjà physiquement ça se voit qu'on est kabyle. Il rentre, il me demande même pas mon nom, « Oh encore une kabyle, bientôt vous allez nous envahir ! » ? Ça s'était comme ça en français « vous allez nous envahir ! » Mais ce que j'ai découvert après c'est que mes collègues kabyles ne parlaient pas

kabyles, faisaient semblant de pas connaître leur propre culture, en fait ils se reniaient. Ce qui pour moi était inadmissible ». (Leila, entretien Temps 1, P12-L10)

La deuxième oppression est liée à celle d'être instrumentalisée dans un processus de *visibilisation* et d'*invisibilisation* qui alternent selon qu'elle est « visible » comme médecin ou « invisible » comme femme.

Dans un premier temps, elle prend conscience que pour obtenir certaines choses, elle doit utiliser un capital « séduction » relatif aux stéréotypes de la féminité de l'apparence.

« (...) bon à l'époque je prenais plus soin de moi, je faisais vraiment attention à mon image, et ce que je faisais, ça je l'avais compris très tôt pendant mes études, c'est qu'en tant que femme j'ai vu que c'était vraiment dur de s'en sortir. Déjà en tant que femme, en tant que kabyle, en tant que médecin, j'avais les trois fardeaux à la fois. Donc quand j'ai vu ça, je me suis dit « quoi en tant que femme, ils sont déjà tous en train de bader quand ils voient une belle femme, autant s'en servir ! » Je me maquille, je me coiffais bien, je parlais bien alors je pouvais admettre mes patients en chirurgie quand je voulais, je pouvais leur faire les radios les plus invraisemblables à n'importe quelle heure, je dis « ça au moins que ça serve ! » Mais après au bout d'un moment ça devenait épuisant, en tant que médecin je ne devais pas attendre ça de la part des gens, c'est mon métier ». (Leila, entretien Temps 1, P12-L24)

En même temps, quand elle travaille avec des médecins femmes responsables, elle s'aperçoit qu'elles ont des stratégies afin de se protéger des religieux intégristes dans le pays, ce qui suscite en elle un sentiment d'insécurité qui gagne le quartier où elle habite.

^[1]*« Et moi j'étais dans le service « femme ». Et le service « femme » on n'était que des internes « hommes » mais il y avait des maitres-assistantes femmes. Les maitres-assistantes femmes c'est l'ancienne génération, elles se sont soumises au truc de femme voilà religion soi-disant je crois que tout le monde était un peu hypocrite. Mais c'était des femmes porteuses d'admiration pour moi, des femmes bien entretenues avec des belles tenues, elles se permettaient de s'habiller comme elles voulaient. Mais par contre une fois j'ai demandé, j'ai dit « comment vous faites ? » elle me fait « non non moi je me change dans ma voiture ! » Parce que la dame bien dans son appartement qui se trouve dans son quartier huppé d'Alger, elle va dans sa voiture, elle peut se mettre en mini-jupe, elle vient, se gare dans le service, elle monte dans le service, elle repart dans sa voiture, elle va faire les courses elle ne s'habille pas comme ça. Et les courses elle ne les fait pas n'importe où. Donc je me suis dit il faut que je vive comme ça. On dirait des parias, on dirait euh il fallait vraiment vivre comme ça. Et ça m'a donné une vision sur mon avenir.(...)»^[2] Parce que moi quand je rentrais tout le monde me regardait dans le quartier. Pour eux être en jean et en basket déjà c'est euh, la façon de marcher, pas normal qu'une fille s'assume, qu'une femme, voilà c'était direct « mauvais genre ». Ça faisait « trainée ». (Leila, entretien Temps 1, P11-L28^[1] et P13-L14^[2]).*

Ensuite elle découvre qu'en tant que médecin femme, elle n'a pas accès de la même façon que ses collègues hommes au circuit d'obtention de certains médicaments à l'hôpital.

« Le pharmacien, pendant une année, me donnait des médicaments qui normalement devaient être donnés avec ma griffe, il me les donnait avant que je signe, il me disait de passer l'ordonnance sous le bureau, sous la porte de son bureau pendant qu'il n'était pas là parce que j'étais une femme (...) » (Leila, entretien Temps 1, P18-L5)

La troisième oppression se rapporte à la révolte qu'elle éprouve vis-à-vis de la soumission des femmes malades à la domination masculine, mari, père ou frère, qui les accompagnent ; ces femmes ne tiennent pas compte de son avis à elle mais se soumettent à la décision prise par leur entourage masculin.

« Quand je dis à quelqu'un « vous êtes sous anticoagulant, vous ne pouvez pas sortir, je lui explique avec des mots simples pour son INR parce qu'entre-temps j'avais un petit peu appris à parler pour pouvoir m'en sortir, je lui explique ça. Elle était mariée depuis 2 mois et j'avais l'impression qu'elle ne comprenait pas je lui disais que c'était grave ce qu'elle avait, elle avait une thrombose au niveau de la veine porte, à 24 ans quand on est jeune, soit c'est une maladie de système soit c'était quelque chose de grave elle devait avoir des anticoagulants à vie. Donc pas de grossesse et pas de grossesse en Algérie cela veut dire la femme elle sert plus à rien. Moi pour arriver à lui dire ça, normalement c'était à ma supérieure à lui dire, à aucun moment je crois durant son hospitalisation on lui avait dit. Donc c'est un grand enjeu pour elle car peut-être elle ne pourra jamais se remarier, de toute façon je savais qu'il allait la quitter et même quand il ne le savait pas, on a un peu temporisé, il est venu, il a dit « voilà elle sort », « mais, Monsieur sous anticoagulant », je lui ai expliqué que c'était en intraveineux, « Monsieur, elle ne peut pas sortir, Il faut qu'on fasse le relais en oral pour qu'elle parte ». « Non ce n'est pas grave, on s'en fout, il faut qu'elle fasse le ménage, qui va s'occuper, qui va faire la cuisine et ma mère qui est vieille » ? Il ne pensait pas à la femme en elle-même et la jeune femme toute joyeuse elle n'était consciente de rien du tout, j'ai essayé de lui expliquer mais non. Il m'a dit « voilà elle sort » « Monsieur, pour qu'elle sorte, il faut une décharge ». Il fait une décharge qu'elle signe elle ! Je lui demande à la fille qui répond « comme il veut ». Elle est sortie, il me l'a ramenée car elle avait fait une hémorragie» (Leila, entretien Temps 1, P16-L26).

De même quand Leila est de garde, elle est désignée par les hommes comme la femme et non comme le médecin de garde ; et quand elle a aidé une femme, dès le moment aigu de prise en charge passé, à nouveau elle redevient invisible aux yeux des hommes qui accompagnent la femme malade par un phénomène de dissolution de son identité professionnelle.

« (...) ils n'étaient pas au courant mais le fait que j'arrive comme la femme qui faisait la garde, « ce n'est pas le médecin qui fait la garde, la femme qui est de garde » ils disaient. Voilà j'ai passé ma vie, je me suis cassée le dos sur des bancs, j'ai fait les gardes, j'ai veillé des nuits pour faire les cours, pour que eux puissent me juger, qu'est-ce qu'ils en savent ? J'ai admis cette fameuse dame, le lendemain alors le soir tout le monde était gentil parce qu'ils voyaient que je courrais. Le lendemain j'arrive au service, j'arrive de bonne heure, je dis « bonjour » au père de la dame et à son frère et ils vont dans le couloir, ils s'éloignent, ils me tournent le dos. Dans le service j'étais en blouse. C'est comme si au moment où ils avaient besoin de moi, il y avait nécessité de me parler je ne sais par quel miracle et au moment où la crise est passée, ça y est, je ne servais plus à rien. Ça me rabaissait énormément ça, ça me rabaissait énormément. » (Leila, entretien, Temps 1, P13-L23)

A la suite de cette période de tensions sociales, elle a une gastrite (inflammation de la muqueuse gastrique). Elle interprète cette maladie comme une conséquence du stress qu'elle a subi.

^[1] « J'ai fait une gastrite de stress (...) ^[2] Je n'en pouvais plus. Je suis sortie du service, j'ai commencé à vomir dans la rue à vomir mais pas, je n'arrivais pas à me retenir. Ça sortait ça sortait ça sortait et les gens me regardaient. (...) ^[3] j'ai demandé à rentrer chez moi. » (Leila, entretien Temps 1, P14-L2^[1], L4^[2] et L23^[3]).

Cet état de maladie la convaincra de précipiter son départ pour la France. Si ce pays était une destination prévisible dans le cadre professionnel, pour y faire des stages de spécialité par exemple, le moment et le contexte du départ étaient imprévisibles ; et ils ont pris l'allure d'une crise identitaire multiple relative à l'identité Kabyle, l'identité féminine et l'identité professionnelle. L'identité est à prendre ici au sens d'une conception nominaliste telle que la

conçoit Claude DUBAR¹²⁸ ; en effet nous ne sommes pas dans la conception essentialiste de l'identité qui considère que rien ne change, « ce qui reste le même en dépit des changements¹²⁹ ». Dans la conception nominaliste, le processus est dynamique et contingent à la présence de l'autre, il n'y a pas d'identité sans altérité :

« Ce qui existe, ce sont des modes d'identification, variables au cours de l'histoire collective et de la vie personnelle, des affectations à des catégories diverses qui dépendent du contexte. Ces manières d'identifier sont de deux types : les identifications attribuées par les autres (ce que j'appelle « identités pour autrui ») et les identifications revendiquées par soi-même « l'identité pour soi(...) c'est la relation entre ces deux processus d'identification qui est au fondement de la notions de formes identitaires(...) reliant des identifications par et pour Autrui et des identifications par et pour Soi¹³⁰ ».

Leila dans son sentiment d'appartenance à une culture Kabyle se rallie à une forme communautaire de l'identité ; la jeune femme est liée à cette communauté qui lui confère une reconnaissance forte qui participe à sa construction identitaire. En ce sens, c'est une identité à la fois « pour soi » et « pour autrui ».

Face à la domination masculine, Leila se sent bafouée dans ses droits à être reconnue à égalité avec l'homme ; et dans son rôle professionnel, elle passe d'une identification par les autres soit à l'invisibilisation sexuée soit à la visibilisation médicale. Dans ces étapes de prise de conscience et de révolte, elle s'engage dans un processus de réflexivité qui l'amène à revendiquer, en émigrant, d'autres façons d'assumer ses identités.

D'autre part le milieu de la santé est souvent marqué dans son fonctionnement par la notion de « communauté hospitalière » telle que l'explore Ivan SAINSAULIEU¹³¹ et qui développe la forme identitaire communautaire. Car la mission de soin lie fortement les uns aux autres même si des environnements divers peuvent fragmenter parfois ce sentiment d'appartenance.

« La communauté hospitalière apparaît à la fois comme un mythe et une réalité (...) Si au jour le jour des personnels de santé variés partagent un fort sentiment d'appartenance, ce n'est pas du simple fait de la mission publique du service de santé. Au contraire, chacun s'attache plus ou moins à cette mission selon son degré d'investissement collectif.¹³² »

Si Leila a développé un fort sentiment d'appartenance à la communauté hospitalière de par ses études et la découverte de son métier, alors il lui sera d'autant plus insupportable de rester travailler dans des conditions qui ne reconnaissent ni sa personne ni ses compétences.

A la question « envisagez-vous de retourner dans votre pays ? », elle répond :

« Ah mais jamais, mon mari m'a posé la même question, jamais. La première fois que je suis arrivée ici, c'est le fait de me lever le matin, de pas réfléchir à comment je dois m'habiller, d'être une femme parce que je suis une femme, de sortir sans qu'on me siffle dans la rue, quand je marche, je ne regarde personne, personne ne me regarde, je prends le métro aisément, les moyens de transport, les gens ici je

¹²⁸ DUBAR C., (2010) « La crise des identités », L'interprétation d'une mutation, Collection Le lien social, PUF, 4^{ème} édition, , p1-6

¹²⁹ Ibid., p2

¹³⁰ Ibid., p4

¹³¹ SAINSAULIEU I., « Les appartenances collectives à l'hôpital », [en ligne] www.sciencedirect.com, *Sociologie du travail* 48 (2006) 72-87 <http://france.elsevier.com/direct/SOCTRA/> consulté le 30 octobre 2013

¹³² Ibid., p85

crois ont toujours connu ça, ils ne se rendent pas compte mais moi pour avoir connu l'Algérie, les conditions, je sais la valeur de ces choses-là, les transports à volonté, ça je n'ai jamais connu ; si je ratais le fameux bus, il fallait que je prenne le taxi. Donc de ce là, le bien-être moral en tant que femme je l'ai acquis (...) » (Leila, entretien Temps 1, P31-L27)

7.2 Des femmes seules initiatrices de leur migration et d'autres en couple

7.2.1 Leila et Fathia, initiatrices de leur migration

Deux femmes ont initié leur migration, Leila et Fathia. Elles correspondent au profil des femmes migrantes contemporaines qui partent seules souvent ; le profil traditionnel de la femme migrante s'assimilait davantage à celui de « suiveuse » du mari notamment lors des politiques de regroupement familial dans les années 70/80. La féminisation de la migration a été explorée entre autre par Laurence ROULLEAU-BERGER¹³³ ; cet auteure expose que la féminisation est longtemps restée et invisible et minoritaire dans les années 70 et 80. Sur des chiffres de 2009/2010, sur

« (...) environ 220 millions de migrants dans le monde [qui] résideraient dans un pays étranger (...) la moitié serait des femmes puisque (...) 100 millions de femmes quittent chaque année leur pays d'origine¹³⁴ ».

La féminisation est liée à un contexte d'extension de la mobilité économique et financière.

« Les migrations internationales ne peuvent être pensées aujourd'hui comme dissociées de dynamiques économiques qui signifient la réorganisation spatiale de la division du travail et la mondialisation financière 135».

De ce fait les parcours et biographies cosmopolites des femmes dépendront pour une grande part de leur capital social, spatial et économique et de leur capacité à les mobiliser ; les conditions pour les mobiliser seront liées au contexte plus ou moins porteur d'inégalités sociales, économiques et ethniques et d'espaces sociaux de reconnaissance. Les ressources, dont disposent les femmes médecins de notre étude, sont élevées de par le diplôme supérieur et prestigieux de médecin, des compétences linguistiques et d'un réseau familial ou de d'interconnaissances en France. Le capital économique est peu élevé par contre, car elles sont issues de classe moyenne ou populaire et n'ont pas, pour la majorité d'entre elles, pu engranger des économies en exerçant longtemps en tant que médecins dans le pays d'origine.

Leila, comme nous venons de le voir, a émigré suite à une crise existentielle, c'est elle qui a pris la décision ; elle est venue seule, son mari est resté pendant ce temps en Algérie avant de la rejoindre plus tard. Pour elle, la France a représenté un moyen de mettre à distance des espaces porteurs de tensions identitaires et d'expérimenter des façons de vivre libre.

Fathia, célibataire, a émigré seule suite à des déceptions de remplacement en tant que médecin. La France a représenté pour elle le moyen de faire des stages d'approfondissement pour revenir au pays avec davantage d'expérience dans un pays de référence pour la science médicale en Algérie.

¹³³ ROULLEAU-BERGER F.,(2010)« Migrer au féminin », collection La nature humaine, PUF,

¹³⁴ Ibid., p7-9

¹³⁵ Ibid., p11-12

7.2.2 Les autres femmes émigrent en couple ou en famille

Les autres femmes ont émigré de manière plus traditionnelle dans un contexte de couple ou de famille.

C'est un projet de famille qui a présidé à l'émigration d'Hanja et de son mari. Ils travaillaient dans des centres financés par l'Union européenne à Madagascar. Quand le coup d'Etat éclate en 2009, les financements européens sont stoppés. A ce moment-là, le couple et leur fille décident de venir en France. Son mari, marin dans la marine marchande, aurait pu rester à Madagascar et trouver un autre poste, sa situation était moins dépendante du contexte politique. Mais l'instabilité politique de la situation les a décidés à partir.

^[1] « (...) Mais le fait que je sois partie en France, ce n'est pas pour faire la spécialisation. Je suis venue ici avec ma famille en 2010. A Madagascar en 2009, il y a eu un coup d'Etat, mon mari et moi nous travaillons dans un centre qui est financé par l'Union Européenne et dès qu'il y a le coup d'Etat là-bas, les financements ont été stoppés. (...) ^[2] Son poste n'a pas été touché parce qu'il avait travaillé au centre de surveillance de pêche de Madagascar, c'est financé par l'Union Européenne, ce n'est pas stable, on avait pensé que ce ne serait pas stable vu le coup d'Etat ; et comme il est de nationalité française, nous avons eu l'opportunité de venir ici en France alors nous avons décidé de quitter le pays. » (Hanja, entretien, Temps 1, P42-L27^[1] ; P43-L6^[2]).

La famille a la bi nationalité. Ils ont choisi Toulouse car le mari a un réseau familial dans cette ville. Par contre pour le mari, la destination de Toulouse n'est pas favorable car ce n'est pas une ville portuaire ; il a fallu qu'il se déplace à Nantes puis Bordeaux pour faire reconnaître son diplôme de marin.

« (...) en fait par rapport à son diplôme ce n'est pas encore reconnu par la France, il devrait faire une formation pour être reconnu pour son diplôme. Il avait suivi une formation à Nantes, pour valider son diplôme et après il a eu son fascicule français pour travailler comme marin ici en France, il avait postulé et il a eu son travail à Bordeaux. Il avait travaillé à Bordeaux comme marin. » (Hanja, entretien Temps 1, P45-L21)

Pour Daravanh, tout s'interrompt en 1975, date de la révolution Khmer, les études sont arrêtées, l'apprentissage de la langue française également et la famille est dispersée ; un frère disparaît. Daravanh reprend ensuite les études et obtient son diplôme en 1999 ; elle travaille cinq ans en PMI. Elle manifeste ensuite un désir de partir de son pays et de voir ailleurs.

^[1] Je n'avais pas trop envie de rester chez nous, j'en avais marre du social, j'avais envie d'aller à l'étranger ; c'était difficile de partir à l'étranger (voix très douce), la cousine de mon futur mari m'a présenté à lui. (...) ^[2] Il a un diplôme en informatique et un diplôme en œnologie en France, il a dix ans de plus que moi comme mon 2^{ème} frère. (...) ^[3] Quand je me suis mariée, mon mari vivait en France depuis 1969 en tant qu'étudiant en pharmacie jusqu'en 3^{ème} année, il avait un restaurant puis il fait des études pour être œnologue puis il a à nouveau fait du commerce. Il a créé une usine pour produire les aliments sous vide à C., il n'a pas réussi non plus car c'est très récent le sous vide asiatique ; Il est revenu au Cambodge en 1994, il a revu sa tante qui m'a présentée à lui. » (Daravanh, entretien Temps 1, P81-L29^[1] ; P81- L35^[2] ; P82-L6^[3]).

La rencontre avec son futur mari a été une opportunité pour elle d'accomplir ce changement de vie. Elle est prête à trouver un travail même si c'est en dehors de la santé. Elle a la nationalité française par filiation avec son mari. Elle a peu de famille de son côté à elle, c'est surtout la famille de son mari qui est établie en France. Elle est arrivée enceinte avec son mari

en France en 1999. Elle a ensuite un autre enfant deux plus tard et travaillera pendant environ huit ans avec son mari dans le commerce.

Nadia, juste à la fin de ses études, se décide à épouser un homme qu'elle connaît depuis son enfance. Ils sont issus du même milieu populaire. Leurs familles se connaissent. Par ailleurs si la France avait représenté pour Nadia une opportunité de mobilité professionnelle en séjour « études » avec retour au pays, le mariage précipite la décision d'émigrer. Le mari a la nationalité française et est installé en France avec un de ses frères. Pour lui la France est le pays où il peut gagner sa vie contrairement à l'Algérie. Le choix de son mari prévaut sur le sien.

7.3 Travail aide-soignant, quand le care s'accompagne de vulnérabilisation par déclassement et racisme pour Leila, Fathia et Hanja

Le travail aide-soignant est un travail du *care*. A travers cette pratique, les médecins de notre étude, ont subi un déclassement social tel que nous l'avons déroulé au début de cette analyse. Comment s'est-il exprimé dans la réalité du travail ? Quand les médecins sont incité-e-s fortement à taire leur compétences, leurs voix professionnelles, ne sont-ils/elles pas dans un processus de vulnérabilisation à l'instar des personnes fragilisées dont ils/elles s'occupent ? Quand le racisme entre collègues fait irruption, en quoi participe-t-il du processus d'atteinte à la dignité ?

7.3.1 Leila et Fathia, des voix professionnelles « empêchées »

Quand Carol GILLIGAN écrit son livre sur le *care*, elle l'intitule « Une voix différente¹³⁶ » pour donner à entendre une autre voix que celle de la rationalité généraliste et abstraite dans l'analyse de situations relationnelles. Celle qu'elle promeut s'inscrit dans un réseau tissé de relations où le souci des autres mais aussi le souci de soi amènent les personnes à prendre des décisions et à faire des choix.

Les médecins de notre étude, évoluent dans le milieu de la santé et la mission est la même pour tous les professionnel-le-s du soin ; celle de maintenir ou d'améliorer l'état de santé de la personne soignée. Les moyens et les compétences diffèrent d'une profession à une autre. Les médecins ont un savoir leur permettant d'identifier précisément les signes et symptômes présentés par la personne soignée et de les croiser avec des résultats d'examens. Dans le contexte qui nous intéresse ici, les médecins se sont occupé-e-s des malades dans la posture d'aide-soignant-e-s et ont eu le souci du bien-être ou du mieux-être de la personne. C'est une posture porteuse de confusion entre ce que l'on fait, ce que l'on sait, ce qu'on « devine » à propos de l'état du/de la patient-e selon la posture professionnelle engagée. Deux femmes, plus particulièrement, ont évoqué l'ambiguïté d'une telle posture professionnelle. En effet, dans les établissements où elles ont travaillé, les responsables leur demandaient de taire leur savoir, leur voix professionnelle. Et cela engendrait pour chacune d'elles une souffrance morale et un dilemme éthique. L'une d'elle s'est trouvée dans une situation où la personne soignée n'était pas bien ; et les précautions discursives qu'elle devait prendre pour transmettre avec un sentiment de gravité que la personne n'allait pas bien l'a mise en difficulté.

^[1] « En tant qu'aide-soignante j'étais dans le domaine médical, lors des réunions, quand on parlait de maladies, voilà je n'avais pas le droit d'intervenir, j'essayais d'avoir un profil toujours d'aide-soignante

¹³⁶ GILLIGAN C., (2008), « Une voix différente », Pour une éthique du care, Collection Champs essais, Flammarion

même à domicile, il ne fallait pas avoir un œil de médecin. Ils ont vraiment pointé le point sur ça.(...)
^[2]Dans certains cas d'urgence, j'étais confrontée au cas d'une femme j'étais avec une aide à domicile mais cette femme était pâle, elle était fatiguée, elle était anémique il fallait qu'elle voie un médecin, l'aide à domicile m'a dit « elle voit son médecin tous les trois mois », mais j'ai dit « il faut qu'elle le voie », j'ai appelé l'infirmière coordinatrice, je lui ai dit « cette dame n'est pas bien », bon ce jour-là ils ont appelé le médecin, ils l'ont hospitalisée parce qu'elle avait une anémie, il fallait la transfuser. Elle m'a dit « heureusement que vous l'avez dit » mais bon je ne l'ai pas dit avec les termes médicaux, j'ai dit « voilà cette dame elle ne se sent pas bien » mais sinon quand j'intervenais, il ne fallait pas que j'emploie des termes médicaux parce que des fois c'était involontaire. » (Fathia, entretien Temps 1, P72-L37^[1] et P73-L2^[2])

Une autre fois, ce même médecin laisse échapper son savoir lors d'une réunion et le ressent comme tabou.

« On avait une fois une formatrice qui est venue nous parler de la maladie de Parkinson, elle parlait « oui il y a une molécule qui manque », j'ai dit « oui, c'est la L-Dopa », j'ai parlé, tout le monde me regardait « c'est quoi la L-Dopa ? » « Ah pardon j'ai dit des bêtises », elle m'a regardé, « comment vous connaissez cette molécule ? » alors l'infirmière coordinatrice lui a dit « elle était infirmière étrangère » alors je suis devenue toute rouge, j'ai fait une bêtise, il ne fallait pas que je le dise, « non c'est normal vous l'avez dit ». Voilà comme ça, mais sinon sur le plan médical j'étais en retrait, il ne fallait pas, par exemple, si je constatais quelque chose, des œdèmes je vais dire des œdèmes, je ne vais pas chercher s'il y a une insuffisance cardiaque ou rénale, il ne faut pas que je cherche l'origine de ces œdèmes, je mettais qu'il avait des œdèmes des membres inférieurs, voilà. Si j'étais médecin, il faudrait que je regarde ses analyses et tout. Il fallait que je sois encadrée. » (Fathia, entretien Temps 1, P73-L10)

Une autre femme médecin, Leila, raconte sa frustration et l'émotion que cela suscite en elle à l'évocation. Cela se passe lors d'une réunion professionnelle de présentation d'un cas d'une patiente ; elle avait pressenti le diagnostic, n'avait pas pu l'exprimer et rentrée chez elle, elle s'était dit :

^[1]« J'ai fait de la gastro et en fait je me suis rendue compte, ça m'a fait mal en tant que personne, j'ai fait tout ça, je connais tout ça, j'ai ce niveau-là et je suis là.(...) ^[2]j'ai cru que je pouvais laisser le côté professionnel de côté mais parfois franchement ça fait vraiment mal, des fois je me remémore quand je faisais des massages cardiaques, réanimer des gens, j'étais vraiment dans l'action, j'étais vraiment impliquée dans mon métier, (...) ^[3]j'intervenais partout, si c'était pour apprendre, j'allais avec le professeur, j'étais vraiment à fond dedans, je refoule mais parfois ça revient brusquement. » (Leila, entretien Temps 1, P31-L7 ; P31-L35 et L38).

Le processus de *vulnérabilisation* s'enclenche quand le doute s'installe par rapport à son identité. Qui suis-je dans un lieu et au milieu des autres qui ne me reconnaissent pas pour ce que j'ai acquis ? Les personnes sont disqualifiées de par le savoir et les compétences qu'elles possèdent et qui ne sont pas de même nature que ceux/celles avec lesquels-les ils/elles travaillent. La honte surgit de la nécessité de se justifier quand on a laissé échapper ses paroles. Le mouvement de justification laisse entendre l'idée d'une faute, laquelle ? Celle de ne pas être à sa place, de ne pas être légitime ? Avec qui partager cette posture si difficile à énoncer ? Ce sont des personnes qui expérimentent, au travers de la position dominante de médecin et de la position dominé-e d'aide-soignant-e, les deux statuts. Qu'ils se rajoutent ou pas à cette posture des marqueurs d'« étrangeté » comme l'accent, les tournures de phrases, l'apparence physique, et les conditions peuvent être réunies pour faire émerger des phénomènes de racisme.

7.3.2 Hanja victime de racisme

Hanja découvre le racisme lors d'échanges avec les collègues et où la moquerie découle de l'allusion au grand écart entre qualification professionnelle en termes d'études supérieures et statut professionnel actuel.

« En fait lorsque je me suis présentée dans les boites, la responsable ou la directrice m'ont dit « il ne fallait pas leur dire que vous êtes médecin », et je ne l'ai pas dit mais en fait ils en ont parlé entre eux les équipes, ils ont su que j'étais médecin, ils c'est plutôt elles, elles font des ironies « Ah t'es médecin ? Et tu es comme une aide-soignante ici ? » (Rires), Il y a encore une amie qui est venue ici récemment mais elle n'a plus l'autorisation d'exercer comme aide-soignante. (...) » (Hanja, entretien Temps 1, P49-L18)

Ce contexte de moquerie et d'ironie qui touche également à l'image du pays peut être considéré comme des formes de racisme qui surenchérisent le sentiment de déclassement social. Cela double la peine de ne pas être employé-e au mieux de ses compétences et d'être atteint dans sa dignité, son identité personnelle.

« Le racisme est défini en ce qu'il s'applique à l'étranger, l'étrange, l'autre, l'hétérogène, en opposition à l'homogène, l'habituel, le moi. laudation ou mépris, admiration ou persécution sont les deux faces de la même médaille.¹³⁷ »

L'humour permet à celui qui en use de faire passer des informations, des jugements qui ne seraient pas tolérables en dehors de ce contexte.

« En revanche, les formes les plus détournées comme peuvent l'être l'humour ou le paternalisme, condamnent la victime à faire « contre mauvaise fortune bon cœur ». Ces formes-là, lient raciste et racisé dans une spirale de domination équivalente au rapport qui unit l'incestueux à l'incestué, soit un rapport où la condamnation impossible de l'agresseur voue l'agressé à l'auto-négation de lui-même comme être.¹³⁸ »

Hanja évoque également une collègue qui a été une victime de racisme dans son quotidien de travail.

« Elle exerce en tant qu'auxiliaire de vie alors les autres se montrent ironiques « ah comme ça à Madagascar nous serons peut-être des premiers ministres puisque t'es médecin là-bas et ici t'es auxiliaire ». (Hanja, entretien Temps 1 P49-L27).

7.4 Le care : des représentations différentes

Les médecins de notre étude ont travaillé en tant qu'aide-soignant-e-s dans les EHPAD¹³⁹. Différentes représentations se dégagent des pratiques des un-e-s et des autres. La majorité, quatre femmes et un homme, parlent du travail aide-soignant comme la nécessité de s'occuper des siens plus âgé-e-s comme cela se fait dans leur pays d'origine. Un autre, Mostefa,

¹³⁷ GUILLAUMIN C cité par COGNET M , « Quand l'infirmière est noire. Les soins et services de santé dans un contexte raciste », Face à face, [En ligne],6|2004, mis en ligne le 01 février 2004, consulté le 28 mai 2014. URL : <http://faceaface.revues.org/344> p3

¹³⁸ COGNET M , « Quand l'infirmière est noire. Les soins et services de santé dans un contexte raciste », Face à face, [En ligne],6|2004, mis en ligne le 01 février 2004, consulté le 28 mai 2014. URL : <http://faceaface.revues.org/344> p3

¹³⁹ Etablissement d'hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes

évoquera le respect à avoir pour les aides-soignant-e-s ; une dernière, Daravanh, soulèvera la pénibilité physique lié à ce travail. Pour tous et toutes, ce métier d'aide-soignant-e, quand ils/elles étaient dans leur pays, n'existait pas. Ils/elles l'ont découvert sur le tas.

7.4.1 « C'est comme s'occuper de ses parents ou grands-parents », Leila, Fathia et Mamadou

Dans cette acception, le travail aide-soignant permet de se réconcilier avec l'image de la tradition assignée au genre féminin de s'occuper dans son pays des personnes âgées. Ce qui autorise une revalorisation de sa propre image auprès des siens et dans le rapport au pays d'origine.

Leila découvre le métier d'aide-soignante et apprécie le contact avec les personnes âgées sur le plan émotionnel. Elle a un regard critique sur les soins aux personnes âgées en institution en France par rapport en Algérie. Ce regard critique l'a réconfortée et réconciliée avec son pays sur ce plan-là par rapport au dénigrement de l'Algérie « pays tiers-mondiste » présent dans son discours.

« (...) le truc qui m'a apporté le plus c'est m'occuper des personnes âgées ; c'est une tranche d'âge dont j'avais très peur ; pour moi déjà quand je faisais mes études, j'ai découvert, je me suis même attachée, j'aime beaucoup. Et dans l'avenir, j'espère si je me stabilise j'espère m'orienter du côté gériatrique. C'est vraiment pour moi une découverte, la mort, que ce soit la fin de vie, en fait les dernières années, comment ça s'appelle : la vieillesse. Mais moi je ne vis pas dans mon travail comme le vivent les aides-soignantes. Parce que c'est leur travail, elles considèrent que c'est une toilette parmi d'autres, c'est vraiment comme dans une usine mais moi j'ai la chance de travailler dans une maison de retraite où on a le temps, on peut consacrer du temps, moi ça m'apporte beaucoup ; les autres disent « non moi j'ai hâte qu'on sorte », c'est vrai que je suis fatiguée aussi, j'ai hâte de sortir mais ils m'apportent beaucoup émotionnellement, c'est voir ce que c'est la vieillesse, enlever toutes les idées reçues même médicalement parlant ça m'a donné une autre image, ça m'a donné un regard critique, sur toute l'organisation en fait. J'ai repris mon niveau, le fait de pouvoir faire une critique sur un autre pays parce pour moi avant je me disais « je n'ai pas le droit de faire des critiques parce que l'Algérie ça reste toujours un pays tiers-mondiste par rapport à la France ». Mais là je me rends compte, tout n'est pas rose en France, tout n'est pas si bien organisé que ça. Et finalement ça m'aide à définir une trajectoire par rapport à ma carrière pour l'avenir. Franchement de ce côté-là, c'est vrai ça m'a apporté beaucoup. Je ne regrette pas du tout du tout et j'ai beaucoup aimé. » (Leila, entretien Temps 1, P30-L16).

Fathia s'est occupée de personnes âgées à domicile et cela lui a permis de manifester indirectement son attachement à ses parents malgré la distance qui les sépare, de déculpabiliser et de restaurer une image valorisante d'elle-même dans cet hommage rendu à la génération de ses parents.

^[1] *« Parce qu'au début quand je suis venue, c'était juste pour faire des stages mais après je me suis installée et je me suis dit « peut-être j'ai délaissé mes parents en Algérie » et le fait de m'occuper des personnes, de les doucher surtout quand ils sont seuls, il y avait des personnes qui étaient alitées, qui ne parlaient pas. On venait pour le change, la toilette et tout. Ça faisait du bien.(...) ^[2]pour ma mère par exemple elle me dit « il faut bien les soigner surtout les personnes âgées», dans ma culture, les personnes âgées c'est sacré. Ils ont vécu, les derniers jours on aimerait bien qu'ils les passent le mieux possible, qu'ils ne souffrent pas. Alors ma mère est contente que je sois au contact des personnes âgées, elle me dit « c'est bien, c'est un travail », elle est fière, elle me dit « c'est bien tu travailles au contact des personnes âgées, c'est bien ». Pour elle, le fait de s'occuper des personnes âgées c'est valorisant. » (Fathia, entretien Temps 1, P66-L4^[1] et P66-L20^[2]).*

Mamadou prend acte aussi de la dimension symbolique filiale et de l'apport d'une telle prise en charge comparé à ce qui se passe chez lui.

^[1]« Dans ce métier-là ? (...) ^[2]en tout cas je me sens utile c'est-à-dire d'aider quelqu'un à réaliser certains de ses besoins qu'il a perdus par rapport à l'âge, par rapport à la maladie, c'est comme si tu t'occupais parfois d'un parent à toi donc j'ai appris ça, j'ai appris comment le faire, je ne savais pas comment le faire parce qu'il y a des normes, j'ai appris aussi le relationnel entre un soignant et une personne soignée puisque que ce n'est pas cette même approche chez nous et surtout parce que j'étais dans un monde où il fallait injecter, aller au bloc tandis que là je suis dans un monde qui n'a rien à voir avec l'autre-là mais c'est aussi une approche de la personne voilà dans son environnement, j'ai appris plein de choses, je me suis dit que ça c'était apprendre à gérer quelqu'un dans sa vie de tous les jours, je vous dis que ça n'existe pas chez moi, ce qui existe chez nous c'est de traiter la maladie : un palu, mais on n'est pas dans cette approche de soigner c'est-à-dire de soigner pas seulement mais soigner quelqu'un dans sa globalité, c'est ici que j'ai compris ça. (Mamadou, entretien Temps 1, P164-L5^[1] et L8^[2]).

7.4.2 La pénibilité physique du care pour Daravanh

Daravanh est la plus âgée des médecins de notre étude, c'est la plus âgée et celle qui a travaillé le plus longtemps dans la fonction aide-soignante (quatre ans). Et pour elle ce travail se traduit par de la pénibilité physique. Et c'est une dimension réelle de travail qui se perçoit sur le temps.

^[1]« Ce n'est que physique et j'ai travaillé 4 ans à la dernière maison de retraite, dix mois à la première et avant j'ai fait un mois intérimaire, vous savez aide-soignante c'est physique. Et après j'ai demandé pour faire un autre métier, je préfère faire un métier plus facile parce qu'à notre âge, je n'ai pas beaucoup d'avantages. (...) ^[2]J'ai trouvé le travail aide-soignant à la clinique mieux pour le physique mais vous n'arrêtez pas de bouger toute la journée, par exemple j'ai essayé de remplacer à la clinique, vous n'arrêtez pas de bouger, vous ne pouvez pas rester tranquille. Durant le temps de pause, c'est possible, sinon il y a toujours quelque chose à faire. (Daravanh, entretien Temps 1, P85-L26^[1] et P86-L9^[2]).

Le sentiment de déclassement social peut également renforcer le rejet d'un travail dans lequel on ne trouve pas sa place.

7.4.3 Une socialisation professionnelle prudente pour Nadia

Nadia a travaillé en CDD par choix, elle a refusé des CDI pour rester libre de ses choix notamment en vue de reprendre les études infirmières. Elle a exercé dans le privé en changeant souvent de service et son souci a toujours été de ne pas se mêler des histoires de « filles » comme elle les appelle. Elle pressent de manière stratégique que la meilleure façon de se protéger est d'adopter une position socialement discrète. L'équipe de travail dans le milieu de soin brasse différentes catégories de personnels dans une organisation hiérarchisée. Les équipes aides-soignantes peuvent être uniquement constituées de femmes compte tenu de la proportion majoritaire de femmes dans le personnel aide-soignant et infirmier. Le terme de « filles » est un terme familial souvent employé par les pair-e-s et aussi les cadres d'unité. Quand les collègues se désignent entre elles les « filles », c'est la notion de familiarité et de complicité qui priment et une socialisation professionnelle forte s'y déroule; quand cette appellation est employée par les cadres, cela peut être dans une conception de la direction d'équipe à l'image de la mère de famille. Nadia choisit de ne pas complètement faire partie du groupe afin de garder sa part de liberté individuelle.

« (...) c'est vrai qu'il y a beaucoup de conflits dans le travail, tout dépend des services, des filles, je sais que c'est difficile aussi de travailler en équipe et après j'ai appris à ne pas être impliquée parce que dans les problèmes des filles, je regarde et j'essaie de ne pas raconter, j'entends des choses donc je ne dis jamais aux autres comment je travaille, j'ai toujours travaillé en CDD j'ai toujours refusé le CDI donc je changeais toujours de service et ça me plaisait ; je travaille avec une équipe, avec la contre équipe, et jamais je ne disais aux filles ce qui avait été dit. Et c'est comme ça que j'ai pu vraiment travailler sans problème. Après tout ce qui est travail, quand je sors de la chambre d'un patient content, qu'il est content, qu'il est satisfait, c'est le plus important pour moi, après quand on vient me dire « voilà je n'ai pas fait ça » parce que la cadre en fait elle ne peut pas tout surveiller, elle ne voit pas ce qui se passe dans les chambres, quand elle apprend des choses, elle les apprend par les infirmières et je n'ai pas aimé ça, moi je préfère un cadre qui va surveiller son service qui ne va pas demander aux autres de surveiller à sa place ; moi je regarde le patient si le patient est content et satisfait, c'est le plus important pour moi, après le reste... ».(Nadia, entretien Temps 1, P126-L14),

Son repère professionnel reste ce que lui renvoie le/la patient-e et qui nourrit en elle son sentiment d'utilité sociale.

7.5 Couple, famille et reprise d'études ; une mise à l'épreuve pour Fathia et Leila

7.5.1 Un projet professionnel de l'un-e peut-il être un projet de couple ?

Fathia attend un enfant lors de son stage d'observation à l'hôpital quelques mois après son arrivée en France en 2005; cette grossesse va interrompre le stage. Elle accouche de sa fille et le couple s'installe. Quand sa fille a six mois, elle tente une première fois le concours pour reprendre les études médicales, elle échoue. Elle travaille alors comme aide-soignante, elle a un deuxième enfant en 2007 et se marie en 2008. Elle a un troisième enfant en 2010. Dans l'optique du projet médical et en vue d'obtenir une place à la crèche pour son dernier enfant, elle tente à nouveau le concours mais en choisissant l'orientation de sage-femme car le parcours de formation est plus court. Elle échoue et décide alors de renoncer à ce projet et de s'orienter vers la profession infirmière. Quand elle en parle, il ressort qu'elle est en charge des tâches domestiques à la maison ; c'est une répartition traditionnelle et genrée qui assigne la charge de l'entretien de la maison et du soin des enfants à la femme. Et la reprise d'études apporte une contrainte supplémentaire dans l'organisation et la gestion de ces tâches. Parmi celles-ci, celles du respect des horaires scolaires en début et en fin de journée et la moindre disponibilité le soir vis-à-vis des enfants. Face à l'idée que Fathia se fait de son rôle de mère, elle culpabilise de sa moindre disponibilité. Nous sommes là face à une construction sociale des rapports sociaux de sexe, de genre avec une assignation binaire et hiérarchisée des rôles, activités, et dispositions de la féminité et de la masculinité.

Là où se situe la mise à l'épreuve du couple c'est dans la non adhésion du conjoint au projet de reprise d'études. Il faut noter que la temporalité de la reprise d'études est sur un temps long (5 ans) et que cela impacte sur les capacités de chacun de se situer et de se projeter ainsi.

Le mari de Fathia était infirmier en Algérie, il est aide-soignant en maison de retraite en France et travaille la nuit. Travailler en maison de retraite confère peu de prestige social comparé à un autre type d'exercice professionnel. De plus, le travail de nuit est déjà porteur en lui de contraintes importantes comme celles de lutter contre la baisse de vigilance et de se trouver décalé-e avec la réalité du jour. En même temps, la nuit au sens propre et au sens figuré, invisibilise l'activité qui s'y déroule aux yeux des travailleur-e-s du jour.

Par ailleurs, dans la hiérarchie sociale des professions de santé, le couple occupe celle d'aide-soignant-e, la position la plus basse. Pour eux deux, cela ne correspond pas à leurs qualifications mais le déclassement social est moindre pour le conjoint que pour la conjointe. Dans cette aspiration à se rapprocher de son diplôme d'origine, Fathia induit peut-être une forme de résistance de son conjoint à ce projet qui va faire émerger un fossé entre des positions sociales dans un même milieu professionnel. La perte pour l'homme, dans un schéma hétérosexuel de domination masculine, d'une perte de son pouvoir lié à la position sociale peut faire naître chez celui-ci une certaine déstabilisation. Dans ce couple, la migration a par ailleurs produit chez chacun-e un phénomène de déclassement social dans un environnement professionnel commun ; ce qui croisé avec les rapports sociaux de sexe, de genre de l'hétérosexualité normative constitue une matrice complexe de positions sociales, intimes, professionnelles.

^[1] « Après que j'ai eu ma deuxième fille M. en 2010, comme j'étais prise pendant cette période, j'ai dit je vais tenter le PACES, au moins j'aurai une place à la crèche, car j'ai fait des demandes pour les crèches et c'était saturé. En 2012, ils m'ont parlé de la crèche universitaire à P. J'ai fait ma demande de réinscription à l'université. La directrice, très gentille, m'a dit « si vous êtes inscrite à l'université, je ferai quelque chose ». Alors je me suis inscrite en 2012 pour reprendre les études pas de médecine mais pour faire sage-femme. J'ai fait la 1^{ère} année 2012-2013 de PACES. En tant que médecin étranger on devait passer par le PACES et après on a des dispenses ; par contre pour être sage-femme il fallait faire 5 ans, faire la 1^{ère} année et les 4 ans en plus. Pour médecine, on avait des dispenses de scolarité pour passer en 4^{ème} ou 5^{ème} année, on devait faire au moins 6 ans. Alors j'ai dit « je vais faire sage-femme ». Mais c'était très dur, très dur. J'ai fait ma 1^{ère} année, j'avais ma fille qui était à la crèche universitaire. Alors je déposais ma fille, j'allais en cours, j'ai changé les horaires avec une autre étudiante parce que le matin je dois m'occuper des enfants, les déposer à l'école, je ne pouvais pas assurer la présence pendant les cours à 8 h du matin. Alors j'ai changé, le matin des fois j'avais les TD, je voyais avec mon mari pour qu'il s'en occupe, d'autre fois je n'avais rien le matin, c'était moi qui déposais les enfants à l'école. Je préparais à manger et venais en cours de 14h à 17h et je loupais le cours de 17h à 18h parce qu'il fallait que je récupère les enfants à l'école. Pendant cette période, c'était un peu compliqué dans le couple aussi, parce que pour lui reprendre des études avec trois enfants, ce n'était pas facile. On en a parlé mais en route il n'a pas accepté. (...) ^[2] Aide-soignant dans une maison de retraite, il travaille de nuit. Alors pour lui si tu veux reprendre des études, rien ne change à la maison, c'est toi qui t'occupes des enfants et c'était compliqué de sortir du cours, de récupérer les enfants. Je rentrais fatiguée, je devais préparer à manger alors que j'avais des cours à apprendre. Et comme on a eu cet accrochage, j'ai loupé 15 jours de cours parce que j'ai dit « si tu n'es pas prêt, si tu ne le veux pas, parce qu'il faut qu'on soit d'accord, ce n'est pas maintenant dans les prochains jours que je vais avoir le diplôme c'est dans 5 ans, il faut que tu acceptes que je reprenne les études pendant 5 ans, c'est la 1^{ère} année que tu me fais ça, c'est bon, j'arrête maintenant plutôt que je sois en 3^{ème} ou 4^{ème} année ». Des fois il disait « d'accord, c'est bon tu peux le faire » mais des fois je ne pouvais pas compter sur lui. Un jour il me dit « non je ne vais pas récupérer les enfants, tu y vas ». Silence. Il fallait que je loupe le cours, je sors à 17h récupère les enfants à l'école, il fallait que je rentre ; et mes enfants sont scolarisés au B., ils avaient un trajet long de rentrée et à la maison aussi pour avoir la tête nette, pour apprendre entre les cours et tout il me fallait du calme. Moi quand je faisais mes études de médecine, je m'enfermais, des fois pour manger, il y avait ma mère qui frappait à la porte « c'est l'heure de manger ». Ici, des fois je me posais des questions « je prive les enfants de leur mère, je ne pense qu'à mes études alors que j'ai des enfants en bas âge ». Des fois ma fille frappait à la porte « maman je veux dormir » parce que j'étais dans sa chambre en train d'apprendre le cours. Et je posais des questions c'était une année très difficile. (...), ^[3] j'avais cours tous les jours de 14h normalement jusqu'à 18h, moi je finissais à 17h, le matin des fois j'avais des TD, j'avais cours tous les jours, je n'avais pas le choix. Ce n'est pas qu'il est contre que je reprenne les études mais lui va devoir assumer davantage si je reprends des études, il faudra qu'il s'occupe de la maison, des enfants

alors qu'il n'a pas été élevé en Algérie pour ces tâches-là. C'est toujours sa mère qui préparait à manger, c'est toujours sa mère ; il n'a jamais pris le seau pour passer la serpillère, il n'a pas fait la vaisselle, sa mère « ah bon mon fils fait la vaisselle ? », alors que la société évolue, le jour où j'ai dit « là on va discuter , qu'est-ce que tu veux, si j'ai repris les études, ce n'est pas seulement pour moi, c'est pour la famille, c'est plus valorisant à long terme, je pourrai exercer un meilleur métier ». Il me disait « oui c'est bien mais », il y avait toujours « mais, mais ». Il était d'accord mais. C'est pour ça, je dis là 'j'arrête' (...). (Fathia, entretien Temps 1, P63-L35^[1], P64- L16^[2] et P72-L20^[3]).

7.5.2 La reprise d'études pour chacun-e au sein du couple

Leila est arrivée seule en France en 2011, a été quelques mois chez sa sœur, temps pendant lequel elle a travaillé en tant qu'aide-soignante ; mais la cohabitation s'est mal passée et elle est partie s'installer chez elle. Son mari l'a rejointe plus tard avec le pécule de la vente de sa société. Célibataire, elle organisait son travail comme elle le voulait ; son mari avait son entreprise en Algérie, c'était une bonne situation professionnelle. Il a en outre aidé financièrement Leila durant ses études médicales en Algérie avant leur mariage. Leila lui a été reconnaissante de cette aide. Venir en France a constitué un enjeu professionnel de taille pour lui. Entre sa femme qui poursuit la reconnaissance de son diplôme de médecin et lui qui ne peut retrouver l'équivalent socioprofessionnel en France, la nécessité pour lui de faire une formation professionnelle s'est fait jour. Tous les deux sont dans la dynamique de reprise d'études mais pour autant la répartition des tâches domestiques et administratives incombent à Leila. Et comme elle culpabilise d'avoir, par la venue de son mari, contribué à déstabiliser l'intégration professionnelle de ce dernier, elle n'ose pas négocier les activités domestiques et administratives et se retrouve sous pression à vouloir concilier le travail, la maison, la formation. Est-ce une manière pour elle de lui rendre symboliquement la dette contractée durant ses études ? Son mari ne se positionne pas dans cet ensemble, il s'occupe uniquement de sa formation. Quels enjeux se jouent dans ces stratégies qui croisent migrations, formations professionnelles et don/contre- don dans le couple ?

Dans un premier, Leila évoque sa reprise de la première année d'études scientifiques (PACES) en vue du projet médical.

[1]« (...) Ce n'était pas possible, il fallait travailler, il fallait payer son loyer et les charges. Là j'étais bien, du coup j'ai tenté la 1^{ère} fois la PACES, j'avais le chômage alors on n'avait pas de souci plus la rente de l'entreprise de mon mari convertie en euros, c'est considérable en dinars, convertie en euros ça fait dix mille euros quand même donc ça aide pour tout ce qui est alimentaire, à côté on fait avec ça. Mais voilà parce que je gère aussi, truc que j'ai appris ici. Parce qu'avant je n'avais pas à faire ça, ici je dois faire face à tout ce qui est la CAF, « qu'est qu'ils ont tout le temps à me demander les papiers ? », surtout les 1ers temps parce qu'il fallait vraiment, pendant une année je ne comprenais pas, ils aiment les papiers comme en Algérie ! Donc la CAF, la sécu, gérer tout ça, gérer la maison quand des fois je travaille ça m'est arrivée de travailler 72 heures d'affilée, de travailler 7 jours d'affilée surtout quand il n'y avait pas mon mari, j'arrivais, je ne savais même pas, oh des fois je m'affalais sur le canapé, je ne savais même pas où, ça m'arrivait même de me doucher au travail , je n'avais même pas le temps de me doucher chez moi, pendant ma pause, j'étais claquée. Et là cette année c'est le même truc en fait, je travaille , je vais au cours, je m'occupe de la paperasse, mon mari comme il va à L., en plus depuis ici c'est un peu loin et des fois il rentre très tard, ils finissent à 19h, du coup il arrive à 8h du soir, je ne m'acharne pas dessus. Cette année je me suis dit « je vais lui laisser le champ libre », c'est vrai que c'est dur comme études, je m'en suis rendue compte de suite, donc je le laisse et je suis un peu dépassée ! (...)^[2] Mon mari, je ne lui en veux pas beaucoup parce que je me sens coupable de l'avoir déraciné, de

son travail , de lui imposer de refaire des études, donc je ne lui impose pas beaucoup de choses donc je suis obligée de gérer la maison, la paperasse, la sécu , la CAF, de travailler, d'aller à mes cours, de faire le ménage chez moi(...)»(Leila, entretien Temps 1, P35-L26^[1] et P31-L2^[2]).

7.6 Fathia, la douleur de l'accouchement et l'identité pour autrui

La mère de Fathia a eu des accouchements douloureux et souhaitait que les choses se passent différemment pour sa fille. Le contexte médical mais aussi politique a contribué à réunir des conditions sanitaires difficiles précaires. C'est le père qui a décidé la stérilisation définitive de sa femme. Nous sommes là dans un schéma de domination masculine où l'homme décide pour la femme.

« Oui [je suis] l'ainée, mon père est âgé, ils ont mis quatre ans pour nous concevoir ; et ma mère a accouché par césarienne, elle a eu une fille et un garçon et mon père a décidé qu'elle fasse la ligature des trompes parce qu'elle avait souffert pendant l'accouchement, voilà c'était un peu dur, c'était la période où il y avait les cubains en Algérie, la prise en charge à la maternité n'était pas idéale. Vu la souffrance, elle a eu une fille, un garçon, et mon père a décidé la ligature des trompes. »(Fathia, entretien Temps 1, P37-L25).

Pour ses accouchements suivants, Fathia accouche une première fois de manière inopinée devant sa maison. Pour les deux autres, elle accouche dans un univers médical sécurisé et refuse la péridurale. Nous avons posé l'hypothèse suivante : elle souhaite partager quelque chose avec les femmes de son pays qu'elle a souvent vu à la maternité lors de stage en obstétrique.

« Déjà quand j'ai travaillé à la maternité, les femmes quand elles venaient accoucher il n'y avait pas la péridurale alors je voyais les femmes souffrir, les sage femmes qui criaient « pourquoi tu cries ? » Si une femme crie c'est qu'elle a mal et on pouvait rien faire, attendre que le bébé arrive et ma mère me disait quand j'étais petite « j'aimerais bien que tu accouches en France » je disais « maman pourquoi tu dis ça, tu sais pas si je vais me marier en France ou me marier ici » « je veux pas que tu souffres » et quand j'ai travaillé à la maternité j'ai vu cette souffrance, des fois des femmes qui montent sur la table « je veux pas accoucher je veux pas accoucher tellement elle en a marre de cette douleur ! » Et quand c'était à mon tour d'accoucher alors j'ai dit à mon mari « je ne ferai pas la péridurale pour savoir comment elle est cette douleur, que je la sente malgré que j'avais le choix de la faire cette péridurale ». J'avais des RDV avec la sage-femme qui me disait « oui oui c'est bon c'est programmé l'anesthésiste ». Je me rappelle pour ma fille, comme c'était la 1^{ère} j'ai dit « non pas encore pas encore » et là les contractions, j'ai dit « non là ça commence à devenir très douloureux » ils ont dit que ça dure dans le temps, il faut supporter cette douleur et j'avais ma fille comme ça devant la porte, on n'avait pas de voiture, il fallait appeler l'ambulance, j'ai accouché devant chez moi sans rien. Pour le 2^{ème} j'ai été admise à l'avance, c'était très très douloureux alors mon mari me dit « mais fais la péridurale, pourquoi tu dis non ? » je dis « non, je voulais savoir » et je l'ai fait pour les trois, ils me disaient « plus on avance dans la gestation moins c'est douloureux quand tu as le 1^{er} que le 3^{ème} », moi ça accentue, la douleur a accentué ; alors pour celui-là je prie Dieu pour que ça se passe bien ! » (Fathia, entretien Temps 1, P76-L34).

Nous pourrions parler de la douleur en tant qu'expérience subjective intense liée symboliquement au groupe (les femmes d'Algérie qui accouchent sans anesthésie) et sublimée car revendiquée et assumée. Une façon de relier très fortement l'ici et le là-bas. Le chemin emprunté ici est celui du lien social, affectif et généré dans la sphère reproductive à travers l'expérience de la douleur de l'enfantement des femmes du pays natal. La douleur n'est pas réductible aux atteintes physiologiques du corps ni aux voies neurologiques de la douleur.

« La douleur est intime, certes, mais elle est aussi imprégnée de social, de culturel, de relationnel, elle est le fruit d'une éducation. Elle n'échappe pas au lien social.¹⁴⁰ ».

Tout en touchant la personne profondément dans son être, elle touche en cascade toutes les dimensions qui ont participé à la construction identitaire de la personne, dans ses relations avec les autres depuis son enfance et tout au long de sa vie. La douleur s'alimente aux sources de l'activité symbolique du sujet, de sa capacité à situer cette expérience au sein de son univers de significations. Dans le pays où elle s'est installée, elle peut recourir à des moyens techniques, qu'elle maîtrise d'ailleurs intellectuellement en tant que médecin, qui aplanissent grandement la douleur physique de l'enfantement. Dans son histoire à elle qui comprend son lien aux siens, aux femmes qu'elle a rencontrées, son orientation hétérosexuelle et le monde d'où elle vient, elle fait le choix de s'abstenir des moyens antalgiques médicamenteux et de partager physiquement et symboliquement cette expérience. Pouvons-nous attribuer ici l'usage social de la douleur à une *douleur initiatique*¹⁴¹ ? Dans cette acception, le lien social s'immisce dans ce qui relie l'individu au groupe, à la communauté de destins. Souvent la *douleur initiatique* est instituée afin de marquer le passage d'un statut à un autre, par exemple de l'enfance à l'âge adulte notamment pour les jeunes garçons. D'ailleurs ne pourrions-nous pas considérer que l'accouchement traditionnel pouvait s'assimiler à un rite d'initiation marquant le passage de la vie de jeune fille à la vie de femme devenue mère dans un schéma d'hétéro sexualité ?

Par contre là où le groupe social, dans le rite d'initiation, est pourvoyeur de violence infligée au jeune initié mais aussi protecteur et contenant symbolique de cette violence ; l'accouchement, même inséré dans une communauté de femmes, restait à très grand risque de mortalité périnatale pour la future mère comme pour l'enfant à naître. Pour en revenir à la situation de Fathia qui choisit un accouchement « naturel » du point de vue de l'absence d'antalgie mais dans un contexte biomédical sécurisé, nous pouvons suggérer que ce choix s'opère dans le fait de « donner une dimension aigue à la douleur en soudant la communauté à travers les mêmes références¹⁴² ». Elle est porteuse de mémoire commune, d'histoires à partager, d'appartenance à un monde partagé ; quand l'émigration éloigne des siens, l'activité mentale de mémoire, de réminiscence liée à ceux personnes, objets, lieux de vie dont on s'éloigne, s'en trouve décuplée afin de d'offrir un contrepoids à l'isolement, à la séparation, à l'inconnu. Lors des retours au pays comment s'empare cette femme, dans son processus d'émigration-immigration, de ce choix, de son vécu vis-à-vis des autres ? Quelle voix fait-elle entendre au milieu des siennes, celles des autres femmes de son pays ? A quel concert de voix participe-t-elle ainsi ? Comment renforce-t-elle également son identité devenue complexe car de là-bas et d'ici ?

7.7 Emigrer pour revenir couvert de diplôme, le choix de Mamadou

Dans cette optique de la sortie par le haut de la migration, Mamadou peut espérer obtenir une reconnaissance sociale à son retour ; cette reconnaissance viendra couronner un parcours de migration semé de cumul de diplômes universitaires, d'expériences professionnelles mais

¹⁴⁰ LE BRETON D., (1995), « Anthropologie de la douleur », *Traversées*, Métaillié, Paris, p11

¹⁴¹ Ibid. p208

¹⁴² Ibid. p211

aussi d'embuches, de crises, d'hésitations. Nous pouvons penser que dans l'imaginaire de Mamadou, ce projet du retour l'aide à supporter les épreuves ici présentes. C'est le double sens que prend le terme d'expérience, l'expérience comme « acquisition » et l'expérience comme « épreuve¹⁴³ ». L'expérience comme « acquisition » s'entend pour Mamadou au sens des différentes expériences de travail acquises mais aussi des formations universitaires accumulées et du réseau social constitué ; l'expérience comme « épreuve » est celle qui englobe les contingences intervenues dans sa vie, l'adaptabilité dont il a fait preuve pour retomber sur ses pieds dans une trajectoire sinueuse, les stratégies déployées et les efforts *ad hoc* afin de renouveler les visas et stabiliser sa situation en France. La réflexivité dont fait preuve Mamadou et le sentiment de fierté qu'il retire de son parcours reflètent sa capacité à surmonter les épreuves et à les convertir en ressources ultérieures. C'est un capital qu'il espère valoriser en Afrique ; à ce moment-là le parcours de vie, le parcours professionnel deviennent porteurs de sens et constituent des ressources mobilisables dans le futur ; le passé, le présent servent à l'avenir. Du point de vue de l'analyse croisée genre, « race » et classe, nous pouvons supposer que parmi les siens, rendu à une position sociale haute, il retrouve les attributs communs à la masculinité : la position de pouvoir, le prestige social, la force tirée de sa maturité.

Mamadou se marie à Conakry en 2003, sa femme va parfaire son apprentissage de la langue anglaise en plus de son BTS dans un pays voisin de la Guinée Conakry afin d'obtenir un meilleur poste à son retour. Et dans le couple il est décidé qu'à son retour ce serait lui qui partirait pour développer ses compétences. Le développement des compétences professionnelles est un projet de couple et c'est la femme qui l'initie.

« (...) ma femme travaillait, elle a fait comment on fait ça, elle a fait secrétariat de direction ensuite elle est bilingue, elle parle français/anglais puisqu'à un moment donné elle est partie se former un an pour apprendre l'anglais, l'informatique, tout ça puisqu'elle avait le BTS d'informatique chez nous, dans la gestion de notre couple, on s'est dit « voilà tu apprendras l'anglais, l'informatique quand tu seras revenue tu auras encore plus de chance d'obtenir un boulot. » (Mamadou, entretien Temps 1, P158-L29).

En 2008 il part pour la Chine après avoir obtenu une bourse pour un master en quatre ans ; il revient dans son pays au bout d'un an car il n'a pas supporté les conditions de vie, d'apprentissage de la langue chinoise, l'isolement et la difficulté à voir les perspectives de ce projet au bout des quatre ans. Il semble que la Chine ait fonctionné comme un eldorado à double tranchant et que Mamadou n'a pas réalisé le changement que cela supposait que de faire des études en Chine.

^[1] *« (...) c'était extrêmement difficile non seulement du point de vue de la langue chinoise, il faut apprendre, la 1^{ère} année, on n'a pas appris que la langue, c'est-à-dire le chinois, on ne parle même pas de la médecine, tu apprends comment communiquer avec les uns et les autres, comment dire « bonjour », comment aller au marché, la 1^{ère} année elle n'est consacrée qu'à ça, comment parler et on vous mettait dans des cours de langue avec les chinois, vous êtes là, vous apprenez, d'abord la Chine et particulièrement dans cette ville-là on ne parle pas français, on ne parle que chinois, anglais, et nous dans notre pays on ne parle pas ou peu l'anglais donc le français ça disparaît, vous n'en parlez pas, donc maintenant tu es obligé de te débrouiller un peu avec l'anglais, avec ceux qui parlent anglais, parce que*

¹⁴³ ZIMMERMANN B., (2011), « Ce que travailler veut dire », Une sociologie des capacités et des parcours professionnels, Collection Etudes Sociologiques, Economica, pp 50-53

peu de gens comprennent le français, c'était le 1^{er} choc (...), ^[2]les francophones rencontraient plus de difficultés que les anglophones puisqu'en Chine, les anglophones ont plus de facilités d'intégrer la communauté, ils ont plus de facilité voilà de comprendre les choses avec eux puisqu'eux, la plupart des chinois, pas tous, en tout cas ceux qui sont en poste là essaient de parler l'anglais et donc ils peuvent se comprendre plus facilement que nous là-bas. Mais ce n'est même pas ça, il y a dans tout ça, il y a une objectivité que les gens ne voient pas, comme l'Afrique c'est un continent pauvre et encore avoir une bourse en Afrique, sortir pour aller en Chine c'est un rêve pour la plupart des familles. Donc quand les parents se battent parce que ça ne se fait pas comme ça, quand les parents se battent pour te sortir de là et que tu vas en Chine voilà on pense que tout le monde parle de la Chine. Mais une fois que t'es là mais c'est inimaginable dans la mentalité des parents que tu puisses dire « non je préfère rentrer... ». (Mamadou, entretien Temps 1, P150-L30^[1] et P151-L22^[2]).

Revenu au pays n'est pas simple dans ce cas-là car quitter le pays est déjà en soi une chance inespérée et ne pas en profiter suscite de l'incompréhension.

« Etant donné que la Guinée est un pays extrêmement pauvre et pour les gens du pays, sortir de la Guinée même prendre un vol et aller en Chine c'est déjà un rêve pour certains donc ils peuvent pas comprendre comment tu peux démissionner de la Chine et entrer en Guinée ; sauf que moi j'ai dit « non non j'ai un objectif si je trouve qu'au bout de 4 ans je n'ai rien à apprendre, je vais rentrer tel que je suis venu ». (Mamadou, entretien Temps 1, P151-L20).

Le retour fut difficile notamment sur le plan personnel au niveau du couple. Mamadou avait lancé des demandes en France pour poursuivre ses études dans sa spécialité, la gynéco obstétrique. Quand il reçoit des réponses positives de Nancy et de Paris pour des Diplômes Inter Universitaires de fœtopathologie, il entame les démarches pour obtenir un visa étudiant. Mais le contexte politique n'est pas favorable aux visas car ils viennent d'être annulés par l'ambassade de France. Enfin il arrive à obtenir un visa mais il lui faut rassembler une importante somme d'argent pour partir en France.

^[1]« (...) le pays était mouvementé du point de vue politique, l'ex président était décédé, il y avait les militaires qui étaient au pouvoir, c'était dans la tourmente là et l'ambassade de France l'était aussi parce que pour venir il faut s'inscrire, pour venir ici tu es obligé de passer par l'ambassade de France pour le visa. (...) il se trouve que l'ambassade de France venait d'annuler des visas qu'ils avaient octroyés aux étudiants (...) ^[2]Mais tout ce qu'ils avaient donné avait été annulé parce qu'il y avait eu un événement au stade, c'est-à-dire chez nous là-bas il y a eu des tirs donc tout a été arrêté, ça c'était septembre 2009 ; moi ça a été un coup de chance parce que je suis venu à l'ambassade en novembre comme ça, je savais que ça n'allait pas marcher, un jour je passais devant l'ambassade demander au gardien « est-ce qu'il peut me passer le contact du secrétaire d'ambassade ? » il m'a dit « non tout ce qui est études est annulé », j'ai tenté voilà je voulais avoir le contact, il m'a dit « ah bon comme tu y tiens », il m'a donné le contact conseillé, j'ai appelé, la secrétaire a pris, j'ai expliqué un peu, je voulais avoir un RDV avec le chargé culturel, elle m'a dit « bon d'accord, elle va voir, elle ne me garantit rien » ; le même jour, le soir, cette dame m'a rappelé « oui voilà j'ai contacté le chargé, tu peux passer tel jour à 11h », je suis venu à 11h avec tous mes papiers, il m'a accueilli, il m'a écouté, il a demandé mon parcours, il a regardé mes papiers, il a dit « je trouve que c'est assez courageux de partir en Chine, tu as démissionné donc je prends les deux inscriptions que tu as là, je ne te garantis rien et je vais voir auprès de l'ambassadeur, est-ce qu'on peut faire une exception pour toi ? je ne te garantis rien ». Il a saisi tout ce que j'avais fait, mon parcours, après je suis parti, bon pour moi, ça n'allait pas tenir parce qu'on a annulé pour d'autres, une semaine après on m'a appelé à l'ambassade pour que je vienne chercher un courrier qui m'attendait, je suis venu le prendre, c'était les formulaires qu'il fallait pour passer l'interview, je suis venu chercher ça, on m'avait donné une semaine pour venir chercher les papiers et surtout il y avait une question d'argent, il fallait qu'on bloque environ 7000 euros, il fallait les mettre dans un compte bloqué, tu n'y touches plus sauf quand tu viendras, c'est ce qui te permet de tenir l'année

ici en France. Vous imaginez 7000 euros pour un pays comme le nôtre ! Je ne travaillais pas, où est-ce qu'il faut les prendre ? 7000 euros ça fait environ 65 millions de francs là-bas, c'est énorme donc je ne savais pas. Mais quand même peut-être la chance était là, de par mes connaissances, des camarades de promo, je leur ai dit « voilà je suis rentré à l'ambassade, je pense que peut être, c'est bon. » Je me suis accroché à la famille, aux connaissances, j'ai réuni sur mon temps-là à la veille vers 16h, j'ai mis à la banque, j'ai emprunté un peu partout, j'ai mis dans le compte et voilà(...) » (Mamadou, entretien Temps 1, P152-L29^[1] et P153-L3^[2]).

Cette période pour Mamadou fut une véritable épreuve entre le séjour infructueux en Chine, une crise conjugale et la ténacité à faire valoir pour obtenir et le visa et l'argent. Nous pouvons penser qu'en imposant une telle somme d'argent, l'ambassade française espérait voir échouer la plupart des candidats à la migration. Nous faisons aussi l'hypothèse que passer et surmonter de telles épreuves peuvent susciter chez le/la migrant-e une détermination à poursuivre malgré les obstacles et c'est ce que nous vérifierons chez Mamadou par la suite.

Deux éléments sont également à noter, l'un en rapport avec les accords de coopération entre des pays d'Afrique et la Chine pour le commerce, les études supérieures via des séjours linguistiques et professionnels dans le sens Afrique-Chine. Ce sont les africains qui apprennent le chinois Nous supposons que des enjeux financiers et politiques sous-tendent ces accords. Le deuxième élément est la configuration particulière d'obtention des visas ; et à quel point le contexte politique africain interfère sur les relations avec la France quand il s'agit d'obtenir des visas pour la France.

Mamadou arrive en France mi-janvier 2010 avec un visa étudiant pour deux diplômes universitaires dans deux villes Paris et Nancy. Le fait de choisir pour la même année universitaire deux villes aussi distantes l'une que l'autre que Paris et Nancy indique soit une méconnaissance des réalités de transport et logement ; soit une projection stratégique en attendant de voir sur place. Par ailleurs, l'idée d'accumuler des diplômes de spécialité va s'articuler avec l'intention de constituer un capital *mobilitaire* en vue d'un retour au pays enrichi de ce capital. Il sera alors peut-être possible de négocier un poste dans les hautes sphères de l'Etat.

Mamadou a dû réunir une très importante somme pour bénéficier d'une caution auprès des autorités guinéennes et de l'ambassade française. Nous pouvons dire qu'il possède un capital social dans son pays notamment dans le groupe de collègues de promotion de médecine. C'est à eux qu'il a pu demander de l'argent. Le capital social s'exprime dans cette situation par l'appartenance et l'identification de Mamadou à un collectif homogène (promotion de médecins), qui partage une communauté d'intérêts et de valeurs. Et au niveau individuel le capital social fait référence à des relations entre les pair-e-s faites d'engagement et de confiance. Le capital social et culturel de Mamadou se cumule au capital social.

Dans cette optique de la sortie par le haut de la migration, Mamadou peut espérer obtenir une reconnaissance sociale à son retour ; cette reconnaissance viendra couronner un parcours de migration semé de cumul de diplômes universitaires, d'expériences professionnelles mais aussi d'embuches, de crises, d'hésitations. Nous pouvons penser que dans l'imaginaire de Mamadou, ce projet du retour l'aide à supporter les épreuves ici présentes. C'est le double

sens que prend le terme d'expérience, l'expérience comme « acquisition » et l'expérience comme « épreuve¹⁴⁴ ». L'expérience comme « acquisition » s'entend pour Mamadou au sens des différentes expériences de travail acquises mais aussi des formations universitaires accumulées et du réseau social constitué ; l'expérience comme « épreuve » est celle qui englobe les contingences intervenues dans sa vie, l'adaptabilité dont il a fait preuve pour retomber sur ses pieds dans une trajectoire sinueuse, les stratégies déployées et les efforts *ad hoc* afin de renouveler les visas et stabiliser sa situation en France. La réflexivité dont fait preuve Mamadou et le sentiment de fierté qu'il retire de son parcours reflètent sa capacité à surmonter les épreuves et à les convertir en ressources ultérieures. C'est un capital qu'il espère valoriser en Afrique ; à ce moment-là le parcours de vie, le parcours professionnel deviennent porteurs de sens et constituent des ressources mobilisables dans le futur ; le passé, le présent servent à l'avenir. Du point de vue de l'analyse croisée genre, « race » et classe, nous pouvons supposer que parmi les siens, rendu à une position sociale haute, il retrouve les attributs communs à la masculinité : la position de pouvoir, le prestige social, la force tirée de sa maturité.

7.8 Quand le lien mère - enfant se resserre avec la migration et les expériences de vie

Dans les récits de vie, l'allusion au lien maternel surgit rapidement de la part des hommes comme des femmes. Nous percevons qu'il est plus délicat d'évoquer le père; pourtant sa présence fuse par moments quand par exemple la mère de Fathia dit à sa fille « *ce que ton père n'a pas fait, tu peux le faire* » (*Fathia, entretien Temps 1, P58-L1*). Nous avons choisi de parler du lien mère-enfant car il se dit davantage, qu'il a été réactivé notamment du côté du genre pour les femmes lors de l'exercice aide-soignant dans le rapport aux personnes âgées sous la forme de sentiment de fierté exprimé par les mères vis-à-vis de leur fille; et de même lors de l'accouchement ; mais nous allons présenter d'autres aspects de ce lien pour trois des migrant-e-s de ce groupe.

7.8.1 Leila : « (...) Voilà il y a toujours eu ma mère qui a été le père la mère, ma mère qui était tout en fait ».

En l'absence du père à la maison, la présence de la mère est forte auprès de sa fille Leila. Le père a émigré en France, a fondé une autre famille là-bas. Pour compenser l'absence du père, figure traditionnelle de la protection et du pouvoir, la mère lestée de l'absence du père tient les deux rôles à la fois sur un mode défensif. Sa dignité de mère est directement liée à la moralité de sa fille. La mère est le père au sens de l'autorité dans un schéma traditionnel, hétéro normatif de répartition binaire et sexuée des rôles et elle est aussi celle qui reconforte, soutient au sens de la mère consolatrice.

¹⁴⁴ ZIMMERMANN B., (2014) « Ce que travailler veut dire », Une sociologie des capacités et des parcours professionnels, Collection Etudes Sociologiques, Economica, , pp 50-53

^[1]« Alors il [le père] a émigré tout jeune, très jeune mineur déjà, il a toujours travaillé en France, il a eu un premier mariage, deux filles, j'ai deux demi-sœurs que je n'ai jamais connues. Il m'a abandonnée entre temps, je n'ai jamais su pourquoi, je ne l'ai jamais vraiment connu, je le connais il vient de temps en temps mais on est en conflit du coup c'était un peu instable de ce côté-là. Du côté familial ce n'était pas vraiment normal au sens connu du terme. Après grosso modo il y a toujours eu ma mère qui a été le père la mère, ma mère qui était tout en fait. (...) ^[2] Une mère assez stricte, j'avais certaines obligations à la maison et ma mère avait vraiment peur de l'image que cela reflèterait par rapport à notre petit village et les communes qui sont un ensemble de villages. Elle s'imaginait toujours, s'il se passait quelque chose, qu'on allait dire « ah oui c'est parce qu'elle n'a pas de père ». Cette phrase-là, eh bien, je l'entends toujours. Donc c'était ça, ça m'a vraiment forgée dans ce sens-là ; une mère assez autoritaire quand même » ! (Leila, entretien Temps 1, P3-L10^[1] et P4-L22^[2]).

Leila évoque sa sœur aînée, douze ans les sépare et la deuxième grossesse semble aux yeux de Leila « un accident de parcours ». Dans son rapport à la sœur aînée, l'absence du père se fait présence. Cette sœur rappelle physiquement le père ; son destin est celui traditionnel et genré de la femme qui se marie tôt, suit son mari et élève ses enfants. Ils émigrent en France, le pays du père. Leila se considère à l'opposé de sa sœur au physique et dans le choix de vie. Elle se consacre entièrement aux études en réaction à la solitude et à un capital esthétique estimé défaillant.

^[1]« Je suis la dernière. Ma mère à un moment voulait divorcer. Je n'étais pas vraiment désirée. J'étais un peu l'enfant inattendu voilà, douze ans vous comprenez que voilà, ma sœur aussi est quelqu'un que je n'ai pas très bien connue. Vu que ma sœur s'est mariée très tôt à l'âge de vingt ans et qu'à 23 ans elle a émigré elle aussi, elle est venue en France. J'avais huit ans quand elle s'est mariée. Et je n'ai pas aussi le contact fraternel avec elle, ce n'est pas quelqu'un que je connais bien. (...) ^[2] C'était à l'âge de 11/ 12 ans tellement je n'avais rien à faire, j'ai commencé à attaquer tous les livres de littérature française alors que maintenant je trouve que c'était trop tôt maintenant que je les relis, je me dis « mais c'est des trucs qu'il faut lire à 17/18 ans, il faut du temps pour pouvoir comprendre, on ne lit pas Proust à 12 ans » mais il n'y avait que ça comme échappatoire, j'étais vraiment dans le petit moule « étude étude » et je m'y retrouvais en fait parce voilà j'avais le regard des autres même si on m'enviait, il y avait la petite jalousie mais c'est la seule petite chose que j'avais. Donc enfant j'étais comme l'enfant non désiré, je vais vous le dire, vu que ma sœur est blonde, elle ressemble à mon père : elle est blonde et elle a les yeux clairs donc chez nous le critère de beauté c'est comme si c'était ça qui faisait tout. Donc ma sœur était l'enfant parce qu'elle était belle et moi on me le disait « voilà toi tu n'es pas belle mieux vaut que tu fasses des études » !». (Leila, entretien Temps 1, P3-L26^[1] et P5-L14^[2]).

Quand sa sœur revient pour les vacances en Algérie, c'est la fête et sa sœur est traitée comme une « princesse ».

^[1]« Oui chaque été chaque été, elle était traitée comme une reine, par moi déjà je crois que voilà il y avait une espèce de comportement archaïque de ma part et de la part de ma mère aussi c'est-à-dire que peu importe, on était éduquée, civilisée mais il y avait toujours l'idée on dirait que le fait qu'elle soit à l'étranger, quand elle revenait, elle était accueillie comme une enfant chérie, c'était l'enfant chéri de ma mère, à savoir j'ai toujours été le vilain petit canard. Donc c'était l'enfant chéri et je passais mon été à m'occuper d'elle, ses enfants, voilà elle en a profité mais moi j'ai toujours cru qu'elle souffrait. (...) ^[2] Le fait qu'elle soit éloignée de sa mère et tout. Pour moi elle souffrait comme elle n'avait personne, autant lui apporter voilà un peu de réconfort pendant l'été. » (Leila, entretien Temps 1, P4-L7^[1] et P4-L15^[2]).

Le retour du/de la migrant-e, retour fêté par la famille et par le/la migrant-e rejoint le mythe du retour de l'enfant prodige de la bible. Quand Leila parle de « comportement archaïque », nous pouvons peut-être entendre de quoi est porteur le processus de migration et les migrant-

e-s pour ceux/celles resté-e-s au pays : une promesse, une chimère, un ailleurs fantasmé qui n'existerait qu'au regard des frustrations et des souffrances vécues ici ? Et de la part des émigré-e-s eux-mêmes, une résistance, une retenue à se faire l'écho auprès des leurs de leurs souffrances et de leurs frustrations vécues dans le pays d'accueil, à se faire les porteur-e-s de « briseur-e-s de mythe » ou à retrouver ce qui a été perdu ? A SAYAD, à propos des émigré-e-s de retour ponctuel au pays de naissance, écrit « Tout ce que nous disons, c'est du mensonge¹⁴⁵ ».

« Quand ils reviennent en vacances, c'est l'été, c'est la grande foule dans le village, c'est la joie partout, ce sont les noces. Avant de savoir, je pensais qu'en France aussi c'était tout le temps comme cela, que ce sont eux qui amenaient avec eux toute cette joie...Non, qu'attendre des visages de la désolation ? Je me suis rendu compte que la joie n'était pas la leur, et que c'est même le contraire, ils viennent la retrouver au pays quoi qu'ils en disent¹⁴⁶. »

Nous reviendrons au temps 2 sur ces notions de souffrance existentielle du/de la migrant-e tirillé-e entre plusieurs espaces, temporalités et identités.

La relation forte entre Leila et sa mère s'intensifie avec l'homologie des troubles musculaires partagées par les deux femmes. Quelque chose en commun, à partager, qui lie l'une à l'autre dans la tête et surtout dans le corps, dans l'être tout entier.

« Alors la maladie je l'ai connue au travers de ma mère. Ma mère a développé à partir de l'âge de 45 ans des douleurs musculaires, on ne sait trop pourquoi, on avait vécu dans ça et ma mère a eu une retraite anticipée, elle était vraiment de plus en plus mal jusqu'à ce jour. Entre temps pour mon parcours, ça c'est un fait qui m'a marquée parce moi en troisième année j'ai commencé à développer des douleurs musculaires par les articulations, ce qui fait que j'ai changé le train-train des études ; j'étais vraiment accaparée par la maladie, j'avais vraiment mal, on ne savait pas pourquoi, j'ai fait des explorations, (...). Et entre temps ils m'ont diagnostiqué comme quoi c'était une fibromyalgie parce que les signes ont évolué, la fatigue, le sommeil, les céphalées, les douleurs. « Fibromyalgie » même en étant en médecine, j'étais en 5ème année, je ne savais même pas ce que c'était. L'interniste, le professeur qui m'a diagnostiquée lui-même m'a dit que c'est une maladie qui était connue depuis peu.» (Leila, entretien Temps 1, P7-L30)

7.8.2 Fathia et « ses mères »

Fathia est l'aînée de sa famille, elle porte l'espoir de ses parents, surtout de sa mère d'avoir un diplôme, d'avoir un travail. Son grand-père maternel a stoppé l'école de sa fille car elle n'avait pas su lire une facture. Et une fille diplômée, c'était un peu une revanche pour sa mère.

« (...) en fait elle a été à l'école et mon grand-père avait des vignes et un jour il a reçu des factures ; comme elle allait à l'école, il lui a demandé « qu'est-ce qu'il y a sur la facture ? » Elle n'a pas pu déchiffrer et ce jour-là il a décidé qu'elle ne reviendrait plus à l'école » (Fathia, entretien Temps 1, P58-L12).

De plus le frère de Fathia n'a pas eu son bac et la fierté attribuée traditionnellement au garçon s'est déportée sur la fille. Le genre refait son apparition dans les attentes sexuées traditionnelles différenciées des parents vis-à-vis de leurs enfants. Le régime de responsabilité n'est pas le même envers l'homme et envers la femme dans la prise en charge des parents par

¹⁴⁵ SAYAD, A(1999), « La double absence » Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré, op. cité, p 39

¹⁴⁶ Ibid., pp 39-40.

les enfants lorsqu'ils/elles se marient. Or quand les choses ne se passent pas comme prévu, les parents gardent le cap de la valeur sociale mais surtout économique du travail, l'important va être de travailler quel que soit le diplôme acquis.

« C'était le bac, et nous le bac, discuter avec une amie ou passer un brouillon c'est sanctionnant, c'est un zéro et pendant trois ans il ne peut pas refaire son bac. Là, ma mère le ciel lui ai tombé sur la tête, elle a pleuré on dirait que c'est elle qui passait le bac. Parce que pour elle nous en Algérie dans notre culture, il vaut mieux que le garçon réussisse plutôt que la fille. Parce que pour eux le garçon c'est lui qui va prendre en charge le foyer, c'est lui qui va subvenir aux besoins de la famille alors que la fille va se marier avec un homme qui va s'occuper d'elle ; on ne pense pas trop à la fille. Pour ma mère, elle était contente pour moi que je réussisse mais peut-être elle voulait davantage que mon frère réussisse surtout que moi je suis partie et lui il est resté. Et là il fallait qu'il fasse autre chose. Alors je lui ai cherché cette formation comme vendeur en pharmacie, il a fait la formation pendant 1 an et demi, c'était un domaine qu'il ne connaissait pas du tout et là ça fait 15 ans qu'il travaille en pharmacie, ça se passe bien. Peut-être il va se marier bientôt. Mais c'était dur pour ma mère. » (Fathia, entretien Temps 1, P71-L25).

Nous avons déjà évoqué en parlant du *care* de la fierté exprimée par la mère à sa fille dans le soin aux personnes âgées ; de même quand Fathia durant l'accouchement a besoin de se sentir reliée à sa mère et à toutes les mères de son pays, elle exprime là une identification forte à la figure de la mère.

Par contre apparaît dans le récit de Fathia, une personne qui se substitue à la mère au moment de l'arrivée dans le pays d'accueil. Ce sont les moments les plus difficiles pour le/la migrant-e-. Nous le reverrons avec Mamadou en temps 2 .C'est une période délicate où la personne n'a pas ses repères, découvre une réalité très différente et se confronte soudainement à une réalité non envisagée. Le pays d'accueil est porteur d'espoir, parfois de rêve et c'est ce qui a porté le/la migrant-e jusqu'à lui. Quand à cette période de l'arrivée, quelqu'un vous accueille, témoigne à votre égard de la chaleur humaine et même se propose de vous offrir un appui affectif comparable à celui d'une mère, cela réchauffe le cœur du/de la migrant-e.. De plus si la personne partage avec vous la connaissance de votre pays, vous pouvez vous détendre et vous sentir en terre moins hostile. Et c'est un lien qui va se maintenir, auréolé dès premiers temps émouvants de l'arrivée et se poursuivant avec les enfants.

^[1] « J'avais une voisine, maintenant on l'appelle mamie Yoyo, elle s'appelle Y., c'est elle qui m'a accueillie, j'étais juste une voisine à elle mais elle m'a dit « tu as laissé tes parents en Algérie je suis ta mère », je ne la connaissais pas. (...) ^[2] et cette dame me disait « tu es encore jeune, tu viens chez moi et tu restes le temps que tu trouveras quelque chose de bien », alors j'ai été hébergée chez elle quelque mois, elle m'a adoptée, après elle a su que j'attendais un bébé, elle avait une fille unique qui était journaliste et elle était toujours en déplacement, elle me disait « maintenant tu es ma fille », elle m'appelait « ma fille », elle m'emmenait en boutique, parce que j'avais besoin de vêtements, je disais « non, non », il faisait froid. Moi je n'ai pas prévu des vêtements adaptés à la saison, je suis venue en octobre alors en décembre il faisait très froid, alors elle m'emmenait en Espagne avec elle, elle m'a adoptée, je l'ai adoptée. (...) ^[3] c'est une personne qui a toujours habité en Algérie, elle habitait Alger, après l'indépendance, elle est rentrée en France. Son histoire est un peu compliquée. Elle connaissait Alger depuis plusieurs années, elle avait un bateau, c'est-à-dire elle connaissait très bien l'Algérie. Je suis restée chez elle quelques mois. (...) ^[4] je l'ai connue quand je suis venue, on est toujours en contact, pour mes enfants c'est leur mamie, mamie-Yo » (Fathia, entretien Temps 1, P61-L35^[1], P62- L11^[2], P62-L20^[3] et P69-L16^[4]).

La figure de cette « mamie Yoyo » peut-elle être assimilée à un « *Autruï significatif*¹⁴⁷ » c'est-à-dire un *alter ego* qui semble familier par certains côtés et qui permet à Fathia d'aménager sa place dans le pays d'accueil sur le plan relationnel et matériel ? Aménager sa place quelque part, loin de ses repères habituels, c'est poursuivre le processus de transformation identitaire déclenché avec la migration.

Nous allons, en dernier point avant la synthèse de ce temps 1, exposer les attentes de ces médecins envers le devenir infirmier. Elles vont nourrir notre hypothèse de recherche, fil conducteur de notre temps 2.

8 Les attentes des médecins envers le devenir infirmier.

Par devenir infirmier, nous entendons à la fois le ressenti des personnes en formation notamment sur leurs lieux de stage et comment ils/elles se projettent comme infirmier-ère-s. Nous leur avons donc demandé par des questions ouvertes ce qu'ils/elles pensaient trouver dans l'exercice infirmier au regard de leur qualification initiale, de leur expérience du travail aide-soignant ; de leur vécu de stagiaire infirmier-ère ; avaient-ils/elles des souhaits particuliers de lieux professionnels ?

Nous avons choisi de retenir deux axes de cette thématique. Le premier a trait au processus de rapprochement d'avec les savoirs et compétences de leur formation médicale ; le second à la découverte de la dimension relationnelle des soins infirmiers, dimension déjà initiée dans le travail aide-soignant.

8.1 Un processus de rapprochement d'avec la formation médicale

Ce processus prend les formes de la progression professionnelle avec les termes « évoluer », de la proximité des cultures professionnelles dans le vocabulaire et les connaissances utilisées et de la stimulation intellectuelle. Il s'oppose peut-être à une plus grande répétitivité des actes retrouvée dans le métier d'aide-soignant-e ? Les fonctions d'entretien de la vie et de suppléance lors de dépendance sont quotidiennes et ne s'arrêtent jamais. Et par ailleurs quand on commence une nouvelle fonction, tout semble nouveau et petit à petit, les actes se répétant, les repères se mettant en place, l'impression de nouveauté s'érousse.

Parfois en rapport avec cette formation certain-e-s envisagent de faire une spécialisations.

^[1] « Evoluer, quand j'ai vu comment travaille l'infirmier, j'ai souhaité évoluer et je souhaite encore évoluer après. (...) ^[2] Déjà c'est un autre métier que je fais, qu'aide-soignant, c'est plus approché de mon domaine, de ce que j'ai fait. » (Mohamed, entretien Temps 1, P99-L7^[1] et L12^[2]).

^[1] « On arrive à employer des termes médicaux et on apprend aussi avec l'expérience. En tant qu'aide-soignante quand je mettais « ecchymoses », alors ma collègue me disait « c'est quoi 'ecchymoses' ? », eux mettaient des « bleus », en tant qu'infirmière j'ai vu à l'école, ils disent « ecchymoses », il y a certains termes qu'on emploie. (...) ^[2] voilà j'ai dit « mon expérience joue un petit peu », on a un certain vécu, on a des connaissances, c'est vrai que ça fait 10 ans que je n'ai pas exercé en tant que médecin mais j'ai fait le PACES, ça a rafraîchi un petit peu les neurones, ça m'aide, » (Fathia, entretien Temps 1, P73-L22^[1] et L32^[2]).

¹⁴⁷ BERGER et LUCKMANN cités par C DUBAR in « La crise des identités », L'interprétation d'une mutation, op. déjà cité, p172-173

« Oui il fallait travailler et je ne voulais pas laisser non plus mes connaissances médicales, il fallait que je les pratique. » (Hanja, entretien Temps 1, P47-L25).

« (...) je redeviendrais aide-soignante, je serais obligée de revenir dans ce monde-là qui intellectuellement pour moi n'était pas stimulant, parce que les discussions avec les filles avec lesquelles je travaillais n'étaient pas autour de ma sphère à moi, des fois ça ne m'intéressait pas ». (Leila, entretien Temps 1, P28-L14).

« C'est d'évoluer, j'ai toujours peur de stagner, de rester, j'ai peur de l'ennui même quand j'étais aide-soignante je cherchais toujours ailleurs, à aller voir les autres services ; aide-soignante : je sais que je ne peux pas faire autre chose mais infirmière je sais que je ne vais pas m'ennuyer, je sais que je peux évoluer, je peux viser plus loin, je peux faire autre chose, je peux travailler, je peux me spécialiser, je peux viser plus loin avec le métier d'infirmière. » (Nadia, entretien Temps 1, P132-L10).

« (...) je me suis dit « voilà pourquoi ne pas essayer d'aller un peu plus loin, d'aide-soignant, de voir si je peux au moins exercer en tant qu'infirmier ». Cela me paraît plus logique, plus proche de ma vocation médicale, et je me suis dit « d'abord non seulement tu apprendras plein de choses dans ce domaine infirmier mais c'est des choses qui, un jour, quand tu rentres chez vous, non seulement tu as été un soignant, tu as été infirmier, tout ça là ça fait un plus avec ce que tu as été voilà (...) en exerçant en France comme infirmier, tu apprendras plein de choses que même un médecin dans mon pays ne connaît pas. » (Mamadou, entretien T1, P166-L7).

8.2 La découverte de la dimension relationnelle des soins infirmiers

Le deuxième axe se rapporte à la découverte du « relationnel » présent dans les pratiques de travail aide-soignant et infirmier que ces médecins n'avaient pas perçues ou peu dans leur pratique médicale qui n'avaient pas été au-delà des études médicales pour la majorité d'entre eux/elles.

Ils/elles ont observé la permanence des aides soignant-e-s ou infirmier-ère-s auprès de la personne soignée contrairement au médecin qui intervient plus ponctuellement auprès d'elle.

^[1]« Quand je passais en tant que médecin, je vivais les choses à l'instant T. J'annonçais un diagnostic, je savais quoi dire aux familles et après je partais. Et c'était bien, je trouvais que c'était bien. Mais là non, il faut rester, alors en tant qu'infirmière, on est tout le temps sollicitée et vu que je n'ai pas encore fait mon stage, j'ai dû prendre une situation en tant qu'AS, je n'avais pas trop le choix, j'avais la fin de vie. La situation qui m'avait le plus marquée, c'est le fait qu'en tant qu'infirmière je n'arrive pas à trouver les mots, le métier impose d'être là et alors il faut accompagner la personne. Je me suis rendu compte « tiens là ce n'est pas pareil. Il faut savoir quoi dire, il ne faut pas s'impliquer, il ne faut pas se détacher. (...) »^[2] Le fait d'être là dans la formation infirmière, d'apprendre un métier différent parce qu'en Algérie c'est très technique, c'est pour ça que c'est mieux parce que le côté relationnel il est vraiment inexistant en Algérie, une infirmière il faut courir derrière, » !». (Leila, entretien Temps 1, P30-L7^[1] et P32-L20^[2]).

^[1]« (...) j'ai appris aussi le relationnel entre un soignant et une personne soignée puisque que ce n'est pas cette même approche chez nous et surtout parce que j'étais dans un monde où il fallait injecter, aller au bloc tandis que là je suis dans un monde qui n'a rien à voir avec l'autre-là mais c'est aussi une approche de la personne voilà dans son environnement, j'ai appris plein de choses, je me suis dit que ça c'était apprendre à gérer quelqu'un dans sa vie de tous les jours, je vous dis que ça n'existe pas chez moi, ce qui existe chez nous c'est de traiter la maladie : un palu, mais on n'est pas dans cette approche de soigner c'est-à-dire de soigner pas seulement mais soigner quelqu'un dans sa globalité, c'est ici que j'ai compris ça. (...) »^[2] je ne savais pas que la parole est quelque chose d'important dans le cas de, il y a plein de choses que j'ai appris que je ne connaissais pas (...) ^[3] même en tant que médecin, je ne savais pas que la parole était quelque chose d'important dans soigner, alors que chez nous je vois comment on

soigne, on s'en fout, on ne te parle pas c'est-à-dire j'ai découvert aussi l'autre face des droits des patients et j'ai compris ce que vit un malade dans sa maladie, j'ai appris plein de choses et je ne sais pas mais ils m'ont peut-être beaucoup influencé dans ma façon de voir au contact avec ça. Donc j'ai géré les études parfois les stages parfois le boulot. » (Mamadou, entretien T1, P164-L11^[1], L32^[2] et L33^[3]).

9 Synthèse du temps 1

Notre travail concerne l'expérience migratoire et professionnelle de médecins non européens qui s'orientent vers la profession infirmière. Nous les avons écoutés selon l'optique du récit de vie, lors de ce temps 1, à mi-chemin de leur cursus de formation. Le matériau de ces entretiens est très riche et nous n'en avons exploité qu'une partie. Après avoir présenté les personnes, leur vécu chez eux/elles, leur motif migratoire et leur période d'installation, nous avons conduit une analyse thématique sous l'angle de la théorie de l'intersectionnalité. L'intérêt de cet éclairage permettait de mettre à jour l'intrication des problématiques liées par exemple au travail du *care* dans l'exercice aide-soignant et ses variations quand on est médecin, quand on est une femme/un homme, quand on est un-e étranger-ère, quand on est âgé-e et le rapport aux sien-ne-s resté-e-s au pays ; nous avons poursuivi avec les crises traversées par ces migrant-e-s : une crise identitaire plurielle pour Leila, des crises de couple avec Fathia, Leila, Nadia où désir d'ascension sociale, parentalité et répartition sexuée traditionnelle des tâches domestiques se négocient difficilement. En problématique genrée, nous avons également soulevé la question de la douleur de l'accouchement vécue sous l'angle de l'« identité pour autrui » pour Fathia. Ensuite nous avons évoqué l'enjeu du retour pour Mamadou qui peut se concevoir comme une promesse de compensation des frustrations accumulées « ici ». Nous avons terminé par l'intensité des liens mère/fille pour Leila et Fathia.

9.1 Partir/rester/revenir

Nous avons de cette façon tenté de sonder la triade « partir/rester/revenir¹⁴⁸ » propre à l'expérience migratoire. Marc BREVIGLIERI parle des « trois économies impliquées par le déplacement migratoire¹⁴⁹ ». Dans ce travail, nous avons informé le « partir » avec les motifs migratoires ; nous avons vu que l'idée de la France est déjà là : dans les pensées, dans les projets d'études et d'approfondissement ou précipitée via la contraction soudaine d'un mariage.

Le premier temps du « rester » est celui de l'arrivée et de la première installation. C'est la période des cohabitations plus ou moins réussies, plus ou moins brèves et dont on se souvient. Une facette du « rester » est aussi celle liée aux justifications administratives de séjours du visa « étudiant-e » annuel », au visa « résident » décennal ; de ceux/celles qui ont la nationalité française, de ceux/celles qui la souhaitent et de ceux/celles qui ne la souhaitent pas.

¹⁴⁸ BREVIGLIERI M., « De la cohésion de vie du migrant : déplacement migratoire et orientation existentielle », *Revue européenne des migrations internationales* [en ligne], vol.26- n°2 | 2010, mis en ligne le 01 septembre 2013, URL : <http://remi.revues.org/5137> ; DOI : 10.4000/remi.5137 , p69, consulté le 5/03/2015.

¹⁴⁹ Ibid. p 69

Nadia, par exemple, dira son refus de la nationalité française en termes de revendication/préservation de ses origines et d'authenticité de sa démarche.

« [Je renouvèle] la carte de séjour, je suis algérienne de naissance, je ne vois pas du tout pourquoi je demanderais la nationalité française, il y a beaucoup de gens qui disent « il faut la demander pour avoir des avantages et tout », moi je ne suis pas de cet avis, je ne suis pas de famille française, je n'ai pas la culture française, je ne comprends pas pourquoi vouloir une nationalité qui ne m'appartient pas en fait, mon mari est français, ma fille aussi, elle est née française donc elle est franco algérienne, mais moi je suis née en Algérie, je ne vois pas pourquoi je demanderais une nationalité qui n'est pas moi. » (Nadia, entretien Temps 1, P135-L15).

Souvent les personnes n'envisagent pas d'emblée une installation définitive et ce sont les circonstances, les engagements familiaux, le fait de pouvoir aider ses parents au pays qui peuvent emporter la décision de rester ou de remettre à plus tard le « retour ». Nadia exprimera les hésitations des premiers temps partagées dans le couple entre « rester » et « revenir » et l'évolution de sa position. Et la constitution d'une famille avec la scolarisation des enfants inaugure un autre temps qui s'enracine autrement dans le territoire ici.

^[1] *« Au départ oui quand je suis arrivée, surtout mon mari vit très mal d'être ici, et de penser trop, il était trop partagé, c'était une situation très difficile quand on n'a pas l'esprit vraiment fixé sur quelque chose, donc oui on se disait « on va repartir » au départ, il me disait « on va partir quand notre fille aura cinq six ans, on rentrera en Algérie », bon après je crois que ce n'est pas possible, là il a arrêté de le dire, eh bien je lui ai dit « voilà il faut prendre une décision » parce qu'il ne faut pas rester comme ça, partagé entre deux pays, pour l'instant on est en France, il faut l'accepter mais après le jour où l'on décide de repartir et bien ce jour-là il faut penser à gérer, il ne faut pas être partagé comme ça et ne pas savoir quoi faire, c'est très difficile, c'est très difficile à vivre, quand je suis arrivée, c'était ça et là il s'est calmé, le jour où l'on décidera enfin je ne sais pas, ce jour-là voilà.(...) ^[2] Moi franchement avant d'avoir ma fille, j'étais libre donc rester ou partir... mais maintenant que j'ai ma fille je ne sais pas peut-être quand elle sera un peu plus autonome quand je vais être sûre qu'elle est bien, à ce moment-là je vais être libre de nouveau et si je repars en Algérie c'est peut-être pour apporter quelque chose, pour changer peut-être des choses. » (Nadia, entretien Temps 1, P135-L23^[1] et P136-L1^[2]).*

La situation de Mamadou révélera, pour sa part, une course aux diplômes universitaires médicaux légitimant son renouvellement du visa « étudiant ».

Le temps du « revenir » a été esquissé avec la situation de Mamadou qui espère un retour « par le haut » dans son pays. Il a été également fait allusion dans le temps des retrouvailles l'été du temps où Leila, en Algérie, revoyait et fêtait sa grande sœur. La question du « retour » est toujours en suspens dans les têtes que ce soit une ou deux fois par an ou selon d'autres fréquences. C'est le rapport au pays laissé qui habite les cœurs et les têtes des migrant-e-s.

9.2 En synthèse

Les entretiens du temps 1 passés avec ces migrant-e-s ont été très riches et nous avons fait des choix dans ce travail souvent frustrants. La plongée dans des univers si différents de notre quotidien et parfois colorés d'une charge émotionnelle tangible nous ont laissées souvent pantoises, bouleversées, *intranquilles* ; et après coup nous nous sommes rendu compte que nous avons eu besoin d'un temps de latence avant la retranscription de ces récits. Nous n'avons pas cessé d'opérer des allers-retours entre les lectures, les réflexions, les échanges et les paroles des migrant-e-s.

De même nous avons rappelé le double étiquetage de l'intervieweuse, chercheuse en sociologie et formatrice qui a produit des effets sur le discours des médecins ; dans quelle mesure se sont-ils/elles senti-e-s libres de parler compte tenu de leur enjeu professionnel ? Dans quelle mesure l'intervieweuse a-t-elle maintenu une attitude de questionnement ouvert éloignée de ses préjugés professionnels ?

Au travers de ces analyses, nous avons notamment fait ressortir le processus de discriminations multiples que traversaient ces personnes dans l'écart entre le diplôme/ le projet initial et l'intégration professionnelle passée et à venir. Nous avons de plus parcouru le mécanisme du « révélé/caché » dans les « voix empêchées » des médecins : ne pas pouvoir dire que l'on est médecin ; se sentir tiraillé-e dans le soin auprès de la personne entre inhibition du savoir clinique et nécessité éthique de soigner la personne ; subir les moqueries racistes...sont des manifestations de la tension entre ces deux pôles constitutifs de l'identité de la personne et activée dans le processus de déclassement social et professionnel. Nous avons terminé en évoquant deux dimensions des attentes du « devenir infirmier-ère ».

9.3 Un fil conducteur vers le temps 2

Suite à cela, nous émettons une hypothèse de travail qui servira de fil conducteur pour le temps 2. L'obtention du DEI apporterait une reconnaissance symbolique à ces médecins. Cette reconnaissance permettrait d'amoinrir le sentiment de déclassement social. Elle permettrait également de négocier un processus de reconnaissance même partielle de leurs compétences et ressources socio professionnelles en vue d'améliorer une position économique et sociale. Enfin cette reconnaissance leur donnerait l'opportunité d'un positionnement plus actif face à l'avenir, ce qui pourrait restaurer un pouvoir d'agir, une forme de reconquête d'eux-mêmes ; car l'exercice infirmier ouvre des perspectives professionnelles en termes de diversité d'exercice, de spécialisations ou de formations d'approfondissement. Nous trouverons de même intéressant d'étudier comment s'exprime la tension du « révélé/cacher » avec ce nouveau statut de professionnel-e-s et comment la perspective du « revenir » se déroule.

10 Le temps 2 ou la découverte de la prise de poste infirmier.

Nous allons centrer nos entretiens sur le rapport au travail tel qu'il se passe concrètement, au quotidien. Cela permettra d'explorer comment se passe la prise de poste, comment les personnes se perçoivent dans ce nouveau statut, dans le rapport aux collègues, aux médecins et aux personnes soignées. Nous prévoyons de leur demander de nous raconter une journée de travail, de nous parler de ce qui se passe quand il/elles rencontrent des difficultés, comment ils/elles les surmontent, quel est leur projet professionnel à venir. Nous avons suivi un guide d'entretien spécifique à ce temps 2 en annexe.

Nous commencerons l'exposé de ce temps 2 en évoquant le déroulement des entretiens et notre posture. Ce temps 2 se situe de six à neuf mois de la fin de la formation infirmière. *A priori* les personnes auront débuté leur exercice infirmier. Nous conduirons une analyse thématique autour de quatre axes ; le premier axe tournera autour de la problématique du « travailler ensemble » entre infirmier-ère et aide-soignant-e. questionnée au regard de

l'expérience passée du travail aide-soignant. Le deuxième axe aura trait aux facettes du « révélé/caché » en stage, lors de la prise de poste, et sa place dans le *curriculum vitae*. Le troisième axe questionnera le genre dans le rapport à l'emploi et au travail. Le dernier axe présentera un aspect du regard porté sur le parcours, teinté d'un sentiment de satisfaction et de fierté mais aussi de souffrance existentielle dans le rapport à soi et aux autres.

10.1 Le déroulement des entretiens du temps 2.

Au temps 1, nous avons conduit sept entretiens et avons obtenu de chacun-e leur accord pour un deuxième entretien quelques mois plus tard. Six sur les sept ont répondu présent-e- pour le second temps. La septième personne ne s'est pas du tout manifestée. Daravanh, avait abandonné la formation après le premier stage de cinq semaines. Elle est venue parler de ses projets professionnels.

Les entretiens ont eu lieu comme pour le temps 1 dans notre bureau sur notre lieu professionnel. Ils ont duré moins longtemps, en moyenne d'une heure à une heure trente.

10.1.1 Illusion biographique, distance critique et équilibre des relations sociales en entretien.

Notre posture de chercheuse n'a pas cessé de nous questionner car nous avons pris conscience après coup qu'il nous était très difficile d'ignorer notre posture de formatrice en soins infirmiers. Par exemple, quand un-e migrant-e se mettait-il/elle-même dans une demande d'aide ou de conseil, très vite nous revêtions nos « défroques professionnelles ». Nous nous retrouvions dans une relation asymétrique où nous occupions une position haute et la personne interviewée une position basse. C'est ce qui doit être questionné également dans la relation soignant-e/soigné-e afin d'éviter les abus de pouvoir au sein de positions sociales déséquilibrées.

« Certaines relations sociales peuvent être qualifiées de relations asymétriques au sens où les termes qui y sont impliqués ne peuvent être permutés sans que leur nature même n'en soit modifiée. Alter ne peut y prendre la place d'ego pour des motifs variables, tenant à la répartition inégale de compétences, de ressources ou d'attributs¹⁵⁰. »

L'autre impact est celui sur la distance critique nécessaire à maintenir dans une recherche sociologique. Car comment, si l'on se laisse emporter par *l'illusion graphique*, ensuite déconstruire, analyser et faire émerger des processus sociaux en lien avec différentes échelles d'analyse ?

P BOURDIEU évoque, dans son article sur *l'illusion graphique*¹⁵¹, la tentation de celui/celle qui écoute l'autre dans le récit de vie, d'accepter « *cette création artificielle de sens*¹⁵² » au

¹⁵⁰ ZACCAI-REYNERS N., « Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin », *Esprit*, 2006/1 Janvier, pp95-108. DOI : 10.3917/espri.0601.0095, <http://www.cairn.info/revue-esprit-2006-1-page-95.htm>, consulté le 10/06/2014, p95

¹⁵¹ BOURDIEU P.. « L'illusion graphique », in : Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 62-63, juin 1986. L'illusion graphique. Pp.69-72. DOI : 10.3406/arss.1986.2317, http://www.persee.fr*web/revues/home/prescript/article/arss_0335-5322_1986_num_62_1_2317, consulté le 27/04/2015.

¹⁵² Ibid. p69

sens où de la reconstruction d'une cohérence biographique en perdant de vue « *la question des mécanismes sociaux qui favorisent ou autorisent l'expérience ordinaire de la vie comme unité et comme totalité* ¹⁵³ ». En même temps la rencontre de l'autre au travers du récit de vie ne peut éviter un partage de quelque chose dans un espace-temps délimité. C'est le temps que prend par la suite le/la chercheur-euse pour rétablir la distance permettant un travail scientifique qui va transformer ce qui s'est passé entre les personnes.

Afin de rétablir de l'équilibre dans les relations d'entretiens, nous avons pour ce temps 2, renvoyé aux médecins la retranscription des récits et leur avons proposé d'apporter des modifications si certains propos n'avaient pas été rapportés de manière sensée pour eux/elles. Cela nous a demandé un travail d'écriture lors de la retranscription que nous n'avons pas réalisé pour le temps 1. Par exemple, nous avons rétabli les négations correctes dans les phrases et revu les phrases de façon à respecter le sens tout en les rendant aisées à la lecture. Clarifier par l'écrit la langue et parole de l'autre pour le/la lecteur/trice et l'ouvrir au regard des intéressé-e-s est une des premières étapes dans la co construction des savoirs d'une recherche émancipatrice. Nous avons été surprises d'un effet auquel nous ne nous attendions pas du tout : celui d'une responsabilisation de notre part dans cet écrit « réfléchi » à l'autre. L'autre surprise a résidé dans les réponses des intéressé-e-s ; tous/toutes n'ont pas répondu, ceux/celles qui l'ont fait, ont soit apporté quelques modifications aux écrits soit exprimé leur déception au renvoi de leurs paroles. Cette dernière réaction nous a interpellées car nous avons essayé d'amoinrir au maximum l'effet « non maîtrise de la langue française ».

10.1.2 Le point sur les situations socioprofessionnelles des médecins à six-neuf mois de la formation infirmière.

Parmi les sept médecins présent-e-s au temps 1, une femme, Leila, diplômée depuis juillet 2014, n'a pas répondu aux sollicitations d'entretien pour le temps 2. Nous n'avons pas eu des ses nouvelles ni par elle ni par ses connaissances du groupe de formation. Une autre, Daravanh, avait abandonné la formation après le premier stage suite à des difficultés importantes de communication et d'intégration dans le milieu professionnel infirmier mais a été d'accord pour participer au temps2. Une autre, Hanja, n'a pas eu le diplôme infirmier en juillet et en novembre et le représente en juillet 2015 ; elle a validé sur le plan théorique les UE mais doit renouveler les périodes de stage afin de valider les éléments de compétences requis pour se présenter au DEI. Les autres, Fathia, Nadia, Mamadou et Mohamed ont été diplômé-e-s en juillet 2014. Nadia et Mohamed travaillent, Nadia dans la clinique où elle était précédemment aide-soignante, Mohamed a changé de région, il s'est rapproché de sa mère et du reste de sa famille vivant à Marseille et travaille dans une EHPAD¹⁵⁴. Mamadou finit une série de deux stages d'approfondissement des soins infirmiers, l'un en clinique, l'autre en EHPAD. Fathia finit son congé maternité et sa reprise du travail qu'elle espère en mars 2015 dépend de l'accueil en crèche de son dernier enfant. Hanja va partir en stage au moment où nous nous voyons.

¹⁵³ Ibid. p70

¹⁵⁴ Etablissement d'Hébergement des Personnes Agés Dépendantes

En ce qui concerne Daravanh, la question de l'échec taraude toujours le/la formateur-trice. Nous l'aborderons quand nous ferons le point sur les éléments du dispositif pédagogique dans le cadre du rapport de stage.

Nous commencerons par interroger le « travailler ensemble » infirmier-ère/aide-soignant-e tel que l'expérimentent Nadia, Mohamed et Mamadou.

10.2 Questionner le « travailler ensemble » entre infirmier-ère-s et aide-soignant-e-s.

10.2.1 Nadia, « comme j'étais aide-soignante, j'arrive à comprendre les deux côtés »

Nadia a reçu du soutien à sa prise de poste et notamment de la part des aides soignant-e-s. Car elle ne se contente pas de faire uniquement son travail, elle est attentive à l'environnement de soin : les patients qui sonnent ou qui ne sont pas bien installés et le coup de main à ses collègues aides soignant-e-s. Elle reçoit des encouragements de ce fait. Elle a aussi perçu le champ de responsabilité plus étendu de l'infirmier-ère par rapport à celui de l'aide-soignant-e et cela s'est concrétisé pour elle par une plus grande fatigue physique. Le temps du travail ne s'écoule pas de la même façon pour l'infirmier-ère et pour l'aide-soignant-e.

^[1]« Par exemple, les aides-soignantes, des fois, elles font beaucoup de choses, elles choisissent les infirmières qui travaillent en collaboration avec elles, qui les aident à faire certaines choses quand elles peuvent, et elles font pareil avec elles, elles essaient de les aider ; mais quand il y a des infirmières qui restent focalisées sur leur travail, qu'il n'y a pas de communication, qu'il n'y a pas d'aide, au moins des petits gestes de leur côté, alors elles font pareil, elles se contentent de faire vraiment leur travail. Je vois qu'elles sont différentes avec moi, elles font beaucoup de choses pour moi, pour que j'avance dans mon tour ; comme j'étais aide-soignante, j'arrive à comprendre les deux côtés, je sais qu'être infirmière, c'est difficile, très difficile, je sens plus de fatigue maintenant qu'avant, quand j'étais aide-soignante, de la fatigue physique et on a plus de responsabilité, c'est ça la différence, après c'est surtout la fatigue physique.(...) ^[1]On n'a pas le droit de prendre une pause finalement ! On est tout le temps debout, on court dans tous les sens, il y a toujours quelque chose à faire, on n'a pas un moment à se dire « voilà là je n'ai rien à faire, je peux m'asseoir ». Il y a toujours quelque chose à faire. (...) ^[2]par contre je n'hésite pas à répondre à une sonnette, à installer correctement un patient qui n'est pas bien installé, à passer devant une chambre ouverte pour voir si un patient a besoin de quelque chose, à prendre les constantes d'un patient même s'il n'est pas de mon côté, à m'occuper d'une dame qui se met en danger parce qu'elle voulait traverser les barrières, à ne pas hésiter, à regarder dans les chambres".(Nadia, entretien Temps 2, P213-L1^[1] et L12^[2]).

10.2.2 Mohamed, « (...) maintenant ça va, je sais comment demander à chacun-e ».

A sa prise de poste en EHPAD, Mohamed a trouvé difficile de gérer l'équipe aide-soignante. C'est une petite EHPAD, il est le seul infirmier sur place et il est responsable d'une équipe d'aide-soignant-e-s. Ce rôle de manager a été une surprise et un challenge à relever. Les autres inquiétudes ont été relatives à la gestion administrative mais il s'attendait à cela. En même temps, après avoir acquis un savoir-faire et un savoir être dans ce rôle de chef d'équipe, il en a retiré de la satisfaction. Dans ce monde de l'EHPAD, il est le principal interlocuteur des médecins, de la direction car il n'y a pas de cadre intermédiaire comme peut l'être le

cadre de santé. D'avoir travaillé avant comme aide-soignant l'a rendu attentif à la lourdeur des soins d'hygiène, à la difficulté d'effectuer ces derniers auprès de certaines personnes quand la relation de soin est perturbée. Il prend facilement le relais pour remplacer son/sa collègue aide-soignant-e lors d'absence ou quand le/la soignant-e est mal à l'aise pour conduire un soin. Il a appris à savoir demander aux personnes de faire telle ou telle chose, ses aptitudes relationnelles l'ont aidé ainsi que son parcours professionnel. Il n'est pas dans une attitude de donneur d'ordre, il joue plus finement ce jeu de responsable hiérarchique et de collègue compréhensif. Nous pouvons penser que ce rôle d'infirmier responsable de l'équipe aide-soignante lui permet une reconnaissance symbolique qui le rapproche de la stature médicale.

^[1]« Ca a été une autre difficulté, celle de gérer l'équipe. Ce sont parmi les difficultés que j'ai rencontrées, vraiment pour gérer toute l'équipe, parfois il fallait faire beaucoup d'efforts, pour contenir tout le monde, pour essayer d'approcher, la réponse de chacun ce n'est pas pareil que celle de tout le monde. Surtout il y a des aides-soignantes et des ASH et ça dépend de moi. Même le médecin s'il veut quelque chose, il vient me le dire à moi. Donc c'est à moi de veiller que telle ou telle chose soit faite. Donc au début c'était vraiment difficile.(...) ^[2][le plus difficile, c'est de]demander, je ne veux pas dire « donner des ordres à des aides-soignantes pour leur demander de faire ça ou ça», surtout que je suis nouveau, mais maintenant ça va, elles me connaissent, elles savent comment je suis, maintenant j'ai plus de facilités à demander quelque chose.(...) ^[3]mais maintenant ça va, je sais comment demander à chacun-e. (...) ^[4]ça m'a fait du bien aussi de travailler comme aide-soignant, j'ai appris beaucoup de choses, j'ai appris le travail comment il est fait, la charge de travail, quand je parle d'une toilette, je sais ce que c'est qu'une toilette. Ça aide. (...) ^[5]Ça change le regard après. On peut demander quelque chose, on sait le degré de difficulté, on a un recul sur le fait de faire quelque chose.(...) ^[6]On essaie de faire le point, de savoir ce qui ne s'est pas passé comme il faut et si on arrive à trouver pourquoi, on essaie de régler ça, d'arranger ça et on essaie de faire la prochaine fois au mieux, de suivre la consigne pour éviter au mieux de répéter. Moi je préfère discuter avec l'équipe que de venir et de donner des idées, même si les idées, je les prépare avant, je les aies dans ma tête mais j'essaie de les poser dans la discussion. Pour l'instant ça va. (...) ^[7]Parfois je fais des toilettes, ça arrive à la place d'une aide-soignante, elle vient et elle me dit « M., là je ne peux pas, cette dame aujourd'hui je ne peux pas la faire », il y a des dames vraiment difficiles, donc je fais la toilette à la place de l'aide-soignante, ça lui fait une coupure, ça permet de respirer ». (Mohamed, entretien Temps 2, P233-L15^[1], L23^[2] et L33^[3]; P239- L26^[4] et L30^[5] ; P240- L3^[6] et L9^[7]).

10.2.3 Mamadou, « je voulais avoir mes pas dedans. Je voulais avoir cette vision-là intégrée et collaboratrice entre moi et les aides-soignants ».

Mamadou, le diplômé d'infirmier en poche, s'octroie, à titre personnel et à l'aide du chômage, dix-sept semaines de stage afin de renforcer ses acquis. Il fera dix semaines en clinique qu'il connaissait déjà comme aide-soignant et sept semaines en EHPAD qu'il ne connaît pas. Très vite, Mamadou s'inscrit dans une perspective de maîtrise du travail infirmier et aide-soignant autant sur le plan des actes que sur le plan réglementaire. IL tient compte aussi des remarques qu'il a eues en stage lors de la formation en IFSI. Dans cette perspective de ne rien laisser échapper, il consulte les textes qui régissent la formation et les compétences des aides soignant-e-s, il fait une lecture complète des référentiels du nouveau programme infirmier pour faire le décompte de ses manques. Les stages lui donnent la capacité d'acquérir les gestes non pratiqués dans le cursus de formation infirmière. Et surtout il profite de sa posture pour repérer l'organisation du travail en train de se faire, travail infirmier comme travail de collaboration avec les aides soignant-e-s. Nous pouvons avancer que Mamadou se situe à une

place de cadre de santé. Est-ce encore à l'instar de Mohamed une façon d'exercer une forme de pouvoir à l'égal de celui de médecin ?

^[1]« (...) c'était dans une clinique, parce que je m'étais fixé un certain nombre d'objectifs, je voulais apprendre encore ce qui me manquait dans ce qu'on avait fait ici et dans les EHPAD je voulais apprendre le fonctionnement, l'organisation.(...) ^[2]En clinique, je voulais surtout approfondir les soins techniques infirmiers puisque dans les 10 semaines que nous avons faites ici, je les avais trouvées un peu courtes et des choses qui n'étaient pas totalement maîtrisées même dans le port folio, je voulais être sûr, être apte.(...) ^[3]En tant qu'infirmier, les cas de détresse respiratoire, agir vite, efficacement, avec l'ensemble des actes faits, j'ai fait le bilan en reprenant le port folio, j'ai vu sur les trois ans que les étudiants font ici, et s'il y avait des compétences ou des actes que je n'avais pas encore vus. (...) ^[4]Je me suis dit « quand on commence une nouvelle profession, on a toujours des choses à acquérir » mais je voulais aller vers un certain niveau de dextérité dans mes gestes et une certaine organisation car c'est ce qu'on m'a toujours fait remarquer pendant mes stages ici. Il faut savoir s'organiser dans les soins, il faut savoir anticiper, donc j'avais ça en tête même si j'avais le diplôme, je me suis dit « tu as des façons de faire qui ne collent pas donc il faut revenir sur ça » mais du point de vue technicité, je savais que ce n'est pas trop mal mais quand même dans l'ensemble je voulais être quelqu'un d'apte à aller dans une EHPAD et faire ce qu'il y a à faire.(...) ^[5] dans les EHPAD, je voulais surtout voir ce côté organisationnel et comment les infirmières tournent parce que j'ai eu l'impression que c'est un peu différent dans les cliniques. Là on a affaire aux mêmes personnes pendant une longue durée et donc du coup c'est tout à fait différent que dans les courts séjours et il y a des façons de faire, comment ils préparent les piluliers, je voulais vraiment entrer dedans, comprendre et surtout je m'étais dit « voilà puisque je serai amené à travailler avec une équipe d'aides-soignantes, il faut aussi venir apprendre le mode de collaboration entre toi et les autres, ça aussi je voulais avoir mes pas dedans. Je voulais avoir cette vision-là intégrée et collaboratrice entre moi et les aides-soignants et d'ailleurs ça m'a amené à aller acheter les documents concernant la fonction aide-soignante, parce que là aussi si j'y étais pendant cinq ans aide-soignant, je ne suis pas allé dans une école pour me former en tant qu'aide-soignant comme eux. J'ai l'équivalence du diplôme, j'ai appris plein de choses par rapport à la façon de faire de tel ou tel mais il fallait aussi comprendre, les 8 modules qu'ils ont, les lire, les comprendre et savoir les limites de la collaboration, qu'est-ce qu'ils doivent faire, ne pas faire. Je m'imaginai que tu ne peux pas encadrer une équipe lorsque vous ne parlez pas le même langage, lorsque tu ne maîtrises pas les bonnes façons de faire qu'ils doivent adopter. » (Mamadou, entretien Temps2, P244-L10^[1] et L15^[2] ; P245- L15^[3] ; P247- L8^[4] et L24^[5]).

Mamadou aborde un autre aspect du travail du « comment travailler ensemble avec les aides soignant-e-s ». Il est dans une situation différente de celle de Mohamed, il n'a pas une équipe aide-soignante sous sa responsabilité. Il perçoit également diverses façons de faire des infirmier-ère-s dans le travail avec leurs collègues aides-soignant-e-s. Certain-e-s infirmier-ère-s estiment leurs collègues aides-soignant-e-s comme subordonné-é-s à leur personne, d'autres se situent davantage dans la coopération aide-soignante/infirmière. Il se positionnera à sa manière dans une coopération conviviale. Pour lui c'est une valeur relationnelle forte que celle du plaisir à prendre ensemble quel que soit son statut. Il raconte aussi une situation professionnelle de responsabilité infirmière-aide-soignante engagée et qu'il régule dans un rapport d'ouverture à l'autre et en même temps de rappel des règles.

^[1]« (...) là où j'étais anciennement, là où j'ai remplacé, ils avaient voulu me garder comme infirmier quand j'avais eu le diplôme mais je savais que ça n'allait pas être si facile que ça parce que quand tu as travaillé avec des gens pendant quatre ans ou cinq ans en tant qu'aide-soignant et tu reviens avec un diplôme au-dessus, ce n'est pas toujours facile de trouver un bon terrain d'entente même si moi ça va, ce n'est pas parce que je suis infirmier que je me vois comme ça, pour moi la collaboration c'est comme ça mais est ce que les autres vont voir aussi comme ça ? Ce n'est pas facile. Et déjà je voyais comment les

autres aides soignant-e-s et les infirmier-ère-s, comment ça se passait entre les deux, je savais que ce n'était pas toujours aussi évident que ça parce qu'il faut le dire aussi, parfois les infirmières se mettent un peu au-dessus au lieu que le rôle soit une collaboration, il devient un commandement donc il y a toujours des problèmes comme ça. Donc du coup j'ai voulu aller voir par où passer pour que ça soit ça, que ça ne soit pas un effort entre nous mais plutôt une convivialité, une ambiance. Donc je voulais savoir comment faire, ce n'est pas facile, c'est une question humaine donc elle a toutes les dimensions, chacun a sa compréhension, chacun a sa sensibilité mais je me suis dit « il faut savoir s'adapter, il faut savoir faire ». Et ce savoir-faire il fallait d'abord aller le chercher dans les EHPAD, le travailler en tant qu'infirmier. (...) ^[2]Oui mais je me suis rendu compte quand même que ce n'est pas si difficile que ça, pourvu que tu ailles vers les autres et que tu ne montres pas que tu es infirmier, c'est-à-dire « c'est moi l'infirmier » et que tu es même prêt à les aider quand tu as le temps libre, la façon de parler, la façon de s'amuser c'est-à-dire prendre la pause ensemble, tout cela fait qu'il n'y a pas de différence, ça ne se sent pas, parce qu'il n'y a pas de commande, ça se construit parce que chacun sait ce qu'il a à faire et qu'il y a l'entraide aussi, souvent ça ne pose pas de problème, je me souviens là au CHU, souvent les bas de contention les infirmières disent aux aides soignant-e-s de les mettre, elles ne contrôlent même pas. J'ai vu : il y a des matins, toi tu as un peu de temps, il manque quelqu'un, tu peux aller en tant qu'infirmière faire ça, ça ne prend pas du temps, ou bien le matin à 7 heures on fait nos dextro, parfois on n'a pas beaucoup de monde auquel il faut faire ça donc après tu as un petit temps donc ça ne coûte rien à aller aider à faire manger quelqu'un. Mais quand j'ai fait ça, on m'a dit « mais non nous ne connaissons pas ça, nous les infirmières nous ne les aidons jamais à faire ça. (...) ^[3]C'est une chute d'ailleurs, une dame, il y avait l'aide-soignant qui voulait faire sa toilette, je ne sais pas comment ça s'est passé, je n'étais pas là mais il y a une chute. Donc je ne sais pas mais elle n'a pas informé, pour elle ce n'était pas grave puisqu'après la chute, au lieu d'appeler même si apparemment elle trouve qu'il n'y a rien, elle a fait relever la personne, lui faire sa toilette, l'habiller et la mettre dans son fauteuil. Sauf qu'après je suis venu parce que j'avais des médicaments à lui donner. Elle m'a dit qu'elle a chuté ce matin et qu'elle a mal à la hanche alors que nulle part l'aide-soignante n'avait informé personne. Or il y a un protocole de conduite vis-à-vis des chutes dans la maison. Je l'ai appelée, « voilà je n'ai pas compris, il y a la chute de Mme T., est-ce que c'est toi qui était là, comment ça s'est passé ? » Elle a dit « voilà je n'ai pas appelé parce que je pensais que ce n'était pas grave ». Je lui dis calmement « quand il y a une chute, c'est toujours grave parce qu'on ne sait jamais, il faut faire une fiche, tu appelles, on voit ensemble et s'il le faut on appelle le médecin, mais il le faut car si tu ne te protèges pas, tu auras un souci ». J'ai voulu que nous partagions les responsabilités mais tout en lui signifiant quand même qu'il faut respecter ce qui a été mis en place. Et elle n'a pas pris mal ce dont on a discuté. [Silence] Quand on est nouveau infirmier dans un coin, on a toujours du mal mais tout dépend de soi, on sera toujours confronté à ça ou ça. Une équipe, il y a toutes les sensibilités dedans mais il faut savoir trouver sa place. » (Mamadou, entretien Temps 2, P256-L18^[1] et L35^[2]; P257- L9^[3]).

La question du « travailler ensemble » infirmier-ère-s/aides soignant-e-s est interrogée par ces personnes au regard de leurs pratiques professionnelles diverses. Le regard est autre quand le/la porteur-euse de ce regard passe d'une catégorie professionnelle à une autre en restant dans le même lieu d'exercice. C'est un regard qui sait, qui connaît et qui mesure, dans le cas d'une ascension professionnelle, l'écart entre les deux. C'est le regard que nous pouvons retrouver de même auprès des aides soignant-e-s en promotion professionnelle infirmière. Là où ce regard diffère pour les membres de notre groupe, est qu'il apprécie la situation à l'aune du positionnement médical originel. L'endossement du rôle infirmier responsable du travail aide-soignant se manifeste notamment pour Mamadou et Mohamed par une posture assumée de responsable d'équipe.

Après ce regard sur le « travailler ensemble » infirmier-ère/aide-soignant-e, nous souhaitons maintenant faire allusion au « révélé/caché » qui structure les rapports entre médecins,

infirmier-ère-s et aides soignant-e-s au regard du diplôme initial de médecin. Au temps 1, nous avons étudié ses conséquences en termes d'éthique dans la relation de soin quand on est « empêché-e » de dire ce que l'on sait à propos de l'état clinique défaillant d'une personne ; nous avons vu également l'irruption du racisme dans les moqueries, racisme réactivé au regard du déclassement professionnel ; enfin nous avons énoncé la souffrance psychologique éprouvée par les médecins dans ce déni social des savoirs et compétences lors de l'exercice aide-soignant. Quelle allure va prendre ce « révélé/caché » dans l'étape de professionnalisation infirmière ?

10.3 Le « révélé/caché » lors de la professionnalisation infirmière.

10.3.1 Fathia, « Dès le début ils étaient au courant pour qu'ils me guident, pour qu'ils sachent ce que je dois faire ».

Fathia fait son stage dans le cadre de la formation infirmière. Dans une optique d'apprentissage du travail infirmier, Fathia prend les devants et commence par argumenter son choix d'orientation professionnelle avec une certaine assurance. Elle souhaite signifier aux autres, médecins, infirmier-ère-s, aides soignant-e-s, qu'elle est prête à endosser la posture infirmière, qu'elle est là à leur disposition pour acquérir les compétences infirmières. Son stage se passe très bien d'autant plus qu'elle se comporte d'une façon très contrastée pour un médecin ; car la clinique avait connu avant l'arrivée de Fathia, un médecin qui exerçait comme infirmier et qui avait dû y renoncer. Les deux situations parlent de déclassement professionnel, les équipes se souviennent et comparent. En tout cas, Fathia fait preuve dans ce témoignage d'une acceptation sereine de sa nouvelle situation. Le temps « *Ca s'est fait sur le temps, ça fait 10 ans que je suis là, et même quand j'ai repris le PACES, ce n'était pas pour faire médecin, ça s'est fait avec le temps.* » (Fathia, entretien Temps 2, P185-L26), a joué son rôle d'amortisseur de la déception aidé en cela par la constitution d'une famille.

^[1]« La cadre avait peur d'être confrontée à une situation, comme j'étais médecin, que je mette en avant cette posture de médecin alors que je vais travailler avec des aides-soignantes, comment en tant que médecin je vais travailler avec des aides-soignantes? Faire le lit, nettoyer la chambre. Elle m'a dit "j'ai été étonnée, je n'ai pas sentie de malaise de votre part". J'ai dit "tant mieux". (...) ^[2]Une infirmière m'a dit "ça vous a aidé, mieux qu'une personne qui vient directement de médecine et qui fait la formation infirmière directement". C'est plus compliqué pour elle de trouver une posture, même avec les médecins. Je me mettais en retrait en tant que stagiaire infirmière. (...) ^[3]Et il y avait un autre médecin étranger qui travaillait dans cette clinique comme infirmier au moment où c'était encore possible et ensuite il s'est retrouvé d'infirmier à agent d'entretien car il ne pouvait plus exercer en tant qu'infirmier et la cadre m'a dit "cette descente, on l'a mal vécue". Et on a peur que vous vous le sentiez comme ça en tant que médecin. J'ai dit "non c'est moi qui ai fait ce choix". Pour cette personne, c'est la loi, on lui a enlevé l'autorisation, il était obligé de ne pas exercer son métier. Et à la fin du stage, j'étais heureuse qu'elle me dise que ça s'était bien passé. (...) ^[4] tout le monde le savait. Quand je suis arrivée, la cadre avait été informée par l'école. C'est moi quand je suis venue qui aie dit que j'étais médecin étranger, que j'avais suivi une formation. Parce que pour eux, ils demandaient "comment ça se fait que vous faites 10 semaines de stage, que vous faites la formation une année?" J'étais une personne particulière, je n'étais ni en 2ème année, ni en 3ème année alors je leur ai expliqué que j'étais médecin étranger, que je suis venue, que j'ai travaillé en tant qu'aide-soignante, j'ai l'opportunité d'avoir ce diplôme infirmier, je dois faire un stage de 10 semaines pour avoir le diplôme. Dès le début ils étaient au courant pour qu'ils me guident, pour qu'ils sachent ce que je dois faire. Parce que s'ils suspectent quelque chose, ils ne vont pas me poser la question à moi parce que je suis médecin étranger. Je dis "non, moi je ne sais pas, vous demandez au médecin. «J'ai fait le point dès le début "je ne suis pas médecin, je suis une étudiante infirmière et

j'aimerais bien apprendre votre métier, vous vous êtes des infirmiers et vous avez des choses à m'apprendre". (...) ^[5]Un médecin m'a demandé « pourquoi vous avez abandonné votre métier de médecin pour faire le travail d'aide-soignante et ensuite devenir infirmière ? » « Parce que j'ai fait le choix de venir en France, je n'ai pas pu reprendre mes études en tant que médecin, maintenant je veux exercer en tant qu'infirmière » (Fathia, entretien Temps 2, P184-L23^[1] et L30^[2]; P185- L17^[3] et L1^[4]; P185-L14^[5]).

10.3.2 Hanja, « (...) j'ai menti un peu(...) »

Hanja a déjà fait un stage et ne l'a pas validé. Elle en fait un second et nous la voyons à quelques mois de ce second stage qu'elle n'a pas encore validé. Elle va en faire un troisième en mars/avril. Elle se voit reprocher de bénéficier d'un cursus de formation raccourci. Et elle est conduite à rallonger dans le discours ce cursus afin d'atténuer les reproches.

« (...)mais les filles ne cessent de m'en parler : « ici tu feras les choses que nous avons travaillées pendant trois ans et tu vas les faire en un an ». Au premier stage on m'avait dit ça. Mais au second stage, je n'ai rien dit mais elles le savaient à propos d'autres personnes mais je leur ai dit « mais ça fait un an demi », j'ai menti un peu « ça fait deux ans que j'ai fait la formation » ; Peut-être au prochain stage, je vais leur dire que ça fait deux ans que je fais la formation, que c'est mon stage de rattrapage et quand elle me demandera la durée, je leur dirai que cela fait deux ans. » (Hanja, entretien Temps 2, P200-L20).

10.3.3 Nadia, « Quand ça ne se voyait plus, je ne le disais plus ! »

Nadia trouve que le « révélé/caché » se présente différemment selon que l'on est aide-soignant-e ou infirmier-ère. Quand elle était aide-soignante particulièrement au début de son exercice, comme elle ignorait le métier, rapidement elle révélait son ignorance et son statut ; quand elle s'est sentie à l'aise dans la pratique aide-soignante, elle n'en parlait plus. Depuis qu'elle est infirmière, elle a juste à signaler l'IFSI et cela suffit. Dans tous les cas, elle ne signale pas son véritable parcours. Il est intéressant de saisir la tension du « révélé/caché » à l'aune de la maîtrise pratique ou pas d'une activité exercée.

« (...) je ne le dis pas, j'évite de le dire, les médecins qui le savent, ce n'est pas moi qui leur ai dit, c'est soit une collègue, soit quelqu'un d'autre.(...) Quand j'étais aide-soignante j'étais obligée de le dire car quand j'arrivais dans les services, je n'avais pas fait de formation pour faire aide-soignante, j'étais obligée de le dire, après ça se voyait, on arrive dans une maison de retraite, on est jeune, on nous pose directement la question parce qu'ils savent très bien qu'il y a des aides-soignantes qui ne sont pas des aides-soignantes diplômées. Donc elles vous posent de suite la question pour savoir à qui elles ont affaire, ça c'était quand j'ai commencé et donc à chaque fois je le disais. Je leur demandais comment faire pour poser des questions, mais après quand j'étais plus à l'aise, je ne le disais plus. Quand ça ne se voyait plus, je ne le disais plus. Au départ ça se voyait on ne pouvait pas le cacher ! (...) Si on ne sait pas si j'étais infirmière, non. Il y a la formation, je sors de l'école « oui », j'ai fait la formation à R. « oui », et c'est terminé, les formules générales il n'y a rien de plus. En général on vous demande l'école et c'est tout. C'est plus simple ! » (Nadia, entretien Temps 2, P217-L10^[1], L13^[2] et L25^[3]).

10.3.4 Mamadou, « (...) je n'aime pas parler de ça (...) ça risque parfois de modifier la vision ! »

Mamadou remarque que révéler son parcours change le regard des autres sur lui et génère une surprise, de l'incompréhension, une difficulté à saisir les motifs. Il évite donc de le dire sauf au cadre de santé lors d'un entretien comme il en a passé pour obtenir l'autorisation de faire des stages. La peur qu'il éprouve d'être deviné par le/la cadre et d'être jugé ensuite comme peu digne de confiance l'enjoint à l'énoncer dans la conversation. Sur le *curriculum vitae* il

va noter son expérience d'aide-soignant, sa formation d'un an à l'IFSI. Nulle part n'apparaîtront son diplôme de médecin étranger ni ses DU. Bien sûr nous pouvons supposer qu'il existe pour chacun autant de *curriculum vitae* que de destinataire potentiel ; mais il est éclairant de constater les priorités choisies.

^[1]« Ah non je n'aime pas en parler. Dans ce domaine-là je n'aime pas parler de ça parce que je me dis que ça n'a pas de sens, non seulement pas de sens mais aussi ça risque parfois de modifier la vision ou en tout cas de rendre l'intégration plus difficile dans l'équipe. Parce que quand tu dis aux gens « j'étais médecin et maintenant je suis infirmier », automatiquement les gens vont se demander ce qui se passe, intuitivement on ne sait plus comment t'approcher, par quel côté t'approcher. Tu es là, tu es infirmier, tu exerces comme eux et voilà. Mais une fois que tu fais sortir autre chose, ça change les données même si ça ne se dit pas mais ça change les données, il y en a qui vont prendre ça, je ne sais pas comment, donc non je ne le dis pas, je ne parle pas de ça, je suis seulement « je suis infirmier ». Mais la cadre tu es obligé de la mettre au courant, ça se voit sur le CV quand tu lui dis que tu as fait un an, elle va deviner. (...) ^[2]souvent ils te posent la question de quelle promotion... Quand tu ne dis pas les choses comme cela se doit à la cadre, il se peut qu'elle comprenne ça comme si tu étais quelqu'un de pas sincère. (...) ^[3][Sur le curriculum vitae] je mets mon parcours « aide-soignant », je mets ce que j'ai fait ici. (...) ^[4] c'est là souvent qu'on te pose des questions. Je sais que les cadres infirmier-ère-s en général distinguent un peu ce profil-là de médecin étranger formé comme infirmier, elles le perçoivent, elles savent qu'il y en a. Donc du coup il vaut mieux être sincère et dire son cursus. Parce que dans tous les cas, il se peut qu'un jour, elles le sachent et qu'elles n'apprécient pas ». (Mamadou, entretien Temps 2, P258-L14^[1], L25^[2], L30^[3] et L33^[4]).

Le « révélé/caché » reste une question sensible qui s'élabore différemment selon les actrice-s rencontré-e-s, les situations de travail, de stage ou d'embauche et le degré de maîtrise que l'on peut démontrer lors d'une pratique professionnelle. Il dit quelque chose du tiraillement identitaire qui persiste.

L'axe suivant va esquisser la question du genre pour Fathia, Nadia, Mohamed et Mamadou dans le rapport à l'emploi et au travail.

10.4 La question du genre dans le rapport à l'emploi et au travail

Si nous considérons, en nous appuyant sur S PAUGAM¹⁵⁵, que le rapport à l'emploi se traduit par une stabilité du poste ou une incertitude quant au risque de licenciement et que le rapport au travail s'illustre par une plus ou moins grande satisfaction éprouvée au travail, nous pouvons examiner la question du genre dans ces deux rapports pour les quatre diplômé-e-s.

10.4.1 Des hommes assez libres de leur temps et sans contraintes par rapport à l'emploi et au travail.

Mamadou a une fille de 9 ans dont s'occupe sa femme ; il voit sa fille de temps en temps une à deux fois par mois et le temps d'un repas. Dans ces conditions-là, la charge familiale est sur le plan de la disponibilité limitée. Il participe aux frais d'éducation de sa fille et il dispose de

¹⁵⁵ PAUGAM S.(2007), « Repenser la solidarité », PUF, , p379-384

son temps comme il l'entend. Il envisage de partir à Paris, l'éloignement d'avec sa femme et sa fille ne constitue pas une raison suffisante pour y renoncer.

Mohamed n'a pas d'enfant. Il s'est rapproché de sa mère et de la moitié de sa famille en habitant dans la même ville qu'eux/elles.

10.4.2 Des femmes au rôle familial traditionnel et contraintes par rapport à l'emploi et au travail.

10.4.2.1 Fathia et un rapport à l'emploi incertain.

Fathia a eu son quatrième enfant fin septembre, elle pense reprendre début mars. Mais elle ne reprendra le travail qu'à une condition : que son dernier enfant soit pris à la crèche et la crèche ne lui gardera l'enfant qu'à la condition qu'il y ait une promesse d'embauche. Son mari est actuellement au chômage, en fin de droit et va retenter cette année le concours d'entrée à l'IFSI. Fathia s'est toujours occupée des enfants et de la maison ; quand elle était en stage et travaillait douze heures d'affilée, elle préparait les enfants les jours de travail et son mari les accompagnait à l'école et allait les chercher au retour de l'école. Dès qu'elle était en repos, à nouveau elle reprenait à sa charge les tâches domestiques. La situation économique de la famille reste en équilibre tant que Fathia touche les indemnités journalières ; par contre à la fin du congé maternité, si elle ne travaille pas, leur situation va devenir précaire car l'admission en crèche est tributaire d'une promesse d'embauche. Fathia a contacté une EHPAD où elle avait travaillé en tant qu'aide-soignante et elle prévoit de contacter une association de soins à domicile près de chez elle. Elle privilégie la proximité géographique pour continuer à assurer les charges domestiques.

Fathia représente une figure d'assignation traditionnelle aux tâches domestiques de la femme hétérosexuelle. Il n'y a pas de remise en question en entretien de ce fait. Le système de la crèche donne la priorité aux parents qui travaillent, la recherche d'emploi se fait sous deux pressions, l'une géographique par rapport au domicile et liée aux conditions socio-économiques du couple (Fathia utilise les transports en commun), l'autre pression est familiale. Comment peuvent se rencontrer dans un temps partagé à la fois une promesse d'embauche, une disponibilité simultanée de la crèche et une proximité géographique de l'employeur-euse ?

^[1]« (...) voilà gérer les trois enfants, les accompagner à l'école, ils ne sont pas encore autonomes à 100%, il faut toujours être derrière eux. Mon mari n'a pas l'habitude et moi aussi j'ai toujours fait ça, j'ai continué: les lever le matin.(...) ^[2]Oui parce que j'étais à la maison, ce n'était pas pareil, pendant que je faisais mes stages, il était obligé, je me levais le matin, je les préparais, ils étaient prêts parce que je quittais le foyer vers 7h15 heureusement j'étais à la clinique S. pas loin de chez moi, je prenais le bus, en 10 mn j'étais à la clinique, je reprenais le service à 7h30 et les enfants je les réveillais plus tôt. (...)

^[3]Pour le moment, j'ai inscrit la petite à la crèche, maintenant ça a changé, il y a des critères, elle (la responsable de la crèche) m'a dit que je n'étais plus prioritaire: il faut une promesse d'embauche et il y a un système de notation: il y a des points pour chaque situation, ceux qui travaillent sont prioritaires par rapport aux autres. Et dès que j'ai la promesse d'embauche, il faut que je reprenne contact avec elle. (...)

^[4]J'ai déjà pris contact avec une maison de retraite pas loin de chez moi. Et il y a aussi une association de soins à domicile pas loin de chez moi. (...) ^[5]Oui car je ne dois être pas loin au cas où il y aurait un souci avec les enfants. Je reprendrai peut-être le travail à partir du mois de mars, j'ai le congé maternité jusqu'à mi-février. Comme c'est le 4ème enfant, j'ai droit à 4 mois de congé maternité. Et je reprendrai à

partir du mois de mars. » (Fathia, entretien Temps 2, P178-L32^[1] ; P179- L7^[2] ; P180- L2^[3], L8^[4] et L11^[5]).

10.4.2.2 Nadia et un rapport au travail contraint

Nadia a pris un poste à la clinique où elle travaillait avant comme aide-soignante, c'était un élément facilitant pour accéder à l'emploi. Elle, également, tient le rôle traditionnel de prise en charge des tâches domestiques mais on perçoit un agacement ressenti spécialement les jours de travail où en son absence la maison n'a pas la même tenue qu'en sa présence. Sa très forte contrainte réside dans l'obligation d'avoir à amener sa fille à l'école le matin car son mari travaille dans la sécurité et débute très tôt son poste. Elle peut faire appel à des personnes ressources comme sa voisine ou ses beaux-frères mais elle ne veut pas trop dépendre de ces personnes. Nadia se limite à des postes qui ne commencent pas trop tôt. Par-là elle se ferme à d'autres possibilités de travail. Néanmoins nous ignorons la politique de l'emploi du groupe de cliniques et d'autres éléments nous échappent de ce fait. Nadia est actuellement en CDD renouvelables selon une réglementation peu orthodoxe, c'est du « permanent temporaire journalier ». Il y a autant de contrats CDD signés que de jours travaillés d'affilée ! Et la gestion du temps de travail de Nadia a perdu de sa souplesse et de sa cohérence ; quand il y avait une personne qui centralisait les demandes et les disponibilités, la gestion pouvait être cohérente et personnalisée, maintenant ce poste n'existe plus et c'est chaque cadre demandeur-euse qui est l'interlocuteur-trice de Nadia sans vue d'ensemble et avec un lien social lâche. L'évolution de l'organisation sur ce point particulier révèle la non prise en compte et la non reconnaissance des personnes sur de tels postes.

Le poste que vise Nadia est un poste sur la journée 9h- 17h, sans weekend de travail, pour elle « l'idéal pour la vie de famille ». Mais ce poste présente des difficultés, sur le plan du travail, il est écartelé entre plusieurs missions dont celle de remplacer les collègues du service voisin de soins intensifs, il est peu reconnu du fait de ses compensations horaires et les personnes ne restent pas longtemps dans ce service. De plus il est retenu à moyen terme sur un poste de titulaire d'une infirmière particulière mais pour Nadia, ce serait un CDD stable sur ce poste en attendant la prise par l'infirmière titulaire.

^[1]« Le plus compliqué pour moi c'est de commencer tôt. Le problème c'est surtout d'amener ma fille à l'école le matin. (...) ^[2]Avant c'était une seule personne qui gérait tous les remplacements, maintenant ça a changé, cette personne est partie en remplacement d'une cadre dans un service, donc maintenant il faut appeler toutes les surveillantes si on a envie d'avoir des heures pour travailler, si on veut travailler plus. Et si je veux décaler juste un jour, j'appelle la surveillante responsable du service où je travaille. C'était plus simple avant quand il y avait une seule personne qui faisait votre planning. Et là c'est plusieurs personnes qui vous gèrent votre planning. Chaque cadre gère mon planning, et la cadre de garde est là pour changer les WE ou les jours fériés et qui vous appelle. (...) ^[3]elles travaillent toutes de la même façon, elles ne cherchent pas à comprendre si vous dites que vous ne pouvez pas faire tel ou tel jour, elles ne vont pas demander pourquoi, elles n'insistent pas. C'est chacun ses disponibilités. Elles savent très bien elles aussi qu'elles suppriment des jours alors qu'elles n'ont pas le droit, c'est pour ça elles ne disent rien aussi. (...) ^[4]C'est ponctuel, par exemple, la surveillante de médecine, elle me donne pour deux jours ou trois jours, je vais signer un contrat. Si je travaille par exemple 7 jours en médecine, si je ne les travaille pas d'affilée, c'est-à-dire je travaille 3 jours à part, je vais signer un contrat pour les trois jours et deux jours et je vais signer un contrat pour deux jours et si ces deux jours sont séparés eh bien je signe deux contrats différents. (...) ^[5]j'ai plein de papiers à la maison, c'est comme ça que ça marche. Si ce sont des jours successifs, on signe un contrat pour ces jours successifs et s'ils sont séparés,

cela va être des contrats séparés. (...) ^[6]Si ça marche pour ce poste car ils ont besoin de quelqu'un de très rapide. Je n'ai jamais essayé ce type de poste, c'est comme de l'ambulatoire, ce n'est pas exactement de l'ambulatoire, ce sont des hospitalisations très courtes donc ça tourne énormément, ils font beaucoup d'entrées. C'est pour prendre ce poste en fait. C'est un service de 30 lits d'urologie mais ils prennent d'autres spécialités aussi je crois, de la chirurgie esthétique par exemple. Ça tourne énormément, quand on a un peu de temps, il faut aider dans les soins intensifs mais on n'est pas vraiment dans les soins, par exemple, quand les infirmières des soins intensifs prennent leur pause, il faut aller la remplacer sur ses 45 minutes. Donc je ne sais pas ; il y a des personnes qui ont essayé qui m'ont dit que c'est dur, qu'on n'a pas vraiment sa place. Je vais essayer, je vais voir ce que ça va donner. (...) ^[7]c'est 9h-17h mais je ne suis pas sûre que le travail me plaise. Tous les jours 9h -17h et le vendredi on finit à 13h et on ne travaille pas samedi et dimanche, pour la vie de famille c'est intéressant mais après est-ce que ça va me plaire, je ne sais pas. » (Nadia, entretien Temps 2, P217-L5^[1] ; P213-L7^[2], L17^[3], et L24^[4] ; P219- L1^[5] et L8^[6] ; P220- L2^[7]).

Après cette analyse succincte de la question du genre dans le rapport à l'emploi et au travail, nous souhaitons terminer l'analyse thématique de ce temps 2 en évoquant le regard que portent les personnes sur leur parcours, regard empli de fierté, de satisfaction mais aussi de souffrance existentielle dans le rapport à soi et aux autres.

10.5 L'expérience de la migration

M BREVIGLIERI aborde « les trois économies impliquées par le déplacement migratoire¹⁵⁶ » pour décrire les états psychiques traversés dans le « partir/rester/revenir ». Il fait apparaître cette triade à l'instar de celle utilisée par M MAUSS dans son étude sur le don qui était « donner/recevoir/rendre ». La dynamique du processus et l'interdépendance des actes « partir/rester/revenir » font écho à l'expérience migratoire. Nous l'avions évoqué très rapidement précédemment, nous allons nous y arrêter un peu. L'auteur reprend les conséquences du déplacement migratoire sur l'état émotionnel et affectif du/de la migrant-e ; l'auteur fait figurer cette triade dans une triple économie du regret qui aide à supporter l'éloignement des sien-ne-s, de son pays, de son univers familial. La personne est dans un continuels processus de déplacements : spatial, symbolique, social ; le déplacement mental se fait en rapport avec l'attachement à ce qui été vécu en un lieu, en un temps avec les sien-ne-s et qui ne cessent d'évoluer, de se transformer depuis le départ de la personne ; la personne est partie dans un mouvement qui parfois lui a échappé et se retrouve entraînée dans des dynamiques de fuite, culpabilité, d'abandon. La personne s'installe, reste et cherche à tout prix à préserver un équilibre intérieur, ce que l'auteur appelle une *cohésion de soi*.

« Tout déplacement prenant l'envergure d'une migration rappelle le lieu de constitution réciproque entre une intériorité psychique et un espace parcouru (BINSWANGER, 1998), et il place au cœur de l'espace existentiel le problème de l'orientation depuis lequel migrer pose les questions du vers-où et du pour-

¹⁵⁶ BREVIGLIERI M., "De la cohésion de vie du migrant: déplacement migratoire et orientation existentielle », Revue européenne des migrations internationales [en ligne], vol.26- n°2 | 2010, mis en ligne le 01 septembre 2013, URL : <http://remi.revues.org/5137> ;DOI : 10.4000/remi.5137 , p69, consulté le 5/03/2015.

quoi de l'existence. Il y a en jeu une capacité à gérer dans le déplacement le bien fondamental à l'échelle de la personne que représente la cohésion de soi.¹⁵⁷ »

La cohésion de soi se construit dans le regard que l'on pose sur son parcours et que l'on peut mettre en mots dans un récit de vie. Le regard se nourrit de la réflexivité liée aux déplacements, à l'éloignement du familial, des siens, aux attentes des débuts, à la confrontation à la réalité et à l'adaptation à celle-ci ; mais aussi aux multiples présences/absences de soi et des autres ici, là-bas, et dans l'espace intime. C'est dans la relation à l'autre, aux autres que se construisent et se transforment ce regard sur son parcours, le sens de cette expérience de la migration. C'est aussi ce qu'on retire des acquis en termes de savoirs, de diplômes, d'intégration professionnelle qui se traduisent par de la fierté ressentie à avoir surmonté des obstacles et abouti à quelque chose de tangible. Mais c'est également l'écart éprouvé entre son vécu et les représentations qu'en gardent les sien-ne-s demeuré-e-s au pays. Il semble que l'expérience n'est pas communicable. Enfin la désespérance qui peut envahir le/la migrant-e particulièrement les premiers temps d'arrivée dans le pays d'accueil sera particulièrement développée par Mamadou.

10.5.1 Fatiha, « Dans mon entourage (...) je ne soigne pas, j'oriente, j'explique toujours. »

L'essentiel pour la mère de Fathia est que sa fille travaille dans le milieu de soin qu'importe le statut. Pour sa famille, Fathia est médecin et à ce titre elle a un rôle de conseil pour les médicaments par exemple. Parfois ce rôle de conseil peut se transformer en un rôle d'intermédiaire en santé comme l'illustre son action auprès de sa mère lors du problème de santé de son père. A distance, elle a insisté, orienté, soutenu sa mère, sauvé son père et même fait parvenir par son mari du matériel orthopédique pour son père. Mais elle ne va jamais au-delà, elle ne va pas se substituer au médecin traitant. Par contre elle exécute des soins infirmiers comme les injections ou les prélèvements sanguins.

^[1] « (...) pour eux je suis médecin parce qu'ils me posent la question quand ils prennent les médicaments, "est-ce que je peux prendre ça? J'ai ça, qu'est-ce que je dois prendre?". Mais l'exercice professionnel, non, ils ne m'ont rien dit, l'essentiel pour eux c'est que je travaille. Ma mère me dit "il faut que tu travailles, tu n'as pas fait des études pour rester à la maison". Mais travailler en tant que médecin ou en tant qu'infirmier, non l'essentiel est que je soigne, pour elle c'est soigner. (...) ^[2]elle ne m'a jamais dit "pourquoi tu as fait aide-soignante? «Parce que pour elle, elle me dit "tu travailles?", je dis "oui auprès des personnes âgées", elle me dit "ah c'est bien". Déjà pour elle travailler auprès de personnes âgées, c'est bien, pare que pour nous la personne âgée a une certaine valeur, les grands parents et tout. Elle ne m'a jamais posé la question : pourquoi je fais ça? Pour elle je travaille, je soigne. Elle sait que j'ai travaillé en tant qu'aide-soignante et maintenant elle sait que j'ai le diplôme d'infirmière. C'est différent car quand j'étais aide-soignante, je lui disais que je ne faisais que les soins d'hygiène, que je n'avais pas le droit de faire les piqûres, ma mère le savait. (...) ^[3]Mais avant elle savait que je ne pouvais pas faire les piqûres et maintenant elle sait que je peux faire les piqûres et pour elle c'est une continuité. Elle n'a pas posé la question de pourquoi je n'ai pas fait ça, non elle ne m'a jamais rien dit. Elle m'a toujours encouragée. (...) ^[4]Par exemple, dernièrement mon père est tombé, il a eu une fracture au niveau du massif trochantérien, au niveau du fémur et quand ils l'ont amené à l'hôpital, ils ont dit qu'ils allaient l'opérer. Mon père a 74 ans, pour ma mère" opérer à 74 ans" elle a dit "non, ce n'est pas la peine, on va le garder comme ça, on le soigne". J'ai dit "maman, il faut qu'il soit opéré sinon il va être alité, il va

¹⁵⁷ Ibid. P65

avoir des escarres", elle me dit "non, avec le temps, peut-être ça va rentrer dans l'ordre." Il fallait que je lui explique. Et au bout de dix jours, cela a pris 10 jours pour accepter par téléphone, elle a fini par accepter. Déjà il a commencé à faire une escarre au niveau du sacrum. Et après il a été en clinique, il a été opéré. Après quand elle a vu la radio elle a dit « on voit un morceau de fer », je lui ai dit « c'est normal, il a une broche à l'intérieur ». Et quand il a remarqué, elle m'a dit « tu avais raison ». Dans mon entourage, ils me posent des questions d'ordre médical mais je ne soigne pas, j'oriente, j'explique toujours. Les médecins là-bas qu'elle a vus ne lui ont pas bien expliqué. Pour eux c'est une personne âgée, 74 ans, si on l'opère elle va peut-être partir mais connaissant mon père qui n'a pas de problème cardiaque, j'ai dit à ma mère de l'emmener chez le cardiologue.(...) il marche, je lui ai envoyé un déambulateur et il se déplace pour aller aux toilettes. Mon mari est reparti au mois d'octobre et il lui a apporté le déambulateur. L'escarre est guérie. Ils me demandent mon avis mais je n'exerce pas. (...) ^[5]Quand j'y vais, je prends la tension artérielle de tout le monde, je fais aussi les glycémies, les injections de ceux qui sont sous antibiotiques ; souvent ils prennent mon avis sinon ce sont leurs médecins qui décident, mon père je l'accompagne chez le médecin, je préfère car comme on dit « on n'est pas objectif », il y a l'affectif quand on soigne son entourage. (Fathia, entretien Temps 2, P187-L14^[1], L21^[2], et L30^[3] ; P188- L5^[4] et L27^[5]).

10.5.2 Mohamed, « Il fallait persister, rester concentré. »

Mohamed est satisfait de ce que lui apporte le métier d'infirmier ; il lui offre une stabilité professionnelle qui ouvre davantage de perspectives qu'aide-soignant notamment pour le logement, les formations. Il va pouvoir travailler dans différents endroits. Sa détermination à poursuivre dans cette voie même s'il a fait autre chose avant, lui a permis d'avoir un objectif et de s'y tenir. Mohamed présente l'allure de quelqu'un d'assuré sur ses positions et qui se rend disponible à ce que lui propose la profession d'infirmier-ère, quelqu'un qui s'est réconcilié avec lui-même.

^[1]« (...) mais pour moi à l'intérieur de moi j'ai fait le choix de faire infirmier et je fais tout pour être infirmier, j'essaie d'être dans mon domaine infirmier, moi mon choix est clair et net.(...) ^[2]Pour l'instant, il est en « standby » [le projet médical], je n'y pense même pas parce que je vois qu'il me manque beaucoup de choses dans le métier infirmier, je commence, j'ai beaucoup de choses à apprendre, je peux évoluer dans ce métier, je suis content de ce métier, vraiment je suis content et pourquoi ne pas continuer ?(...) ^[3]Je suis très content d'avoir fait cette formation [la formation infirmière]. Quand on a un CDI, un emploi, on a plus de portes qui s'ouvrent qu'avant. Par exemple, dans la vie quotidienne, si on veut louer un appartement pas de problème, même pour les formations, ça aide, je travaille comme infirmier, j'ai le droit de faire des formations, on est plus accepté. Par exemple, avant je voulais faire la formation de capacité en gériatrie et j'ai passé l'examen, je l'ai eu mais comme je ne travaillais pas, le responsable de la formation m'a dit « vous ne travaillez pas, je préfère donner la place à quelqu'un qui travaille déjà en gériatrie, trouvez un poste d'infirmier en gériatrie et là je vous accepte ». Vous voyez, ça c'est une opportunité qui s'ouvre à nous en tant qu'infirmier. (...) ^[4]Il fallait persister, rester concentré. (...) ^[5]On est satisfait, on trouve une récompense à notre parcours. » (Mohamed, entretien Temps 2, P231-L18^[1] et L24^[2] ; P236- L5^[3] ; P241- L22^[4] ; P242- L1^[5]).

10.5.3 Hanja, « je vais devoir me sacrifier encore »

Hanja vit très mal les échecs répétés des stages qui lui barrent pour l'instant l'accès au diplôme infirmier. Elle et sa famille ont tout laissé en partant de Madagascar où ils étaient propriétaires et avaient une situation socioprofessionnelle enviable. C'est aussi dans le groupe celle qui a le plus clairement verbalisé le racisme qu'elle a subi autant lors de l'exercice aide-soignant qu'en stage infirmier. Nonobstant rester en France lui permet d'aider sa famille restée à Madagascar. Rester en France permet de stabiliser sa famille ici ; rester en France

indique sa détermination à ne pas se laisser abattre par les échecs. Mais la tentation du retour s'est ravivée aux moments les plus tendus.

^[1]« (...) après les stages hospitaliers en France, j'ai voulu rentrer, c'était très dur, on n'est pas bien accueillie, on ne fait que nous critiquer même si j'ai travaillé dur du matin jusqu'à la fin de la journée, je n'ai même pas pris ma pause, on ne fait que me critiquer et j'ai tellement voulu rentrer !(...) ^[2]comme il y a mon mari qui travaille, les enfants aussi sont installés, je vais devoir me sacrifier encore mais si ça ne passe pas encore en février, peut-être que je ne referai plus, peut-être que je vais chercher un autre travail. Mais c'est très décevant quand même, j'ai perdu toutes mes études de niveau médical. » (Hanja, entretien Temps 2, P195-L9^[1] et L15^[2]).

10.5.4 Nadia, « Ils ne comprennent pas que c'est difficile en France. »

C'est hors micro que Nadia s'est confiée sur ce que pensait sa famille de son parcours et sur ses sentiments à elle. Nous l'avons ensuite noté de mémoire. Nadia m'assure du soutien indéfectible de sa mère différent de celui de son père, en parlant de sa mère, elle dit « *si je suis satisfaite, pour elle c'est le plus important* ». Par contre la fierté de son père s'origine dans le fait que sa fille est médecin. Elle ne lui parle pas de son travail d'infirmière car le statut d'infirmier-ère en Algérie est peu considéré. Et elle perçoit l'écart entre la réalité qu'elle vit en France et comment cela est perçu en Algérie.

^[1]« Ils ne comprennent pas que c'est difficile en France (...) ^[2]ils [ses frères] comprennent mieux que mon père mais après ils ne se rendent pas compte de tout, ils n'ont pas vécu ici ».

Son soutien par rapport à la réalité vécue ici vient de son mari.

^[3]« Mon mari s'est rendu compte de l'importance des efforts, des difficultés et de la grande responsabilité des infirmières. Le premier jour, il a vu que j'étais stressée, il appréhendait comme moi. »

Elle termine en disant ^[4]« Je suis épanouie de ce que je fais, infirmière : c'est un grand pas que j'ai fait, c'est beaucoup de satisfaction » En même temps, l'éloignement de sa famille lui pèse et influe jusqu'à son projet d'agrandir sa famille : « J'ai envie d'un deuxième enfant mais il n'y a pas ma famille autour de moi » (Nadia, hors micro, fin d'entretien Temps 2, P227-L19^[1], L24^[2], L21^[3] et L20^[4]).

10.5.5 Mamadou, « (...) si on n'est pas très fort dans sa tête on est perdu ».

C'est Mamadou qui va le plus développer sur cette thématique de mal-être existentiel. L'analyse que nous en retirons s'organise autour de cinq axes ; le premier met en avant la période de détresse à l'arrivée en France qui dure environ deux mois et durant laquelle, l'absence de repères et le dépaysement complet fragilisent énormément l'individu, à ce moment-là les rencontres sont cruciales pour soutenir la personne physiquement et psychologiquement ; cela va de lui offrir un toit au partage de moments d'échanges, de repas, de convivialité. La question de la dette contractée vis-à-vis de ceux resté-e-s au pays se pose également. C'est une dette matérielle mais qui représente symboliquement l'engagement de ceux/celles resté-e-s et l'attente d'un retour vis-à-vis de celui/celle qui est parti-e. Il n'aura de cesse, à peine arrivé, de renvoyer l'argent prêté en y touchant le moins possible et en travaillant rapidement comme aide-soignant.

10.5.5.1 L'envie de repartir parce qu'on est perdu.

« Mais dès que tu viens, dès que tu descends à Charles De Gaulle là-bas, dès que tu descends de l'avion, tu te rends compte de suite que ce n'est pas le rêve que tu pensais, les premières semaines tu as envie de repartir, les premières semaines je me suis dit « il faut que je rentre chez moi, je vais rentrer quitte à ne rien avoir, je ne veux pas rester, je vais repartir ». Il a fallu deux mois pour me calmer, je voulais partir, mon passeport je ne le voulais plus, je voulais seulement partir chez moi. Heureusement il y avait cette sœur à moi qui était à Lille là-bas, si elle n'avait pas été là, je vous assure que je serais pas en France aujourd'hui, je serais retourné parce que j'étais perdu, je ne savais pas ce que je faisais, d'abord le mal du pays te coupe de tout, tu es dans une autre façon de vivre « enfermé », chez nous, on ne ferme jamais les portes, tu entres partout, chez le voisin et ici dès que tu rentres chez toi, tu fermes, ça déjà le silence, c'est la solitude, ça m'avait tué dès le début, je ne voulais pas vivre comme ça, je ne me reconnais pas là, je ne me trouve pas et puis je me suis dit « je ne peux pas vivre longtemps en dehors de ma fille et de ma femme, je ne peux pas, non il faut que je parte ». Pourtant j'avais dépensé énormément d'argent pour venir, j'ai heureusement eu mon visa facilement mais il y avait de l'argent à mettre sur mon compte, environ 7000 euros sans compter le transport par-ci par-là, c'est énorme chez nous mais quand je suis venu, j'ai dit « non je préfère perdre tout ça mais il faut que je parte » (Mamadou, entretien Temps 2, P261-L8).

Le deuxième axe témoigne de la recherche permanente de preuves, de justifications de son séjour ici pour pouvoir vivre matériellement et pouvoir renouveler son titre de séjour. C'est un combat de tous les jours. Dans le cas de Mamadou, il s'agissait de constituer un capital de diplômes universitaires légitimant le titre de séjour « étudiant », de donner la preuve de son existence avec le travail fourni même si avec le temps et les bifurcations biographiques, ces diplômes sont vains. Il va également travailler comme aide-soignant pour assurer sa subsistance. Le cas de Mamadou est surprenant d'énergie déployée à maintenir plusieurs registres d'engagements simultanément.

10.5.5.2 « (...) chacun se bat comme il peut, et on ne sait jamais jusqu'où on va aller mais chacun se bat ».

^[1] *« (...) chacun se bat comme il peut, et on ne sait jamais jusqu'où on va aller mais chacun se bat. Chacun essaie de se trouver un chemin, nous tous-là, la plupart d'entre nous a au moins pris quatre diplômes mais après ça te devient de simples papiers, tu les plies, tu les mets quelque part et avec le temps qui passe, ce que tu avais appris par rapport à ces diplômes-là, ça finit par... Parce que moi, les quatre diplômes que j'ai pris ici, c'est de la maternité, ça n'a rien à voir avec la gériatrie. Tu es obligé de couper court avec ça, c'est comme si tu oublies ça et tu repars sur autre chose. (...) ^[2] Oui parce que, vu que j'ai beaucoup appris-là, chez moi, en Chine donc je me suis dit « il faut prendre tout ce qu'il y a à prendre ». Les gens me disent « pourquoi tu veux encore des diplômes ? » Les gens ne voient que le côté pécuniaire, l'argent mais ils oublient qu'à côté il y a tout un ensemble de choses : il y a la réglementation, la loi, donc du coup il faut prendre ça en compte, il faut intégrer, ne pas voir que l'argent mais voir la qualité et la sécurité. Comme ça au moins tu en es fier quand tu es dans un service ; de l'argent je sais que je ne vais pas en avoir mais que les gens soient fiers de moi, c'est important pour moi. » (Mamadou, entretien Temps 2 P253- L14^[1] et L23^[2]).*

Le troisième axe a trait au sentiment de solitude. Mamadou se sent seul ici à Toulouse ; il souhaite rejoindre ses connaissances à Paris d'autant plus qu'il a contribué à créer une association dont le siège est à Paris. Mais Mamadou regrette la vie en couple. Il argumente l'intérêt de reprendre la vie en couple avec son ex-femme ; le couple partage le fait d'avoir un enfant, le fait d'appartenir à la même communauté d'origine et par là de se comprendre à un

autre niveau que les autres ; le fait d'être plus fort à deux face aux charges matérielles de l'existence.

10.5.5.3 « (...) ça commence à me peser lourd, déjà d'être tout seul(...) »

^[1] « Maintenant je suis dans une phase d'organisation de ma vie, je me demande bien « est-ce que je vais rester à Toulouse ou je vais remonter sur Paris dans la mesure où j'ai plein de connaissances, je serai moins isolé, ça me ferait du bien ». (...) ^[2] C'est une question à laquelle j'ai longuement réfléchi mais à un moment donné je n'ai pas d'autre choix que de faire avec. Je sais que ça va poser un souci pour moi et pour elle qui est assez douloureux mais si je reste ici aussi sans voir comment me reconstruire, déjà ça commence à me peser lourd, déjà d'être tout seul, tu payes tout seul, il y a des mois où il y a des difficultés de paiement alors avant que le pire ne soit là, il vaut mieux se détacher de ça pendant un temps, après les choses vont se faire. Je n'ai pas le choix que de faire ça. Car tant que je vais rester ici, je serai attaché, je ne pars pas. (...) ^[3] Ce n'est pas facile dans la mesure où on est, si on ne fait pas attention on est perdu, si on n'est pas très fort dans sa tête on est perdu, entre le fait de faire face à des charges sur le plan financier c'est déjà beaucoup, j'ai une famille au pays, certains attendent de moi chaque fin de mois quelque chose et entre ces deux lignes, tu te cherches un chemin, ça devient lourd à un moment donné. La seule façon de s'en sortir, si tu as la chance de trouver une compagne avec qui tu fais les choses, qui est là pour te supporter sur le plan moral avec qui tu peux t'entraider sur le plan financier. Tu finiras quel que soit ta volonté par ne pas y arriver. Et surtout quand tu as des gosses à qui tu voudrais donner un avenir, un monde meilleur, tu fais venir ta femme et ta fille et ta femme s'en va. Tout ça ce sont des coups et il faut être solide. Peut-être que vous, vous ne connaissez pas la situation globale des émigrés. Ce n'est pas facile quand on est émigré, ce n'est pas facile même pour les français parce que le marché de l'emploi ce n'est pas facile. Après quand on est émigré, on est confronté à plein de choses : comment s'intégrer ? Comment gérer sa famille ? Il y a plein de choses dedans qui ne sont pas faciles à faire tenir. Je sais que ça n'a pas été facile les cinq ans que j'ai faits ici. » (Mamadou, entretien Temps 2, P249-L4^[1] et L30^[2] ; P252-L27^[3]).

Le quatrième axe relève du rapport trouble et parfois mensonger qu'entretient le/la migrant-e vis-à-vis des sien-ne-s.. Nous l'avions évoqué plus haut lors des retrouvailles joyeuses de la sœur aînée de Leila l'été. Et nous avons cité A SAYAD qui parle du « mensonge » du migrant faisant croire au pays à sa réussite là-bas. Mamadou livre plusieurs éléments : la France est un rêve, ce rêve est entretenu par les migrant-e-s, quand les migrant-e-s arrivent en France, ils/elles se rendent compte de l'inanité du rêve et traversent une période de détresse majeure mais rien ne filtre dans le pays d'origine. Comment faire changer cela ? Comment prévenir les futur-e-s migrant-e-s ? Comment amortir le choc ressenti en France ? Voilà les préoccupations de Mamadou.

Pouvons-nous lier ces éléments à la dynamique de la « dette contractée dans la rupture du départ¹⁵⁸ » ? Le /la migrant-e contracte en quittant le pays une dette symbolique qui s'ancre dans le fait même du déplacement et qui lie indissociablement le/la migrant-e à son pays d'origine et aux sien-ne-s. Comment vivre avec cette dette ? Quel espoir porte-t-elle en elle qui a pu décider la personne à franchir les frontières ? Comment assimiler une telle déception ?

« Car l'asymétrie de position, faisant qu'un même phénomène se présente, pour celui qui part et celui qui reste, sous des angles inévitablement distincts, suppose des modalités actives et passives de vivre la

¹⁵⁸ Ibid p71

séparation qui n'ont que peu de choses à voir entre elles et qui, probablement, ne convergeront jamais et pourront produire de l'équivoque aux retrouvailles¹⁵⁹ ».

L'ambiguïté ainsi entretenue ne permet-elle pas de rendre soutenable les épreuves de l'exil ?

En collaborant à la création d'une association de guinéens, Mamadou propose de participer à plusieurs actions : témoigner de son expérience dans son pays en accordant à celle-ci une valeur informative et de prise conscience, dire « la vérité » sur certaines situations familiales afin de diminuer la pression économique sur le/la migrant-e vis-à-vis du pays d'origine. Mamadou raconte la honte qui assaille les migrant-e-s entre eux/elles quand ils/elles se croisent dans des circonstances qui les atteints dans leur dignité sociale.

10.5.5.4 « (...) il ne dit jamais la vérité, on pense que c'est quelqu'un qui a tout ici alors que ce n'est pas le cas. »

^[1] « Parce que moi, quand je suis arrivé ici, je me dis « on doit faire quelque chose », on a eu de la chance de venir ici en France, d'être confronté à tout ça, on a un grand rôle à jouer, on pourrait former une association pour expliquer à nos compatriotes qui sont au pays, qui rêvent, parce que c'est un rêve, parce que ceux qui sont au pays pensent que nous qui sommes là « on est au paradis » mais souvent je trouve dans le métro des qui ont abandonné des études d'ingénieurs, qui sont vigiles. J'ai un ami avec qui j'ai fait la fac, mais lui a fait la médecine dentaire donc eux ils n'ont pas cette même chance que nous, ils ne peuvent pas être aide soignants, ils ne peuvent pas être infirmiers. Un jour je quittais mon boulot à six heures, il est toujours à Paul Sabatier ici, il suit ses cours, il a fait plein de choses, il est même au campus ; je l'ai vu à 6 heures du matin quand je quittais le boulot, il était éboueur ! Vous voyez ! Je l'ai vu à distance, on s'est vu, on s'est fui, personne ne voulait qu'on vive ça, moi je ne voulais pas qu'il sache que je l'ai vu, lui non plus donc j'ai contourné sur un autre chemin qui n'avait rien à voir avec mon chemin mais j'ai continué, ce jour-là j'étais complètement à terre. On n'en a jamais parlé de ça. Et ça a créé une certaine distance qui s'est installée entre nous lui, je ne sais pas si c'est une honte, lui il pense qu'il a honte de moi et moi que j'ai honte de lui et pourtant on s'est assis sur les mêmes bancs d'université ; donc je me suis dit qu'il faut que l'on fasse une association, que l'on aille expliquer à nos compatriotes, que ce n'est pas ce qu'ils pensent, qu'il faut oser leur dire la vérité, parce qu'ils ne savent pas la vérité même nous ne savions pas cette vérité-là. On ne savait pas que la vie n'était pas si facile que ça, parce que ce n'est pas ce qu'on nous montre dans les médias, à la télé. On ne connaît pas ça, pour nous quand tu viens, c'est que tout va bien mais il faut aller expliquer parce qu'il n'y a pas quelqu'un qui ose leur dire, quand quelqu'un quitte ici pour aller chez nous il se bat pour acheter une belle voiture, il se bat pour avoir des habits à porter alors quand tu vas au pays, il parait bien, il ne dit jamais la vérité, on pense que c'est quelqu'un qui a tout ici alors que ce n'est pas le cas. Alors il faut oser aller dire la vérité, leur dire ce que tu es toi, leur dire ton parcours pour ne pas avoir honte, « si vous pensez que c'est comme ça, moi j'ai été en France, voici la vie que j'ai menée, voici le parcours que j'ai fait », leur dire, peut-être que ça va les conscientiser un peu et même si ça ne les freine pas mais quand même ça va leur dire quelque chose ou en tout cas, ça va leur permettre de se préparer et de savoir à quoi tu peux te confronter quand tu viens. Parce que nous n'avons pas eu cette chance d'être informé, de nous dire la vérité. Chacun se bat ici, à construire une petite maison chez nous là-bas, alors tout le monde dit qu'il a réussi mais au prix de quoi et après combien d'années, au prix de quoi ? C'est que la plupart du temps, je ne sais pas si vous le constatez, ce sont des gens qui ne vivent pas ici, c'est-à-dire qu'ils vivent dans un cadre très serré, ils ne dépensent rien ici, ils se privent de tout pour pouvoir faire quelque chose pour les leurs au pays. Mais pendant ce temps, les enfants ne sont pas entretenus, ils ne peuvent rien faire du tout. C'est souvent ces gamins qui vont vers l'échec, qui deviennent des voyous, des bandits. Il faut le dire ça, ce n'est pas une honte de dire la vérité en prenant exemple sur soi, moi je suis prêt à dire à n'importe qui par où je suis passé « maintenant à toi de voir, est ce que tu penses que ça te

¹⁵⁹ Ibid. p71

conviendrait ça ? » Je connais même des camarades qui empruntent parfois la mer en allant vers le Maroc, qui sont morts dedans. « Si tu savais, tu ne serais pas passé là ! » Mais parce que les gens ne savent pas, je comprends que les gens sont perdus au pays parce que beaucoup n'ont pas d'emploi, n'ont pas à manger, ils sont perdus. Mais la solution n'est pas non plus de fuir, de venir ici. Mais les gens ne savent pas. (...) ^[2]Nous avons créé une association des guinéens, c'est le tout début, on accueille pendant les fêtes de fin d'année, on s'est dit « on a beaucoup de choses à faire pour aider ceux qui viennent, les nouveaux venus ». Il faut les aider pour qu'ils n'aient pas ce mal qu'on a eu, les accompagner et leur montrer par où passer pour que le mal soit moindre pendant cette période de deux mois.(...) ^[3]Je vais m'engager dans cette association, il faut faire quelque chose, je sais que ça ne va pas empêcher les gens de fuir le pays ou d'emprunter la mer pour aller mourir, il y en a tous les jours qui meurent. Ça ne va pas empêcher ça mais au moins ça va porter parce que les gens seront informés. On ne vous montre jamais le parcours d'un émigré en France ou en Belgique ou ailleurs, vous êtes toujours dans le rêve, c'est quand vous posez les pieds que vous vous rendez compte que ce n'était pas ce que vous croyiez. Vous savez : c'est la pauvreté, la pauvreté y est pour beaucoup. Etant donné que les gens sont pauvres dans nos pays, ils n'ont aucun espoir, ils se disent « autant que je me batte à y aller même si je devais mourir, au moins si j'y arrive... que de rester là, je ne peux rien faire ».(...) ^[4]Parce que je sais ce que c'est quand je suis parti à Lille puis Marseille, tu es tiraillé entre beaucoup de choses, il faut tenir entre le coût de la vie, il te faut un toit, il te faut te nourrir, il te faut t'habiller, ça ce n'est pas évident donc il faut absolument un emploi, et souvent tu te demandes « quel emploi tu vas faire ? », nous on a la chance mais d'autres ne sont pas médecins, qu'est-ce que tu vas faire ? Tu ne trouves pas d'emploi, ou c'est la plonge, c'est la restauration, je connais beaucoup qui étaient ingénieurs et qui sont maintenant dans la plonge, qui sont dans la restauration, pourvu que tu puisses trouver sinon comment tu vas faire ? »(Mamadou, entretien Temps 2, P260-L4^[1] ; P261 L32^[2] ; P262- L20^[3] et L36^[4]).

Mamadou interprète son expérience de la migration avec une richesse narrative qui traduit une réflexivité et une prise de recul sur son parcours. En endossant ce rôle médiatique de témoin porteur de « la vérité de la migration » auprès de ses sien-ne-s, Mamadou s'engage activement ; si le/la migrant-e a parfois le sentiment d'être ballotté-e d'un lieu à un autre ou que les évènements lui échappent, alors tenter de maîtriser d'une certaine manière la migration peut être considéré comme une sorte de revanche, une façon de récupérer du pouvoir d'agir.

Le cinquième axe évoque la question épineuse du retour. Mamadou a, en Guinée, une partie de sa famille dont sa mère. Il est revenu dans son pays avant de finir sa formation et n'a pas trouvé de raison suffisante pour y retourner maintenant. Il estime qu'un retour est assuré si l'on part avec suffisamment de moyens pécuniaires en l'absence de réseau politique. Que se passe-t-il dans ces rapports d'évaluation réciproque entre un pays d'origine critiqué car il ne valorise pas d'emblée les diplômes importés et un-e migrant-e qui se reconnaît digne de ne revenir qu'à certaines conditions ? Sentiment d'ingratitude et/ou besoin de reconnaissance qui saisissent le/la migrant-e dans la question du « rester/revenir¹⁶⁰ ». Et pour se décider, Mamadou attend un appel du pays d'origine qui l'encouragerait à rentrer. Les choses s'inversent, ce n'est pas lui qui n'est pas prêt à revenir, c'est le pays qui n'est pas prêt à le recevoir. C'est une manière de négocier avec soi et les autres cette délicate question du « rester/revenir ».

¹⁶⁰ Ibid. p72

10.5.5.5 « (...) il se peut que dans quelques années les choses changent, (...) et quand les choses changeront, je ne doute pas, je partirai. »

^[1]« (...) clairement mon pays ne m'offre pas cette chance, c'est une situation qui est là pour l'ensemble des pays africains c'est-à-dire que je ne sais pas quand est-ce que ça va finir parce que quel que soit les diplômes, les compétences et autres que tu vas acquérir ici, une fois que tu rentres chez toi ça n'a aucune valeur c'est-à-dire tu as du mal à le valoriser, il faut que tu aies un oncle quelque part dans le gouvernement, en tout cas il faut qu'il y ait quelqu'un qui te coache sinon tu perds ta vie, c'est comme si tu n'as rien fait. Ca n'encourage pas quelqu'un à partir dans les pays. Quand tu prends aussi le côté de ton salaire, tu vois « je suis médecin mais mon salaire dans mon pays ne vaut même pas grand-chose c'est-à-dire 300 euros », tu sais que ton avenir c'est quelque chose qui est incertain. Tout le monde fuit, tout le monde quitte le pays. (...) ^[2]Je le dis comme ça aujourd'hui, il se peut que dans quelques années les choses changent, que les conditions de vie changent et quand les choses changeront, je ne doute pas, je partirai. (...) ^[3]même si je quitte aujourd'hui ici, je rentre en Guinée, je reprendrai mon poste demain matin, ça c'est clair. Mais tu te dis « oui si moi j'ai eu la chance de faire ça et ça en France, normalement je devrai avancer un peu par rapport à ça ». Mais on ne va pas tenir compte de tes compétences, de tes diplômes ici, il n'y a pas de critères, c'est dans ce cadre-là. (...) ^[4]il faut des moyens et donc moi je me suis dit « en travaillant ici pendant quelques années, quand tu peux économiser un certain montant, un jour tu vas partir, tu vas construire et tu vas faire, tu ne dépends pas du tout du gouvernement, c'est encore plus facile pour toi. Mais quand tu n'as pas d'argent, tu ne peux rien faire ». (Mamadou, entretien Temps 2 P250-L32^[1] ; P251- L27^[2] et L31^[3] ; P252- L1^[4]).

Nous avons terminé l'analyse de ce temps 2. Si nous reprenons l'hypothèse à l'issue du temps 1 et fil conducteur du temps 2, que pouvons-nous en dire ?

10.6 Synthèse du temps 2

L'hypothèse qui s'est exprimée à l'issue du temps 1 était la suivante : l'obtention du DEI apporterait une reconnaissance symbolique à ces médecins. Celle-ci se déclinerait de différentes façons par exemple dans l'obtention d'une meilleure situation économique et sociale et d'une position hiérarchique davantage en adéquation avec la position médicale antérieure qui transmettrait un sentiment d'efficacité personnelle restaurateur de la dignité écornée lors du déclassement social dans l'exercice aide-soignant.

En ce qui concerne la reconnaissance symbolique apportée par le DEI, nous pouvons dire que Fathia, Nadia, Mohamed et Mamadou sont satisfait-e-s de leur parcours professionnel. Ils/elles travaillent leur positionnement professionnel de façon à exercer de manière coopérante avec les aides soignant-e-s, ce qui leur assure une intégration plus aisée dans les équipes. Mohamed et Mamadou intègrent la posture de responsable d'équipe ce qui les rapproche de la position haute du médecin. L'exercice infirmier leur ouvre des perspectives professionnelles variées et évolutives. Ils/elles sont prêt-e-s à jouer le jeu de la spécialité ou de formations complémentaires. Cet ensemble résonne avec l'hypothèse émise au temps 1. Par contre la situation professionnelle d'Hanja est encore incertaine quant à son issue. Les professionnel-le-s de notre étude sont porteur-e-s de plusieurs cultures professionnelles qui coexistent parfois avec tension, ce que traduit la dynamique du « révélé/caché ».

Enfin, dans ce temps 2 nous avons élargi notre appréhension de l'expérience migratoire en nous arrêtant un moment sur la triade « partir/rester/revenir » étudiée par M BREVIGLIERI.

L'opportunité d'approfondir l'étude de l'expérience migratoire s'est trouvée à la fin d'un cycle de formation et au début d'une réorientation professionnelle. Nous avons particulièrement enrichi notre savoir à ce sujet et c'est l'intérêt de ce travail que de l'avoir fait afin de nous servir d'appui dans le dispositif de formation déployé auprès de ces candidat-e-s. Nous allons à présent dérouler ce dispositif et faire ressortir les différentes dimensions nationale, régionale et locale. Ce sera un des éléments du rapport de stage que nous allons maintenant évoquer.

11 Le rapport de stage

Dans ce rapport, nous rappellerons dans un premier temps le dispositif de formation spécifique aux médecins non européens candidat-e-s au DEI. Nous en préciserons les modalités nationales, régionales et locales au niveau des IFSI. Et nous dégagerons les axes de travail que sous-tend la mise en place d'un tel dispositif au sein de l'IFSI. Enfin nous exprimerons des propositions d'ajustement de ce dispositif. Mais avant nous allons présenter les modalités du stage.

11.1 Les modalités du stage

Le stage s'est déroulé sur le lieu d'exercice professionnel habituel de fin février à fin mai 2015. Les missions du stage étaient de deux ordres ; le premier d'évaluer le dispositif mis en place depuis un an ; le deuxième de renforcer auprès de la collègue référente du dispositif l'accompagnement pédagogique notamment en stage de ces médecins étudiant-e-s en soins infirmiers. La tutrice du stage est la directrice de l'IFSI ; les temps de mise au point sont à notre demande et nous avons apprécié la disponibilité de la direction à répondre à nos sollicitations. Nous avons échangé avec notre collègue sur l'état des lieux ; nous avons, pour la majorité des stages, contacté conjointement les maîtres de stage puis affecté à tour de rôle des enseignements cliniques fréquents de ces étudiant-e-s en stage. A chaque fois nous avons fait des comptes rendus écrits de ces visites en stage, partagés oralement et parfois par écrit avec les professionnel-le-s du terrain. Nous nous sommes concertées sur les guidances des travaux écrits demandés aux étudiant-e-s comme les analyses de situations professionnelles et le travail de fin d'études. Nous avons réfléchi à des axes d'amélioration. Nous prévoyons de présenter ce travail lors d'une réunion générale afin de partager avec l'équipe et de répondre à leurs interrogations.

Notre expérience personnelle du dispositif, car notre collègue ne le connaissait pas du tout, et notre sensibilité sociologique ont contribué à enrichir le questionnement et à répondre aux missions. Nous avons par ailleurs questionné deux responsables d'IFSI à ce sujet ; un de ces entretiens nous a permis de situer l'implication de la personne dans la supervision du dispositif de formation et de la sélection des médecins. L'autre entretien nous a précisé la déclinaison du dispositif. Nous avons de même à de nombreuses reprises échangé avec les professionnel-le-s de terrain et les médecins étudiant-e-s infirmier-ère-s lors enseignements cliniques en stage ; enfin nos observations de ces étudiants en présence des équipes et des patient-e-s ont complété notre réflexion.

Le moment de la sélection de ces médecins est toujours un moment poignant à l'évocation rapide du parcours des médecins et à l'enjeu de l'obtention du DEI. L'ARS encourage les IFSI à recruter 2% de médecins étrangers dans leur effectif étudiantin. Les critères sont ceux relatifs à la langue française, à la connaissance du milieu de soin français et à la motivation.

« (...) on a un pourcentage qui est dédié pour recevoir ces médecins étrangers et les présenter au diplôme, 2% de notre effectif, ce qui revient à en recruter environ cinq sur un nombre de candidats de quinze environ. (...) déjà au niveau de l'oral, j'ai une bonne appréciation à partir de notre entretien s'ils maîtrisent ou pas la langue.(...) Je leur demande leur parcours, leur expérience, ce qu'il m'intéresse de savoir c'est leur date d'arrivée en France pour voir s'ils ont pu exercer leur profession dans leur pays d'origine ou pas; (...) les expériences qu'ils ont eues dans le champ de la santé soit parce qu'ils ont exercé la profession de médecin soit parce qu'ils ont pu travailler souvent dans des maisons de retraite, en contact avec un public de personnes qui présentent des besoins en santé. (...) et puis qu'ils argumentent, qu'ils expliquent les raisons mais la plupart du temps, ils n'ont pas exercé ou très peu et ils sont surtout en grande précarité parce qu'ils ne peuvent plus travailler ni comme infirmiers ni comme aides-soignants donc ce sont vraiment des petits boulots qu'ils exercent, ils ont hâte vraiment de pouvoir exercer une profession qui va leur permettre de vivre normalement. » (Entretien 2 Responsable IFSI, p-133))

11.2 Le dispositif de formation

11.2.1 Acquérir une posture professionnelle infirmière

Le dispositif de formation a pour finalité auprès de ces étudiant-e-s de leur faire acquérir la posture infirmière distincte de celle du médecin. Qu'entendons-nous par le terme de posture ? Dans une définition usuelle du terme de posture, nous trouvons deux notions, celle de l'« *Attitude particulière du corps*¹⁶¹ » en rapport avec la manière de se tenir, la position physique du corps dans l'espace et une autre notion, celle de « *Situation d'une personne*¹⁶² » au sens de « *condition, situation, position* » d'un point de vue social. L'infirmier-ère s'inscrit dans une hiérarchie sociale déjà évoquée précédemment. Si nous accolons à posture le terme de « professionnelle » nous pouvons entendre que cela intègre à la fois des éléments liés aux attitudes professionnelles requises allant des comportements, des dispositions à agir aux valeurs et à l'éthique et d'autres éléments liés à un ensemble de savoirs et d'expériences qui permettent de conforter une assise aussi bien physique que psychique du/de la professionnelle à venir et en exercice. Ce qui va également dans le sens de l'acquisition de la posture infirmière est la réflexivité dans laquelle sont engagé-e-s ces médecins au travers des analyses de pratiques professionnelles, deux analyses sont requises au cours des dix semaines de stage ; les thèmes abordés, le développement du questionnement, les prises de conscience et l'analyse proprement dite sont des indicateurs qui renseignent sur le chemin vers la posture professionnelle. Lors de nos entretiens avec une responsable d'IFSI, nous pouvons préciser les bornes de la posture professionnelle : « le champ de compétences et de responsabilités » infirmières.

« (...) c'est que certes le cursus est concentré sur un an au lieu de trois parce qu'on tient compte des compétences antérieures, la formation est concentrée sur un an, elle est fortement personnalisée, individualisée et avec une détermination des ressources en termes d'acquisition des savoirs théoriques qui est pour le coup déterminée par nous et en supplément du référentiel ; on fait le choix de certains

¹⁶¹ Le nouveau Petit Robert, dictionnaire de la langue française, p 1740, 1994

¹⁶² Ibid. p 1740

enseignements supplémentaires au-delà de ce qui est préconisé par le référentiel, pour que cet étudiant soit opérationnel dans la fonction, c'est-à-dire un qu'il délimite son champ de compétences et ses responsabilités, premier objectif global de la formation : délimiter son champ de compétences et de responsabilités(...) » (Entretien 1 Responsable IFSI, p127-128).

Nous pouvons aussi entendre dans le terme de posture des échos en lien avec le courant théorique de l'interactionnisme symbolique avec un auteur comme d'E GOFFMAN¹⁶³ notamment dans l'attitude de la personne dans le face à face.

« Le courant de l'interactionnisme symbolique, qui s'est développé dans la première moitié du XXème siècle aux Etats-Unis, repose sur l'idée que la société est le résultat d'un ensemble d'interactions qui ne sont pas structurés au départ mais « se développent suivant une dynamique propre ». (...) ces interactions sont indissociables d'un ensemble de représentations qui leur donne sens et qui touchent à une diversité de questions, par exemple à la santé, à la vie, à la mort et au pouvoir médical dans une institution de soin. Ces représentations orientent les interactions et sont produites elles-mêmes par ces interactions.¹⁶⁴ » .

L'interaction se définit par « l'influence réciproque que les partenaires exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres¹⁶⁵ »

Dans le face à face dont parle E GOFFMAN dans « la présentation de soi », l'enjeu est de ne pas perdre la face pour chacun des interlocuteur-trice-s ; la posture professionnelle, quand elle s'affirme au fil de l'expérience et des savoirs accumulés leste la personne d'un poids symbolique qui lui permet de s'engager dans une interaction avec une certaine assurance et de présenter à l'autre une définition de la situation, le tout dans un contexte institutionnel de positions sociales et de rôles distribués par l'institution. Un autre auteur de ce courant, A STRAUSS¹⁶⁶, entend l'interaction dans une dynamique relationnelle et de comportement qui, dans une institution complexe et porteuse de conflit comme l'hôpital, amène chacun-e à négocier les positions de chacun-e au regard des enjeux de pouvoir et des ajustements que l'un-e et/ou l'autre cherche à obtenir. La négociation est quelque chose qui se fait dans l'interaction sur fond de définitions de situations différentes voire dissonantes et grâce à laquelle une institution peut fonctionner et des acteur-trice-s peuvent agir. De même que la négociation intervient dans les interactions soignant-soigné ; de même elle intervient dans toutes les interactions rencontrées à l'IFSI, sur le terrain entre les médecins/étudiant-e-s infirmier-ère-s et les autres personnes. C'est comme cela que la négociation se pose comme modalité de résolution de tensions, conflits et écarts entre les attentes et les représentations des un-e-s et des autres.

La posture professionnelle peut se concevoir comme un processus qui s'initie au contact des personnes soignées et dans un système de formation qui alterne savoirs théoriques et pratiques

¹⁶³ GOFFMAN E, « La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 1 : la présentation de soi, » Paris, Editions de Minuit, 1973

¹⁶⁴ CAMPENHOUDT L.V., MARQUIS N., (2014), « Cours de sociologie », Dunod, , p51-52

¹⁶⁵ Cité par CAMPENHOUDT L.V., MARQUIS N., « Cours de sociologie », Dunod, 2014, p50 à propos de GOFFMAN E, (1973), « La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 1 : la présentation de soi, » Paris, Editions de Minuit,

¹⁶⁶ STRAUSS A.,(1992), « La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, Edition L'Harmattan,

et lieux de pratique professionnelle. En ce sens, il semble facilitant pour ces médecins d'avoir travaillé en milieu de soin institutionnel comme aide-soignant ou ASH¹⁶⁷, de s'être « frottés » aux professionnel-le-s, aux rôles et positions de chacun-e pour ensuite commencer à endosser la posture infirmière. C'est le début de la socialisation professionnelle infirmière.

SI nous revenons à la présentation du dispositif de formation, nous constatons qu'il se décline à trois niveaux : national, régional et local au niveau de l'IFSI.

11.2.2 Le dispositif sur le plan national et régional

Sur le plan national, comme nous l'avons déjà vu c'est l'article 34 du référentiel de formation (arrêté du 31/07/2019¹⁶⁸) qui est concerné. Cet article définit les acquis théoriques relatifs au raisonnement clinique du semestre 1 et 2 (UE 3.1 S1 et S2 « Raisonnement et démarche clinique infirmière ») ; le raisonnement infirmier allie la même démarche hypothético-déductive que le raisonnement médical mais ne s'appuie pas sur les mêmes domaines de savoirs et a le souci de balayer toutes les dimensions de la personne soignée aussi bien médicales que psychologiques, sociales et culturelles ; il défend également l'espace de responsabilité et d'autonomie dont dispose l'infirmier-ère aussi bien dans son rôle en collaboration avec le médecin que dans son rôle d'initiatives propre à son champ professionnel. C'est une prise de conscience et un décentrement que doivent opérer les médecins quant à la découverte et à l'exploration de ce champ de jugement clinique infirmier. L'article aborde également la question du stage de dix semaines ; à l'issue de cette période les étudiant-e-s auront à valider quatre compétences¹⁶⁹. Deux sont en rapport avec le jugement clinique et le projet de soin, une autre se centre sur la pratique des soins infirmiers et la dernière sur la coordination des soins en équipe. Ces compétences sélectionnées appuient sur l'intention d'intégrer une spécificité de l'exercice infirmier résidant dans la façon de penser le soin à la personne dans sa globalité et en relation avec les autres professionnel-le-s. Des écrits sont demandés en termes d'analyse de situations professionnelles et de travail de fin d'études à partir d'une situation professionnelle. La formation dure 10 semaines de septembre à fin juin, le jury du diplôme d'Etat est en juillet. Le cursus de formation complet dure trois ans, englobe une cinquantaine d'unités d'enseignement et vise l'acquisition de dix compétences.

Sur le plan régional et de manière générale, les instances concernées sont l'ARS avec la Conseillère Pédagogique Régionale, le CEFIEC et l'université. Sur ce dispositif spécifique, l'université est exclue car ce sont des unités d'enseignement « cœur de métier ». L'ARS veille à l'application du texte et le CEFIEC propose une harmonisation régionale entre professionnel-le-s à la demande des IFSI. Le domaine où est intervenu le CEFIEC a été celui de la formalisation d'une grille d'évaluation du travail de fin d'études.

¹⁶⁷ Agent de Service Hospitalier

¹⁶⁸ En annexe de ce travail

¹⁶⁹ En annexe de ce travail

Sur le plan de l'IFSI, il restait à définir le dispositif de formation pour ces médecins. Car le cadre national et régional circonscrit le strict nécessaire à valider. Les IFSI, alors, sont dans l'obligation d'effectuer un ensemble de tâches pour monter le dispositif.

11.2.3 Un dispositif de formation à construire pour les IFSI

La première de ces tâches est de clarifier les attentes de l'IFSI vis-à-vis de ces médecins. A partir du parcours et des acquis de ces médecins, quel-le-s professionnel-le-s infirmier-ère-s veut-on former ? Comment leur permettre de s'approprier cette fameuse posture professionnelle ? Si « posture professionnelle » comprend un ensemble d'attitudes, de valeurs, de savoir, de rôles, de pratiques, lesquelles prioriser dans un temps court ? Ce travail de clarification a démarré il y a un an et est toujours à questionner et à adapter au vu des expériences professionnelles des médecins. Les savoirs théoriques et les ateliers pratiques qui constituent à l'IFSI le contenu pédagogique sont à envisager sur le cycle complet de formation des trois ans. Une des difficultés est de prioriser et de faire des choix. Dans un programme qui a poussé très loin la formalisation d'un ensemble de savoirs et de pratiques, la tâche n'est pas simple. Et jusqu'où aller dans l'individualisation de la formation ? Considérer au vu du parcours et des expériences des médecins qu'il y a des enseignements incontournables, d'autres à dispositions ou arrêter un programme au regard de priorités définies en amont ?

Les domaines pédagogiques jugés indispensables, en sus des obligations réglementaires et au regard de la construction de la posture infirmière balayent les trois ans de formation sur plusieurs points. D'abord se présente l'aspect législatif, éthique et déontologique de la relation soignant-e/soigné-e. Puis viennent les apports en infectiologie et hygiène qui trouvent leurs prolongements dans les ateliers de pratiques des soins infirmiers. Un troisième point concerne les soins d'urgence.

Cette clarification des attentes de l'IFSI vis-à-vis des médecins répond à un quadruple objectif ; le premier est de respecter les obligations réglementaires ; le deuxième est de renforcer la professionnalisation sur le plan de la responsabilité infirmière, de la sécurité et de l'hygiène ; le troisième est de personnaliser un accompagnement afin de répondre aux situations singulières des candidats ; le quatrième est de permettre l'accès aux ressources documentaires de l'IFSI sur les trois ans.

La deuxième tâche est celle de les articuler de manière à offrir une cohérence pédagogique puis à élaborer un planning prévisionnel à des personnes qui souvent travaillent à côté et sur des séquences pédagogiques que l'on ne maîtrise pas toujours. Car si la taille de l'IFSI et l'organisation pédagogique prévoient de répartir les formateur-trice-s par année, généralement le/la formateur-trice connaît bien le contenu pédagogique de son année mais peu celui des autres années. Etablir un planning en jonglant sur les trois ans pour des ateliers pratiques par exemple n'est pas toujours chose aisée.

Enfin la troisième tâche est celle du choix des lieux de stages et du tutorat sur le terrain. Les médecins non européens sont des étudiant-e-s avec un profil particulier dont nous avons déjà fait ressortir quelques caractéristiques. Les professionnel-le-s de terrain, les maîtres et les

tuteur-trice-s de stage ne sont pas toujours préparé-e-s à les recevoir. Avant même les premiers contacts à établir avec le terrain, se pose la question de la famille de stage à privilégier. Quatre typologies de stages sont répertoriées : les stages de courte durée, les stages de longue durée/Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), les stages de santé mentale et les stages de lieu de vie individuel et collectif. De quel potentiel de stage dispose-t-on ? Qui choisit ? Les formateur-trice-s et/ou les médecins ? Dix semaines de stage suffisent-elles ? Si on peut aller au-delà, quel stage et pour quel objectif ?

Beaucoup d'arguments sont en faveur des stages de courte durée.

« (...) il me semble que dans « la courte durée », ils vont trouver un ensemble de techniques de soin et de types de prise en charge, qui va être le plus adapté à ce qu'ils vont devoir mettre en place dans leur exercice infirmier. » (Entretien 2, Responsable IFSI, p 135)

« Pour le choix du stage on privilégie les soins de courte durée quand même parce que ce sont des services qui nous permettent à nous d'évaluer leur capacité d'adaptation rapide et d'organisation et aussi de maîtrise de certains gestes techniques. » (Entretien 1, Responsable IFSI, p 138)

Mais des contraintes peuvent apparaître liées au potentiel de stage disponible et à des profils de stage qui peuvent sembler trop déstabilisants pour un premier stage (rotation rapide des patient-e-s par exemple). Se repose la question de dix semaines de stage ou davantage. Les médecins qui travaillent tout en se formant ne vont peut-être pas être disponibles. De plus disposer de lieux de stage formateurs avec un encadrement et un tutorat attentifs n'est pas toujours possible.

« (...) il faudrait pouvoir leur offrir des temps de stage beaucoup plus longs mais c'est difficile des deux côtés, c'est difficile pour nous car au niveau des places de stage on n'en a pas pléthore et puis pour eux aussi car très souvent ils travaillent, c'est du temps où ils ne sont pas rémunérés. » (Entretien 2, Responsable IFSI, p 133)

Néanmoins après un recul d'un an et bientôt deux ans, et cela fera partie de nos propositions, cinq semaines sur le calendrier du premier stage de la première année serait nécessaire au titre de stage d'immersion et de première approche parfois du milieu de soin.

La question de la famille de stage n'est pas tranchée puisque dans notre expérience, ce sont les stages restant du potentiel de troisième année qui nous ont été échus. Parmi ceux-ci se sont trouvés des stages de courte durée et des stages de SSR ; le stage de courte durée n'est pas par lui-même la panacée s'il se révèle être un lieu où les personnes restent environ trois jours et ne font que des examens d'investigation et thérapeutiques. Le service de SSR n'est pas en lui-même forcément un stage routinier et de peu de soins s'il accueille des personnes poly pathologiques et pour lesquelles les soins sont divers. Parfois le stage en SSR va permettre une prise des repères facilitant l'intégration dans l'équipe car les patient-e-s ont une durée de séjour longue (minimum trois semaines). Et le stage « prestataire » d'examen ne va pas être suffisamment intégrateur car il ne va pas offrir un approfondissement des situations de soins.

A chaque fois un travail de réflexion s'engage pour les formateur-trice-s dans la connaissance des services, l'anticipation des capacités d'intégration des médecins et la capacité d'accueil et d'encadrement du terrain. Et il s'ensuit un travail de préparation du terrain à recevoir ces

étudiant-e-s. Cela commence par un contact avec les maîtres de stage pour leur expliquer la spécificité et les objectifs du dispositif de formation et leur présenter rapidement les étudiant-e-s. Le/la formateur-trice assume une fonction de médiation et de négociation. En effet l'intégration de ces médecins dans les équipes de soin, nous l'avons esquissée en amont pour les médecins, n'est pas évidente ; elle peut être source de conflits plus ou moins latents entre incompréhensions et craintes réciproques, attentes exagérées de la part des professionnel-le-s et racisme latent. De plus, la plus ou moins grande maîtrise à l'oral comme à l'écrit de la langue française des étudiant-e-s va constituer un obstacle parfois dans les interactions et l'intégration à l'équipe. Il arrive que l'intégration se fasse plus aisément dans des équipes de soin qui comptent parmi son personnel une diversité culturelle. Dans ce cas-là, les professionnel-le-s manifestent de l'empathie à la reconnaissance des difficultés à prendre ses repères dans un milieu de soin éloigné du sien. Les migrant-e-s se trouvent à enclencher un travail cognitif d'ampleur à saisir ce qui fait ressemblance et écart d'avec le milieu de soin initial. C'est comme ça qu'un médecin de cette année a affiné son observation en stage en déclarant :

« Tous les soins dans ce stage ne sont pas nouveaux pour moi, je les connaissais. Mais la technique était différente et j'ai appris tout ça ». (Médecin afghan réfugié).

Pour lui, la technique représentait la manière de dérouler le soin : l'organisation, le matériel à disposition et les normes d'hygiène et de sécurité françaises. Ces points ont été des sources de transformation de ses habitudes de travail. Il s'est retrouvé dans une certaine familiarité car il retrouvait les soins infirmiers, médicaux qui avaient borné sa pratique chirurgicale. Ce sentiment de familiarité l'a réconcilié avec l'orientation professionnelle prise, lui a rendu proche l'éventualité de devenir infirmier. Par contre il a découvert une dimension du soin infirmier insoupçonnée: le soin d'hygiène et de confort avec pour corollaire un « toucher soignant » distinct du « toucher chirurgical ». La question de la construction de la posture professionnelle s'invite alors.

Ce sentiment de familiarité éprouvé avec les « retrouvailles » de l'expérience chirurgicale révèle la force de l'empreinte professionnelle médicale initiale ; elle peut se comprendre au sens de la socialisation secondaire (études longues et expérience professionnelle) avec constitution d'un *habitus* secondaire comme le décrit P BOURDIEU et que nous rappelle les auteurs de « Cours de sociologie¹⁷⁰ » :

« Il [BOURDIEU] définit l'habitus comme une 'forme incorporée de la condition de classe dans les dispositions culturelles' et donc 'un avoir transformé en être'¹⁷¹(...) Ces dispositions sont 'devenues nous-mêmes' à la faveur d'une longue et incessante entreprise d'apprentissage et d'inculcation des goûts et manières de sentir et d'agir de notre classe sociale ou fraction de classe : la socialisation. (...) L'habitus nous procure donc ce que BOURDIEU appelle le sens pratique, c'est-à-dire une capacité d'agir de manière adaptée à la situation sans avoir besoin d'y penser(...) L'habitus primaire est inculqué

¹⁷⁰ CAMPENHOUDT L.V., MARQUIS N., op. déjà cités

¹⁷¹ MAUGER G, « Capital, champ et habitus » in P. BOURDIEU (2004), Les champs de la critique, Paris, BPI/Centre Pompidou, , p61-74, cité par CAMPENHOUDT L.V., MARQUIS N.

*par le milieu familial et la classe sociale d'origine. Se greffant sur l'habitus primaire, l'habitus secondaire s'acquiert à travers les activités scolaires et professionnelles notamment*¹⁷² »

Comment ces socialisations secondaires proches et différenciées que sont la socialisation médicale « là-bas » et la socialisation infirmière « ici » peuvent-elles s'articuler, se négocier ? C'est tout l'enjeu du dispositif de formation et du « devenir infirmier-ère » de ces médecins.

Nous émettons l'hypothèse de recherche suivante : si l'on considère qu'une personne immergée depuis quelques années dans le milieu de soin français a pu aménager son *habitus* secondaire médical (par l'exercice aide-soignant notamment) même au prix d'un déclassement social alors plus facile sera son intégration de la posture infirmière. Cette hypothèse nécessiterait un travail qualitatif et quantitatif plus poussé que celui que nous avons mené afin de la confirmer ou de l'infirmer.

Pour en revenir au rôle et à la posture délicate du/de la formateur-trice dans l'accompagnement pédagogique de ces médecins, nous aimerions insister sur un point. En effet en cas de tensions en stage, le/la formateur-trice va tenter de tenir le rôle parfois impossible du tiers ; ce tiers, particulièrement dans les interactions sur le terrain, va s'employer à restaurer le dialogue, expliquer à nouveau les attendus, répondre aux craintes des un-e-s et des autres. Dans ces efforts constants, il peut sourdre un malaise des formateur-trice-s, une impression d' « en faire trop », de « s'y perdre » qui peuvent renforcer l'inégalité des situations entre stagiaires, formateur-trice-s et professionnel-le-s de terrain.

A ce moment-là, le soutien de la hiérarchie de l'IFSI est important pour les formateur-trice-s afin de pouvoir partager son vécu, prendre de la distance et percevoir l'engagement institutionnel dans le dispositif. Souvent les échanges entre collègues ont permis également de clarifier la situation vécue.

De surcroît, il arrive que lors des stages où l'intégration ne s'est pas bien passée, où les équipes de soin se sont épuisées et découragées dans l'encadrement, ces lieux ne soient plus disposés à accueillir d'autres médecins. Comment aborder cela avec le/la responsable des stages de l'institution hospitalière afin d'impliquer aussi la hiérarchie dans ces problématiques ? Nous pensons qu'il y aurait un intérêt patent à se concerter entre directions (IFSI et institution de soin) afin de travailler l'accueil du terrain et la cohérence de l'encadrement en stage.

Les responsables d'IFSI ont conscience de l'implication des formateur-trice-s dans ce type de travail. Toute une part non visible du travail du/de la formateur-trice a trait au suivi pédagogique de ces étudiant-e-s, suivi en stage mais également à l'IFSI.

« (...)ce qui me paraît important est que les formateurs en charge de ces étudiants doivent avoir un profil particulier à savoir présenter de l'intérêt pour ce type d'encadrement un peu particulier, de suivi pédagogique, de l'intérêt à cette mission, un engagement de leur part pour un accompagnement personnalisé, individualisé, de la disponibilité. Dans les profils de formateurs référents il faut que je sente qu'il y ait un engagement derrière, ce n'est pas prendre ce petit groupe pour un autre, il faut s'y impliquer et même plus que ça. » (Entretien 2 Responsable IFSI, p136).

¹⁷² Ibid., p290-291 et 336

Un autre point d'achoppement surgit, celui de la maîtrise de la langue française dans les écrits en stage et demandés en IFSI. Des analyses de pratique professionnelle sont demandées en lien avec le stage et un travail de fin d'études. Ces écrits, qui privilégient la réflexivité et l'argumentation, sont là pour témoigner du processus de professionnalisation à l'œuvre. Que faire face aux écueils du passage à l'écrit pour ces médecins ? Reposer les exigences réglementaires en concertation avec la direction et les candidat-e-s ne résout pas le problème mais permet de le partager et de voir ce que l'on fait.

Les rencontres avec ces médecins candidat-e-s au DEI et tous les échanges conduits depuis deux ans entre collègues nous ont fait prendre conscience de la richesse contenue dans la rencontre entre des univers à la fois lointains et proches ; puisque ce qui nous rapproche et nous tient à cœur est autour du « prendre soin » de la personne. Toutes les personnes approchées et qui se sont engagées dans ce dispositif de formation l'expriment également.

Le dispositif actuel a fait ressortir plusieurs problématiques que nous venons d'aborder que ce soit sur le plan du contenu pédagogique, de l'ingénierie du dispositif et enfin de la dimension politique du « travailler ensemble » interinstitutionnel et intra institutionnel. Nous allons maintenant proposer des axes d'amélioration au dispositif actuel. Cette dernière partie sur le dispositif de formation s'est particulièrement appuyée sur le travail de réflexion et d'organisation de notre collègue chargée cette année de la responsabilité de ce dispositif.

La difficulté principale de ce dispositif est qu'il est considéré comme à part et en même temps comment l'intégrer dans le dispositif global des trois ans ?

11.2.4 Les propositions d'amélioration au dispositif actuel

La finalité et les objectifs du dispositif de formation ont été énoncés précédemment. Nous allons reprendre les trois points « contenu pédagogique », « suivi pédagogique » et « politique de formation ».

11.2.4.1 La politique de formation

Cette dimension intra institutionnelle et interinstitutionnelle est cruciale pour aborder ensemble la spécificité de ce dispositif de formation, les questionnements, les partages d'expériences et les bilans autour de ce cursus.

Nous emploierons les termes de ME pour parler des étudiant-e-s infirmier-ère-s Médecins Etrangers, d'ESI pour Etudiant-e en Soins Infirmiers.

11.2.4.1.1 Au niveau de l'IFSI :

| Objectifs | Ce qui se fait actuellement | Propositions |
|---|-----------------------------|------------------------------------|
| Inclure un-e formateur-trice responsable du dispositif de formation dans le processus | Pas systématiquement | Le prévoir de manière systématique |

| | | |
|---|---|---|
| de sélection | | |
| Répartir la responsabilité du dispositif sur au moins deux formateur-trice-s | Une formatrice est référente et a été assistée par une collègue en janvier | Dès la rentrée, deux personnes sont référentes |
| Impliquer dans le montage pédagogique les trois cadres coordonnateurs d'année | Le/la cadre de 3 ^{ème} année transmet le reste du potentiel de stage | Fin juin/début juillet, planifier si possible les ateliers pratiques des trois ans, la formation aux gestes d'urgence, les séances d'hémovigilance,. |
| Informé le secrétariat de l'appui logistique pour les courriers de stage et les feuilles d'évaluation | La secrétaire chargée des stages effectue cette tâche. | A poursuivre |
| Prévoir 3 périodes de 5 semaines de stage | 2 périodes de cinq semaines. Les étudiant-e-s viennent aux regroupements. Enseignements cliniques faits toutes les semaines | <ul style="list-style-type: none"> - La 1^{ère} période de stage est à rajouter si le potentiel de stage de 1^{ère} ou 2^{ème} année le permet ; c'est une prise de contact avec le milieu de soin pour certain-e-s ME qui permet de repérer les acquis ou les points à améliorer (soins de base, hygiène, intégration dans l'équipe, connaissance du matériel), - Les deux autres périodes seront appréciées au regard des éléments de compétences à acquérir et de la construction de la posture professionnelle, - Pas de regroupement pour ces étudiant-e-s car le temps en stage est court et l'accompagnement en stage renforcé, - 3 enseignements cliniques sont faits au minimum par période de cinq jours, |
| Evaluer le dispositif avec les trois années (cadres | | A organiser |

| | | |
|---|---|---|
| responsables d'année et formateur-trice-s impliqué-e-s dans le dispositif) | | |
| Informier le reste de l'équipe pédagogique de ce dispositif et inciter nos collègues à identifier les professionnel-le-s intéressé-e-s par le dispositif. | Une présentation en réunion générale de fin d'année | A poursuivre |
| Identifier des interlocuteur-trice-s de terrain sensibilisé-e-s à ce type d'accompagnement. | | Identifier auprès des formatrices engagées dans la formation «tutorat en stage » des personnes intéressées par l'encadrement des ME en informant les personnes (cadres et IDE) lors d'une journée fait en commun IFSI/terrain. A programmer avant fin d'année scolaire. |

11.2.4.1.2 La politique de stage au niveau interinstitutionnel

| Objectifs | Ce qui se fait actuellement | Propositions |
|--|---|--|
| Informier la personne en charge au CHU de l'encadrement des ESI du dispositif spécifique aux ME et de l'accompagnement en stage IFSI et terrain. | | Contact et information à établir avec la responsable A programmer avant fin d'année scolaire.. |
| Présenter le cursus spécifique et échanger sur l'accompagnement IFSI et terrain auprès des maîtres de stage. | Rencontre au moins une semaine au préalable | A poursuivre |
| Evaluer le dispositif IFSI/terrain sous forme de bilan auprès de l'équipe de soin dans les unités qui ont | | Favoriser les échanges, les questionnements, les ressentis de chacun-e. Pointer les éléments positifs et ceux à améliorer. A |

| | | |
|------------------------|--|-----------------------------|
| reçu les étudiant-e-s. | | faire chaque fin de cursus. |
|------------------------|--|-----------------------------|

11.2.4.2 Les contenus pédagogiques

| Objectifs | Ce qui se fait actuellement | Propositions |
|--|--|---|
| Faciliter l'intégration et les repères dans la formation | Deux à trois étudiant-e-s sont réparti-e-s par groupe de 1 ^{ère} année et suivent avec eux les UE 3.1 S1 et S2. | A poursuivre |
| Acquérir la pratique des soins infirmiers usuels | Cette année, les étudiant-e-s ont bénéficié d'ateliers spécifiques à leur groupe pour les ateliers de 1 ^{ère} année, ont assisté aux ateliers de 2 ^{ème} année pour l'hémovigilance uniquement et à aucun de 3 ^{ème} année. | Les intégrer ponctuellement aux ateliers pratiques des trois ans. |
| Délimiter le champ de responsabilité et d'autonomie de l'infirmier-ère | Apports théoriques supplémentaires en UE 4.1(soins de confort et de bien-être), en UE 2.3 (législation/éthique/déontologie) pour la responsabilité de l'infirmier-ère, en UE 3.2 (projet de soin). | A poursuivre en ajoutant des notions sur les droits du/de la patient-e en UE 2.3 Législation Ethique et Déontologie (loi du 4 mars 2002) et en UE 4.2 (soins relationnels) pour l'approche conceptuelle de la relation d'aide. Intégrer les ME aux ateliers pratiques de l'UE 4.1 S1. |
| Mettre à disposition les ressources documentaires communes à tous/toutes les ESI | Mise à disposition effective de l'accès à la plateforme <i>Learneos</i> sur les trois ans | A poursuivre |

11.2.4.3 Le suivi pédagogique

| Objectifs | Ce qui se fait actuellement | Propositions |
|--|-------------------------------------|--------------|
| Proposer un suivi pédagogique formalisé collectif spécifique pour la | Suivi collectif spécifique effectué | A poursuivre |

| | | |
|--|---|---|
| préparation au stage | | |
| S'approprier les outils de la formation en stage comme le port folio avec le bilan de mi-stage | Déjà fait | A poursuivre et surtout à démarrer dès le 1 ^{er} stage lors des enseignements cliniques |
| Répondre aux besoins de formation, d'écoute, de questionnement | Suivis pédagogiques individuels à la demande | A poursuivre |
| Proposer un appui de type parrainage | Rencontre tentée entre candidat-e-s de l'an passé et candidat-e-s de l'année en cours en vain | Relancer l'idée auprès des candidat-e-s de cette année en leur en parlant avant la fin du cursus (juin) pour les faire intervenir en septembre. |
| Renforcer la guidance du travail écrit de fin d'études | Guidance individuelle en cours | Voir pour organiser une guidance collective pour le groupe afin de favoriser la co-construction de la réflexion sur le travail de fin d'études. |

Déjà beaucoup de choses sont faites depuis deux ans, l'intérêt maintenant est de renforcer la coopération entre les institutions pour les stages et de ne pas isoler les formateur-trice-s responsables du dispositif dans l'équipe pédagogique de l'IFSI.

12 Conclusion

Ce travail d'ordre qualitatif manque de matériaux pour décentrer notre point de vue et élargir les perspectives de recherche. Les axes de recherche pourraient s'orienter vers une étude sur d'autres régions du dispositif de formation et en s'appuyant sur des entretiens menés avec les acteur-trice-s impliqué-e-s dans le dispositif (responsables, médecins non européens relevant du cursus, employeurs). Cela permettrait d'analyser des politiques territoriales différenciées, par exemple le sud-est et la région parisienne, deux régions d'immigration importante. Un autre axe pourrait explorer différents parcours de médecins non européens devenu-e-s infirmier-ère-s, redevenu-e-s médecins ou devenu-e-s médecins directement ou ayant pris d'autres voies. La question des médecins réfugiés pourrait être investiguée pour éclairer leur intégration professionnelle et leur problématique de migration liée à leur statut. A travers ces multiples prismes, les questions du racisme, du déclassement socio-professionnel, du révélé/caché pourraient à nouveau être mobilisées et approfondies. La question des débouchés professionnels serait également intéressante à approfondir ; est-ce l'EHPAD comme le suggère Mamadou ? Ou les lieux où ils/elles ont déjà exercé comme aide-soignant-e-s comme Nadia ?

« Ce qui fait que la plupart de ces médecins étrangers qui sont devenus infirmiers, vous les trouvez dans les EHPAD parce qu'ils se disent : là c'est comme si c'était une espèce de fuite, là j'ai moins de responsabilités que dans une clinique où les soins sont super techniques, comme je ne peux pas faire ça, je vais dans les EHPAD ; et j'entends des discours « là c'est plus simple », « là c'est plus facile, on n'a moins de choses à faire ». Alors que normalement on ne devrait pas avoir ça en tête, parce que tout est une question de vie humaine. Mais les gens fuient là : « je vais là parce que là au moins je n'ai pas tellement de perfusions à faire, je n'ai pas tellement de préparation de médicaments, pas comme dans les hôpitaux ». (Mamadou, entretien Temps 2, P254-L40).

Par rapport à ce travail, nous avons limité notre réflexion aux seuls médecins de la région. Nous n'avons pas contacté les responsables et les collègues des lieux de travail où les médecins ont travaillé comme aide-soignant-e-s ; nous n'avons pas interpellé des collectifs professionnels du côté des infirmier-ère-s comme les associations, les syndicats ; nous l'avons fait pour l'Ordre Infirmier sur la question de l'intégration des médecins non européens dans le cursus de formation et en exercice mais nous n'avons pas eu de réponse. Le contexte politique du vote de la nouvelle loi de santé n'y était pas propice. Du côté médical, nous n'avons pas contacté l'Ordre des médecins ni des associations de médecins en aide aux médecins non européens. Nous avons eu par téléphone l'APSR, association d'accueil aux médecins et personnels de santé réfugiés en France, il n'y a pas d'antenne à Toulouse et l'échange insuffisamment préparé a tourné court. Et nous n'avons pas mené d'entretiens auprès de l'entourage personnel des médecins qui auraient croisé les regards sur les répercussions sur le couple et la famille de leur projet professionnel. Egalement le nombre d'entretiens est faible pour espérer par exemple construire une typologie.

Nonobstant ce travail a permis de travailler le regard sociologique sur des expériences singulières dans une démarche ethnosociologique qui nous a particulièrement bien convenues. Nous avons souhaité prendre en compte les niveaux macro, méso et microsociaux par nos recherches biographiques, le choix d'une analyse issue de l'*intersectionnalité* et un retour sur ce qui fait la spécificité des professions médicale, infirmière et aide-soignante. Nous ne pensions pas à nouveau questionner notre posture infirmière, elle nous semblait si évidente ! Or elle relève d'un processus de professionnalisation qui débute par l'appropriation d'une posture infirmière. C'est l'exemple type de l'incorporation d'un *habitus* secondaire. Contribuer à le démasquer permet de prendre de la distance et d'appréhender le poids du « devenir infirmier-ère ». Nous le retrouvons en formation à propos des aides-soignant-e-s en promotion professionnelle qui débutent un cycle complet d'études infirmières. D'ailleurs il est prévu sur le plan réglementaire de leur proposer un projet d'accompagnement afin de leur faciliter cette reprise d'études et ce changement de posture.

Nous avons découvert le champ de la migration et pu affiner notre façon de voir, de comprendre l'expérience migratoire, ses incertitudes, ses tourments et ses possibles. Les migrant-e-s qualifié-e-s qui constituent notre étude traversent un processus de discrimination institutionnelle et de déclassement social. Au décours de ce travail, notre intention est de ne pas renforcer ce processus auprès de ces médecins non européens candidats au DEI au cours de l'accompagnement en formation et d'entretenir en équipe une réflexion pédagogique ouverte et compréhensive.

L'hypothèse de recherche qui a émergé au temps 1 tournait autour du processus de reconnaissance qui pouvait découler du nouveau statut de professionnel-le infirmier-ère ; les termes de ce processus pouvaient s'exprimer sous des formes diverses. Une de ces formes pouvait être la valorisation du vocabulaire médical dans la compréhension clinique des patient-e-s et les transmissions orales et écrites des infirmier-ère-s. Une autre forme pouvait se trouver dans le rôle de responsable d'une équipe d'aides-soignant-e-s en EHPAD par exemple. Une autre forme pouvait ressortir d'une possibilité d'évolution professionnelle entre formations, spécialisations et diversité de lieux d'exercice. Du groupe de sept candidat-e-s au départ, trois personnes n'ont pu s'exprimer dans ce sens-là ; une personne a arrêté la formation, une autre n'a pas répondu aux sollicitations pour le temps 2, une troisième était encore en cursus de formation sur le terrain, une dernière était en congé maternité. Les trois autres ont plutôt dans leur témoignage abondé en faveur de cette hypothèse avec toute la réserve à apporter à ce petit nombre. La question du CV évoqué par Mamadou et la nuance entre ce qui se dit, ce qui s'écrit et à qui on le dit lors d'un entretien d'embauche ou de demande de stage reflète cette complexité de qui on est, de ce qui fait notre identité ou nos identités ?

Par ailleurs nous avons apprécié de revisiter des auteurs comme A SAYAD (1999) et d'étudier l'approche par la triade « partir/rester/revenir » de BREVIGLIERI (2013), le récit notamment de Mamadou nous a semblé réactiver les problématiques mises en avant par ces auteurs; l'intention de Mamadou, à travers une association, de témoigner « ici » et « là-bas » de son vécu afin de dévoiler ce qui se passe « ici » par rapport à ce qui est voilé « là-bas » des représentations du pays « espéré », repose la question des multiples espaces psychiques (symboliques, culturels), physiques et temporels parcourus.

Nous avons, pour les entretiens du temps 2, envoyé aux personnes les retranscriptions pour réajustement/validation des écrits ; notre rapport à l'autre au temps 1 était plutôt vertical, nous nous situions au-dessus des personnes entendues vis-à-vis de leur écrit ; notre rapport à l'autre au temps 2 a été davantage horizontal, nous avons partagé dans une certaine mesure un matériau de recherche. Cela peut paraître peu de choses de l'extérieur mais de notre part cela a modifié notre positionnement à l'autre dans la recherche. Une coresponsabilité a émergé et même si peu de personnes ont répondu (deux sur six), symboliquement le regard change.

Nous avons par ailleurs mené un entretien que nous finissons de retranscrire. C'est un parcours atypique d'un médecin algérien émigré en France dans les années 2000, qui a travaillé comme infirmier « avec attestation » puis comme infirmier « diplômé d'Etat » ; il rallie à nouveau un parcours médical dans la spécialité où il a exercé comme infirmier sous l'impulsion de sa femme algérienne elle-même devenue médecin en France. Entre dynamique de couple, répartition en alternance du rôle domestique et parental au regard des projets de chacun-e des conjoint-e et soutien du milieu soignant, le parcours se révèle original et porteur d'autres possibles.

Enfin écrire le rapport de stage nous a permis d'évaluer le dispositif existant et de continuer à formaliser en équipe un projet d'accompagnement de ces médecins en tenant compte d'un regard un peu plus aiguisé quant à la problématique de la migration et de l'expérience

professionnelle antérieure. Ce travail nous a apporté une forme de reconnaissance institutionnelle et une assise professionnelle.

Pour finir la démarche anthropologique qui court tout au long de cet écrit a résonné en nous ; ces récits de vie nous ont emportées et nous avons retrouvé dans ces échos des traits partagés. Un imaginaire commun nous lie entre lieux de naissance lointains, souvenirs de multiples lieux habités et expérience sensible de « l'étrangère » durant l'enfance en certains endroits de rencontre familiale.

13 TABLE DES ANNEXES :

- Annexe 1 : Article 34 de l'Arrêté du 31 juillet 2009 extrait du « Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession », Edition Berger-Levrault.
- Annexe 2 : Guide d'entretien Temps 1
- Annexe 3 : Guide d'entretien Temps 2
- Annexe 4 : Retranscriptions d'entretiens de deux responsables d'IFSI de la région Midi-Pyrénées
- Les retranscriptions d'entretiens Temps 1 et Temps 2 des médecins étrangers candidat-e-s au DEI sont dans un document à part « Annexe des entretiens des médecins non européens ».
- Conventions pour relier les citations des médecins dans le mémoire aux réponses intégrales dans l'annexe des entretiens
 - Dans le mémoire les citations sont numérotées et regroupées par « bloc ».
ex : ^[1]*Je n'avais pas trop envie de rester chez nous.*, (...) ^[2]*Il a un diplôme en informatique et un diplôme en œnologie* (...) ^[3]*Quand je me suis mariée, mon mari vivait en France* (...)
- A la fin de chaque « bloc » est indiqué le nom du médecin interviewé, la séquence (Temps 1 ou 2) et la localisation de chaque citation dans l'annexe des entretiens
ex : (*Daravanh, entretien Temps 1, P81-L29^[1] ; P81- L35^[2] ; P82-L6^[3]*).
« P81-L29^[1] » signifie que la citation n°1 est extraite des propos rapportés dans l'annexe des entretiens à partir de la ligne 29 de la page 81.
 - Dans l'annexe des entretiens les citations sont surlignées en jaune et le propos correspondant du médecin, éventuellement plus global, est précédé d'une référence du type « [Extrait M57/T1-D/P81-L29] » qui signifie que :
 - le texte en jaune dans le paragraphe qui commence à la ligne 29 de la page 81 est cité dans la page 57 du mémoire,
NB : s'il y a plusieurs blocs de citations sur une page du mémoire pour un même médecin, la référence indique alors un n° d'ordre comme par ex :
« [Extrait M57-1/T1-D/P81-L29] »
 - qu'il est issu de l'entretien « Temps 1 » (T1) de Daravanh (D).

- Annexe 1

Article 34 de l'Arrêté du 31 juillet 2009 qui réglemente les conditions de présentation au jury du diplôme d'Etat infirmier des médecins :

Art.34-Sont autorisés à se présenter au jury du diplôme d'Etat d'infirmier prévu à l'article 62, dans l'institut de formation en soins infirmiers de leur choix, les médecins remplissant les conditions suivantes :

1. *Etre titulaire d'un diplôme d'Etat de docteur en médecine ou d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la médecine dans leur pays d'origine ;*
2. *Avoir réalisé et validé les unités d'enseignement UE3.1.S1 et UE 3.1.S2 « Raisonnement et démarche clinique infirmière » ;*
3. *Avoir réalisé un stage à temps complet de soins infirmiers d'une durée de dix semaines permettant la validation des compétences 1,2,4 et 9 définies à l'annexe II ;*
4. *Avoir réalisé et validé un travail écrit et personnel de 15 à 20 pages, soit 50 000 signes environ, centré sur une problématique propre à la profession d'infirmier.*

Les modalités d'organisation des unités d'enseignement et du stage sont fixées par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers choisi par le candidat, après avis du conseil pédagogique.

La compétence 1 est relative à « Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier » ;

La compétence 2 est relative à « Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ».

La compétence 4 est relative à « Mettre en œuvre des actions à visée diagnostic et thérapeutique ».

La compétence 9 est relative à « Organiser et coordonner les interventions soignantes ».

Les critères et indicateurs sont développés dans le référentiel de compétences, annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. (Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession ; Berger-Levrault, 2009).

Les candidats seront ensuite présentés au jury du diplôme d'Etat début juillet 2014 .

Annexe 2

Guide d'entretien Temps 1

Objectif : explorer les différentes mobilités (migratoires, professionnelles, de genre, sociales) à partir de l'expérience vécue des personnes, dérouler toutes les mobilités depuis **là-bas** (le pays d'origine et autres pays traversé avant l'arrivée en France, le projet migratoire, la volonté de partir, la décision de partir, la préparation du départ, le réseau, l'entourage)), **entre là-bas et ici** (si migration transnationale) et **ici** (l'installation, les échecs au concours de médecin, le travail, le réseau, l'entourage, la formation IDE, le sentiment, la perception, les représentations)

Plusieurs questions se posent

- à quoi est lié le choix de la profession de médecin ?
- à quoi est lié le choix de la France comme pays d'accueil ?
- quel est le projet professionnel de départ ? est-il le même que maintenant ?
- si emploi en tant qu'AS, quelle perception de sa position vis-à-vis de cet emploi (déqualification ? découverte ? autre) ? quelle perception par les collègues ?
- projet IDE : processus de requalification ? de relégitimation ? projet intermédiaire en attendant et quoi ? possibilité de transférer des compétences professionnelles antérieures ?
- quelles compétences issues de la migration (savoir circuler, capacité à négocier, adaptation aux situations, capacité à trouver des stratégies, des ressources, des appuis, du réseau (à l'élargir), capacité à faire profiter à d'autres migrants de la connaissance du milieu, des ressources) les MNE se reconnaissent-ils ? font-ils valoir auprès des employeurs ? ou des personnes influentes/projet ?
- quel retour font-ils à là-bas ? à leur réseau là-bas et ici ?
- Se perçoivent-ils comme ayant réussi ?

1. Là-bas : vie familiale, sociale et professionnelle du pays d'origine

• Repérages des caractéristiques liées à l'enquêté-e

- âge
- lieu de naissance
- état civil avant l'émigration (mariée, divorcée, veuve, célibataire, enfants)
- niveau d'études
- ville ou village où il/elle vivait avant l'émigration
- avoir des cartes géographiques et avec la personne refaire le trajet depuis la naissance, les études, la migration, les lieux d'hébergement
 - **Structure et caractéristiques de la famille**
 - composition : de combien de membres la famille est-elle constituée ?
 - dans la fratrie où se situe l'émigré-e ? faire une généalogie avec parents et fratrie en précisant les migrations des uns et des autres et les temps de migration
 - niveau d'études et métier exercé par les parents
 - niveau d'études et métier exercé par les frères et sœurs
 - où vit chacun d'eux, hors du pays, rural/urbain/banlieue
 - **Migrations : migrations vécues par la famille (internes liées au travail et/ou internationales), par l'émigré-e et pour quelle raison ?**
 - motif migratoire : pour trouver du travail, quand la situation politique et/ou idéologique (ex : conditions de vie des femmes) l'exige pour la personne

- ce motif est-il le même pour les autres personnes de la famille ayant migré
 - o **Vie familiale ? enfants ? là-bas ? ici ?**
- dans le pays d'origine : la personne vit seul-e dans un logement à elle, avec ses parents, des amis, en colocation, avec un-e compagnon-compagne, la personne a un ou plusieurs enfants (faire préciser âge, nombre et sexe)
- dans le pays d'accueil : la personne a un ou plusieurs enfants ((faire préciser âge, nombre et sexe)
 - o **Vie socio-professionnelle**
- Vie professionnelle, quel diplôme de médecin (spécialisé et dans quel secteur ?), durée de l'exercice médical là-bas et en plusieurs endroits ?, avec quel-le-s professionnel-les (connaissance du métier d'AS, d'IDE)
- Perception d'occuper une position de prestige, de réussite sociale là-bas ?, comment se passait l'exercice professionnel : intéressant, stimulant, stable, en remplacement, sous tension
- Perception par la famille, l'entourage ? expression par la cellule familiale d'un sentiment de fierté, par les voisins, personne ressource pour la famille, les voisins (aider une femme à accoucher par ex)
- Degré de fréquentation de l'espace public : réseau amical, associatif ou autres, sorties hors travail, loisirs, activités préférées, de détente
- - o **Le projet de partir**

L'idée : nous devons chercher à comprendre comment l'idée vient et comment elle se concrétise (par quels aides, soutiens, informations). Il faut également saisir la « représentation que l'enquêté-e avait de la France, de l'exercice médical en France avant son départ. A quoi cette représentation est-elle liée ?

- qui a eu l'idée ?, projet élaboré de longue date, hasard d'une rencontre ? : l'enquêté-e seule, la famille, les amis, les voisins, des associations ?
- pourquoi vouloir partir, comment le projet migratoire est-il défini ? la décision d'émigrer fait-elle suite à une rupture de la famille ? comment est-elle vécue par la famille, l'entourage, les amis, des associations ? choix économique ? le choix d'émigrer, une fois décidé, a-t-il donné lieu à des conflits ou pas ? Si risque de rupture : comment a-t-il été vécu ? d'autres personnes de l'entourage ont migré ? qui ? (famille, amis, voisins)
- la préparation au départ : comment concrètement préparer le départ ? papiers, logement (on va chez qui/connaissance par lien direct ou indirect, combien de temps, pourquoi), alimentation, argent ?
- qui a aidé au départ ?
- organisation du départ : préconstruite ou pas ?=le pays d'accueil vu comme une étape, comme une « stabilisation », comme une possibilité d'un premier temps et plus « si affinités », sur quoi reposent ces dernières ?
- projet professionnel dans le pays d'accueil : exercer en tant que médecin ? au courant des conditions (concours, commission, Conseil de l'ordre) ? et par qui ? (internet, collègues)
- par quels moyens les informations liées au pays d'accueil ou à l'émigration ont-elles été obtenues ? quelles représentations l'enquêté-e se fait-il/elle du pays d'accueil ou de l'émigration ? qui y concourent : médias (TV, internet), retour saisonnier des émigrés, discussion entre collègues, amis, famille, associations, voisins ?
- les réseaux familiaux ou amicaux ou associatifs ou professionnels (?) : où ? qui ? préciser la nature de la parenté. Comment l'enquêté-e développe et maintient le réseau

familial, à quelles occasions ? comment cela se traduit-il concrètement ? (internet, migrant-e-s/transmigrant-e-s et retour annuel au pays, réunion/cérémonie/festif)

o **Les prémisses du départ**

- le montage financier, qui paye ? et pourquoi ?
- déroulement concret des préparatifs, qui est au courant du départ ? les dernières personnes vues ?

2. Entre Là-bas et ici : le passage

En situation régulière

- Moyen de transport ? parti-e seul-e ? avec qui ? contact pendant le voyage ? contact maintenu ?
- si fréquentation de plusieurs pays : quels ont été les motifs, les modalités de passage, l'expérience professionnelle ou autre ?

3. ici : l'arrivée en France

- **l'arrivée en France** : les 1ers temps : comment cela s'est passé : logement ; conditions matérielles d'existence ? Accueil chaleureux ? Bonnes surprises ? Mauvaises surprises ?
- arrivée directe à Toulouse ou ailleurs ? depuis combien de temps à Toulouse ?
- **si projet d'être autorisé-e à exercer en tant que médecin** en France : essais au concours ? difficultés ? perception, préparation possible, nouveaux essais envisagés avec préparation, sentiment de décalage
- **si aide-soignant-e** : le parcours ? (établissement, ressources, appuis, négociation), quelle perception de ce travail ? quelle découverte ou non ? se sent il/elle intégrée ? (stabilité, acceptation par les autres, sentiment d'utilité sociale, reconnaissance, sentiment de déqualification/dévalorisation, « *dirty work* », difficultés et lesquelles, facilités et lesquelles)
- **le réseau**, fréquence, densité, amical, familial, professionnel, voisin, associatif, quartier vivant, commerçant, sorties, activités de loisir ? Interactions du quotidien ? festives ?
- **projet professionnel de devenir IDE**, comment-est-il venu (les infos) ? le processus de sélection, la formation : les attentes ? les projets professionnels (service ou spécialité ou public d'utilisateur ?) comment se sent il/elle dans la formation ? les appréhensions ? les motifs de satisfaction/ transférer des compétences acquises ultérieurement/processus de requalification/relégitimation ? attentes par rapport au stage ?
- **perception sur leur parcours professionnel**: réussite, déception, enrichissement personnel et/ou professionnel, réaménagement des projets initiaux
- **perception sur leur parcours migratoire** : enrichissement personnel, capacités nouvelles (à négocier, à connaître des gens, à trouver des ressources, à faire profiter les autres (là-bas) de ses compétences liées à la migration en les faisant venir par ex., capacité à développer du réseau, à trouver des appuis, à acquérir un sentiment de réussite/satisfaction malgré les difficultés) et reconnaissance de ces capacités/compétences entre le savoir-circuler/savoir s'adapter auprès des employeurs ?

Annexe 3

Guide d'entretien Temps 2

Constat 1^{er} temps :

Migrants issu-e-s des ex-colonies françaises :

- Dans le pays d'origine : ascension sociale/milieu familial, diplôme d'études supérieures, maîtrise inégale de la langue française mais obligatoire lors des études médicales, expérience professionnelle inégale dans la durée, contact avec les parents au pays, aide matérielle au pays, conditions économiques difficiles ou conditions d'intégration professionnelle difficile (remplacement) dans le pays d'origine
- Installation en France matérielle difficile, réseau familial peu dense ou réseau familial du/de la conjoint-e
- « marqueurs genrés » : pour les femmes : constitution d'une famille qui a freiné ou empêché la reprise des études médicales

Exercice professionnel d'aide-soignant-e :

- processus de déclassement,
- processus de disqualification sociale,
- pas de « voix au chapitre », taire ses compétences, son savoir, dans le dire et le faire
→ Mise à mal de l'identité sociale et professionnelle
- stratégies de compensation mobilisées (fierté de la mère, s'occuper des ainé-é-s comme au pays, comparer prise en charge des ainé-é-s entre le pays d'origine et le pays d'accueil)
- précarité sociale/professionnelle

Exercice infirmier :

- processus de revalorisation des compétences
- restauration d'une identité sociale et professionnelle, d'une certaine dignité sociale ?

Projet professionnel :

- un en particulier ?

Propositions de thèmes d'entretiens :

Phrase introductive : « Félicitations pour votre diplôme !, je souhaitais, en vous revoyant aujourd'hui, m'entretenir avec vous à propos de votre travail. »

1-Faire raconter une journée de travail, soit des évènements concrets du quotidien, pour voir comment la personne se situe dans son travail, dans ses relations avec les autres en cas d'aide

« Racontez-moi comment se passe une journée type de travail »

« Quand vous avez besoin d'un coup de main : qu'un/une collègue vous remplace, que vous avez un problème matériel ou autre, à qui vous adressez-vous au travail ? Quelle est cette personne ? Quelqu'un vous demande-t-il de l'aide, des changements parfois ? Quelles sont ces personnes »

- 2- Rapport au projet initial et à l'éventualité d'un retour notamment pour Mohamed et Mamadou
- 3- Explorer davantage les relations à la famille, amis ici et là-bas, des nouveaux amis ?
Accueil de parents ou amis migrants en France ?
- 4- Poser la question du financement pour la formation infirmière : prêt par un ami, quelqu'un de la famille, emprunt, remboursement ?
- 5- Comment se passe le retour au pays, des choses ont changé dans le pays, depuis le DEI ?
- 6- Quels sont les projets à venir sur le plan professionnel ?

Annexe 4 (1)

Retranscription des entretiens de deux responsables d'IFSI

Entretien 1 du 03/02/2015 de 17h30 à 18h00 avec une responsable d'un IFSI de la région (RI 2)

NT Je conduits un travail auprès des médecins non européens candidats au DEI et comme tu es responsable de ce dispositif de formation, je trouvais intéressant de croiser les regards sur ce dispositif, sur l'histoire depuis ce nouveau programme, si tu as des éléments de comparaison, comment peux-tu parler de cet accompagnement pédagogique auprès de ces étudiants ?

RI 2 Alors concernant l'accompagnement spécifique de ces étudiants, j'y suis depuis le nouveau programme ; c'est quelque chose qu'on faisait avant mais personnellement je ne les ai pas accompagnés ces médecins étrangers avant. Tout simplement parce qu'on est resté une période juste avant la mise en place du nouveau programme et les premières années de mise en place du nouveau programme où on n'a pas accueilli de médecins. Il y a eu une pause. On a repris en 2013-2014.

NT Et tu as eu l'occasion d'échanger avec des personnes qui suivaient les médecins étrangers dans l'ancien programme ?

RI 2 J'ai un peu échangé avec D. qui justement a suivi ces personnes. On faisait quelques apports à ces médecins mais ce n'était pas aussi structuré que ça l'est maintenant. Il y a les obligations en lien avec le texte, qu'ils assistent à des UE, qu'ils valident certaines UE alors qu'avant ces étudiants étaient intégrés en deuxième ou troisième année, je crois.

NT Avant il y avait une répartition sur la région, il y avait une collaboration, un partenariat entre les deux IFSI pour l'accompagnement de ces étudiants.

RI 2 Je ne sais pas si on peut parler de partenariat, en tout cas il y avait des modalités d'organisation harmonisées et il y avait une entente sur la capacité d'accueil des étudiants. Donc avant je ne peux pas trop t'en parler personnellement. En fait ma première expérience de suivi de ces personnes à profil particulier, c'est depuis ce nouveau programme.

NT Tu as un an de recul comme nous, qu'est-ce que tu as envie de dire ?

RI 2 J'en ai eu trois en formation de l'an dernier, trois étudiantes, un cette année parce qu'on a réitéré.

NT Vous aviez beaucoup de demandes ?

RI 2 Il y en a beaucoup chaque année. On en a pris un après sélection, on a des critères de sélection quand même. On regarde le parcours, on regarde le diplôme et le pays d'obtention

du diplôme, un peu plus ou moins, et on regarde surtout les capacités linguistiques. Et on regarde le profil et le passé professionnel.

NT Quels sont les points sur lesquels vous vous accordez ?

RI 2 L'expérience professionnelle, le type de diplôme, le milieu de santé dans son ensemble pas forcément en tant que médecins parce qu'ils se présentent tous comme médecins ; en général, on regarde le passé professionnel, la discipline aussi un petit peu mais on ne va pas s'accrocher dessus, et le pays d'obtention. Par exemple, arbitrairement je ne sais pas, il y a des médecins qui ont en service de maternité en Afrique cela ne veut pas dire qu'on ne les prend pas mais on sera, par rapport au calage avec l'attendu dans les pratiques infirmières, par rapport aux attendus en matière d'hygiène, en matière d'organisation du travail, en matière de connaissances dans certaines pathologies, on fait quand même un système de sélection.

NT Et c'est par rapport à l'Afrique ?

RI 2 Non, pour d'autres pays aussi. En tout cas quand le parcours ne met pas en évidence suffisamment et clairement les compétences que l'on estime qui pourront aussi être transférables à un exercice infirmier.

NT Et donc cette année, au vu de la sélection, un candidat a été retenu ?

RI 2 Oui et ce qui compte beaucoup aussi c'est l'expression, le langage, les capacités linguistiques et rédactionnelles un petit peu.

NT Comment voyez-vous les capacités rédactionnelles ?

RI 2 Dans les lettres de motivations, dans la description du cursus antérieur, c'est aussi un moyen pour nous d'évaluer. Après c'est le directeur d'IFSI qui sélectionne. Personnellement je n'ai pas participé à la sélection, je n'étais pas disponible.

NT Qu'est-ce que tu aurais envie de dire par rapport à cet accompagnement spécifique? Quels sont les éléments que tu retiens entre la validation théorique de l'UE à l'IFSI, le temps du stage, l'acquisition de la posture professionnelle ?

RI 2 Nous évidemment on a pris en compte, pour faire cette formation, les éléments du référentiel avec les contraintes du référentiel ; donc on a pris d'office le parti de mettre tous les cours qui servent les évaluations de l'UE 3.1 et plus globalement dans son ensemble qui servent le raisonnement clinique et la démarche de soin. Ils y assistent, on a fait le choix qu'ils y assistent. Par rapport à l'alternance on l'utilise aussi, en fait la différence avec un cursus lambda, c'est que certes le cursus est concentré sur un an au lieu de trois parce qu'on tient compte des compétences antérieures, la formation est concentrée sur un an, elle est fortement personnalisée, individualisée et avec une détermination des ressources en termes d'acquisition des savoirs théoriques qui est pour le coup déterminée par nous et en supplément du référentiel ; on fait le choix de certains enseignements supplémentaires au-delà de ce qui est préconisé par le référentiel, pour que cet étudiant soit opérationnel dans la fonction, c'est-à-dire un qu'il délimite son champ de compétences et ses responsabilités, premier objectif

global de la formation : délimiter son champ de compétences et de responsabilités ; deux acquérir des soins, des pratiques prévalentes infirmières, l'acquisition des pratiques prévalentes infirmières avec des ateliers de pratiques où ils y sont systématiquement, les calculs de dose où ils y sont systématiquement ; ce sont des étudiants qu'on positionne sur les trois années de formation, c'est en cela que la formation est individualisée ; des apports concernant le cadre de l'exercice infirmier, des apports sur les pratiques usuelles et prévalentes, des apports sur l'hygiène qui est en lien avec les pratiques et troisième axe on les aide à développer la posture infirmière, quitter la posture de médecin pour adopter la posture infirmière. Donc ça passe par des analyses de pratique réflexives que l'on demande de faire pendant le stage, ça passe par l'enseignement clinique parce qu'on utilise aussi pour ces étudiants l'alternance pour favoriser l'intégration des savoirs et évaluer la posture.

NT Alors là tu m'as bien déterminé les trois objectifs globaux.

RI 2 Voilà alors on a bâti quelques outils aussi qui formalisent le suivi, en fonction des cas et de leur mode de financement, on peut être amené à être en relation avec les entreprises qui les financent, parfois ils sont en exercice ; celui que j'ai cette année travaille donc là on les prévient quand même que c'est la formation qui prime durant cette année, on ne fait pas trop de concessions, la seule concession que je fais c'est que je lui communique son planning que je fais personnellement, c'est moi qui élabore son planning puisque que c'est moi qui choisis, qui détermine les enseignements qu'il est susceptible de suivre et je lui communique son planning suffisamment à l'avance pour qu'il puisse s'organiser et conserver une partie de son exercice professionnel. Il fait fonction d'aide-soignant dans un centre de soins à domicile.

NT Sur l'année qui vient de s'écouler, qu'est-ce que tu retiens ?

RI 2 On avait trois étudiantes en formation, deux qui avaient, l'année d'avant, entamé un cursus universitaire puisqu'elles avaient tenté la PACES qu'elles n'ont pas réussi ; elles avaient tenté la PACES parce qu'elles avaient fait leur demande d'intégration à l'IFSI depuis fort longtemps et qu'elles étaient en attente du déverrouillage, de l'ouverture des portes ; donc en attendant elles voulaient rester dans un circuit d'apprentissage, en tout cas c'est ce qu'elles m'ont donné comme explication, elles avaient décidé de faire cette année de PACES. Donc pour ces deux qui ont fait la PACES, curieusement elles ont très bien réussi leur cursus aménagé ici, ça s'est très bien passé en stage ; la troisième c'est plus difficile, je dirais que bon dans la théorie, bon an mal an c'était moyen mais ça a été, par contre en stage elle n'est pas encore dans une autonomie d'exercice et de responsabilité en tant qu'infirmière. Et on ne peut pas dire que les acquis dans les pratiques de base soient bien posés. C'est ce qui fait qu'elle a déjà été présentée en juillet, en novembre et là en mars, elle a fait déjà trois stages de diplôme d'Etat pour lesquels il n'y a pas eu la validation sur les compétences attendues, 1, 2, 4 et 9 avec des difficultés de mise en lien et d'application du raisonnement clinique, avec des difficultés à s'organiser, à être autonome, à prendre des initiatives dans la coordination et l'argumentation de ses interventions; et avec des pratiques de base qui ne sont pas suffisamment conformes à ce qu'on peut attendre en termes de qualité des soins.

NT Et après pour les choix des stages, est-ce que c'est une problématique parce que ce sont des étudiants un peu particuliers ?

RI 2 Pour le choix du stage on privilégie les soins de courte durée quand même parce que ce sont des services qui nous permettent à nous d'évaluer leur capacité d'adaptation rapide et d'organisation et aussi de maîtrise de certains gestes techniques. Donc on privilégie la mise en soins de courte durée parce qu'aussi on veut attester d'un niveau minimal.

NT Par rapport aux stages, pas de politique de stage particulière ?

RI 2 Non, ils effectuent un stage de dix semaines donc dans les soins de courte durée, on leur donne un panel de choix de lieux, on leur laisse choisir le lieu dans la typologie en fonction de leur projet professionnel parce qu'il y en a qui en ont déjà parfois, et de ce qu'ils ont envie d'aborder du point de vue des soins infirmiers. Par exemple le dernier de cette année, qui est chirurgien orthopédique, on ne va pas l'envoyer en orthopédie parce qu'on considère qu'il faut lui ouvrir l'horizon.

NT Vous avez été amenée, dans l'équipe, à réajuster des choses cette année par rapport à l'an dernier ?

RI 2 On a étoffé par rapport aux outils de suivi des apprentissages, c'est tout bête mais il fallait des feuilles de présence spécifiques pour lui, des feuilles de suivi ; après on a aussi beaucoup calqué des choses que l'on fait pour nos étudiants, par exemple les outils de suivi pour le mémoire de fin d'études, on les a adaptés par rapport au fameux rapport qu'ils doivent rédiger. On a adapté quelques outils mais on n'a pas fait de réajustements majeurs par rapport à la promotion de l'an dernier ; il me fait plusieurs cycles pour voir. La sélection des enseignements est purement arbitraire du coup, ça passe par mon regard même s'il est partagé quand même par les équipes et la direction évidemment qui supervise. C'est moi qui vais déterminer que tel enseignement ou tel enseignement de telle ou telle UE peut être intéressant pour lui ou pas.

NT Et parfois tu es amenée à prendre des enseignements de toutes les UE ?

RI 2 Parfois quand je le juge utile.

NT Est-ce qu'il y a des enseignements que tu recommandes fortement et d'autres que tu proposes parce que parfois ils sont dans des contraintes pas toujours évidentes ?

RI 2 En tout cas ceux qui sont obligatoires, c'est l'unité 3.1 mais pour moi je ne concevais pas la 3.1 sans qu'ils fassent la 3.2 ; dans l'unité relative à l'organisation du travail, le rôle infirmier et l'inter professionnalité oui parce qu'il faut qu'il apprenne à collaborer parce que certes même s'il a collaboré dans son pays en tant que médecin, là il collabore au sein d'une équipe en tant qu'infirmier donc il a aussi des choses à apprendre. Et en plus on a un projet de formation spécifique au développement de la compétence « savoir coopérer » et donc je trouvais intéressant qu'il soit inclus dedans. En termes d'apport incontournable pour moi qui n'est pas dans le référentiel mais qui est incontournable c'est certains apports de l'unité « législation éthique déontologie », ça me paraît indispensable pour qu'il délimite le champ de compétences. Les pratiques cela va de soi. Ce sont des étudiants que je peux aussi faire intervenir ponctuellement sur l'unité des soins palliatifs et de fin de vie en termes d'analyse

de situation professionnelle et de développement du questionnement, tout comme il peut participer à la démarche éthique, à la réflexion éthique aussi. C'est très arbitraire.

NT Je voulais savoir si tu avais dans ta façon de présenter des incontournables et puis d'autres au choix ou tu en fais un seul ensemble.

RI 2 C'est vraiment personnalisé dans le sens où je tiens compte des acquis antérieurs et du profil, c'est aussi déterminé en fonction de l'aptitude de l'étudiant à suivre ou pas et puis de ce que l'on considère pouvant intéresser le développement de la posture infirmière et de l'identité ; puisque chez eux il faut créer de l'identité infirmière. C'est ça surtout. Après ils ont un accompagnement personnalisé sur leur travail de rédaction pour qu'ils soient traités en équité par rapport aux étudiants de troisième année qui ont une guidance, eh bien eux aussi ont une guidance pour l'élaboration de leur écrit. Je suis le coordinateur et le responsable de cette formation spécifique, j'élabore les plannings et le programme de formation au mois le mois, je passe le relai aux équipes c'est à dire j'informe chaque équipe concernée, je transmets le planning de cet étudiant en alertant les formateurs sur la présence de cet étudiant aux enseignements spécifiques. C'est moi qui leur sers de référent pédagogique.

NT Et tu es aussi sur les missions similaires, tu disais aussi que tu t'occupais de l'intégration des infirmier-ère-s étranger-ère-s ?

RI 2 Dans la sélection parce qu'après ces infirmiers étrangers on les sélectionne conformément aux textes selon les modalités d'accès à la formation, article 30 et quelque, et ceux-là ont une modalité de sélection spécifique par contre quand ils rentrent, ils sont dispensés de la 1^{ère} année de scolarité et ils intègrent en 2^{ème} année, donc ça devient pour nous des étudiants lambda qu'on suit quand même. Après ils sont suivis par les équipes.

NT Au niveau du Cefiec, je sais qu'il y a eu une réflexion...

RI 2 Il y a eu une réflexion par rapport au mémoire de fin d'études, une trame avec une grille des attendus. C'est l'article 27 pour les infirmiers étrangers.

NT Tu aurais des demandes particulières ? Tu souhaiterais que les choses soient davantage formalisées au niveau de la région ? Ou cette organisation te convient telle que vous l'avez trouvée ?

RI 2 C'est toujours intéressant d'échanger sur les pratiques voire d'harmoniser, de disposer d'outils, mutualiser c'est toujours intéressant. On est opérationnel, ça ne pose pas de grandes difficultés pour nous ; une fois que t'as fait, tu peux effectivement réajuster, améliorer toujours, c'est ce qu'on fera avec le temps, avec les années.

NT Mais tu n'as pas spécialement de demandes pour l'instant ?

RI 2 Ça a bien marché, ça roule. On ne peut pas dire qu'on soit très frustré de. Dans les retours que l'on en a eus, elles ont été très satisfaites les étudiantes de la promotion précédente ; même celle qui n'a pas eu le diplôme, elle dit qu'elle est superbement bien accompagnée, encadrée, ce sont des difficultés d'apprentissage, c'est essentiellement sur

l'adoption de la posture, cette fille, je pense à elle, c'est pour ça que j'ai cité l'Afrique, elle était originaire de Madagascar et elle s'occupait des soins de santé en prévention primaire pour les maternités, elle était médecin donc c'était très ciblé finalement son champ d'action, c'est ce qui fait peut-être aussi que dans les pratiques de soins et de techniques, elle n'a pas un grand panel. Parce que tu vois, le salvadorien que l'on suit cette année, il avait la pratique de la chirurgie, c'était un étudiant qui avait fait en tant qu'étudiant de médecine un stage d'orthopédie à Toulouse; donc il était particulièrement familiarisé avec le système de soins français. Il a rencontré sa femme et il a décidé de rester. Tu vois, il était plus sensibilisé parce que tu vois quand ils viennent d'un hôpital de brousse, forcément il y a un décalage, forcément ! Ce ne sont pas les mêmes attendus, je le vois bien, même en hygiène.

NT Je te remercie pour ces réflexions.

RI 2 Je crois que tu auras de la matière à analyser.

NT Oui tout à fait !

Hors micro, cette responsable me confie qu'elle trouve un intérêt passionnant à ces rencontres humaines. Elle considère que ce qu'elle fait peut s'apparenter à une mission qui a un sens dans notre monde actuel, cela permet la mobilité.

Annexe 4 (2)

Retranscription des entretiens de deux responsables d'IFSI

Entretien 2 du 09/03/2015 de 14h00 à 14h30 avec une responsable d'un IFSI de la région (RI)

NT Je vous remercie de m'accorder cet entretien en rapport avec ce travail que je fais de compréhension de la situation de ces médecins non européens candidats au DEI. Vous êtes à un poste de responsabilité dans cet IFSI et assurez l'accueil et la sélection de ces médecins, je voulais avoir votre impression après votre recul d'un an. Que pensez-vous de la sélection actuelle, vous semble-t-il nécessaire de réajuster certains points de cette sélection ? Est-ce qu'elle vous semble satisfaisante telle qu'elle se fait actuellement ?

RI Effectivement on est parti sur une nouvelle formule en sachant que l'on a un pourcentage qui est dédié pour recevoir ces médecins étrangers et les présenter au diplôme, 2% de notre effectif, ce qui revient à en recruter environ cinq sur un nombre de candidats de quinze environ. Dans le dossier de candidature, il y a des pièces qui doivent être obligatoirement fournies et c'est déjà un critère qui entre en compte. Je me souviens par exemple d'un candidat qui n'avait pas pu me fournir son carnet de vaccination parce qu'il l'avait perdu et ne pouvait pas du tout se refaire faire un duplicata ; et dans le mesure où c'est une pièce obligatoire, je n'avais pas pu le prendre. Le dispositif est assez strict. Globalement je suis satisfaite des candidats qui ont été recrutés parce qu'ils ont réussi à obtenir le diplôme d'Etat. Ce que je perçois quand même c'est que c'est un gros investissement de notre part pour les mener jusqu'aux épreuves, notamment au niveau du stage parce que c'est là que ça pose le plus problème parce qu'ils sont dans l'apprentissage d'un nouveau métier et cela demande un encadrement très soutenu, très suivi. Heureusement que l'on n'en prend pas beaucoup mais ceci dit c'est là où ça pêche le plus, parce que certes, ils ont les connaissances nécessaires sur pas mal de domaines mais tout ce qui concerne le cœur de métier, alors ils ont des enseignements sur ces cœurs de métier, des unités d'enseignement autour du raisonnement clinique, autour du projet de soin mais il y a vraiment un suivi pédagogique à mettre en place qui est plus important que ce que l'on aurait pu penser. Au niveau de la sélection, il ne faut pas se tromper, déjà la maîtrise de la langue, c'est un incontournable. Pour l'instant je ne fais que des entretiens avec eux, ils fournissent bien sûr tout leur dossier, il y a une lettre de motivation et je n'ai pas la garantie que ce soit eux qui l'aient écrite ; mais déjà au niveau de l'oral, j'ai une bonne appréciation à partir de notre entretien s'ils maîtrisent ou pas la langue. J'ai eu un souci avec une candidate d'origine asiatique qui était en grosse difficulté et déjà au niveau de la compréhension, elle parlait français pourtant, on a eu l'impression qu'elle ne comprenait pas bien les consignes ; et puis l'apprentissage du métier a été ensuite très difficile en termes de positionnement et même on s'est interrogé sur les savoirs de base qu'elle avait, car en service c'était compliqué pour elle. Aujourd'hui je fais des entretiens uniquement à l'oral, peut-être me faudrait-il organiser une autre épreuve, ce qui n'est pas prévu dans les textes, pour la sélection il n'y a pas vraiment des modalités qui soient extrêmement précises. Chaque responsable mène cette sélection un peu comme il l'entend. Pour l'instant on n'a pas d'autres directives qui nous soient imposées. Et dans la mesure où je n'ai pas trop de

demandes je peux organiser des entretiens oraux. Maintenant pour rajouter une épreuve écrite, sur quoi devrait-t-elle porter ? Aujourd'hui c'est vrai que je ne l'ai pas envisagée.

NT Quand vous les recevez, vous leur posez quelques questions sur ce qu'ils ont fait ?

RI Je leur demande leur parcours, leur expérience, ce qu'il m'intéresse de savoir c'est leur date d'arrivée en France pour voir s'ils ont pu exercer leur profession dans leur pays d'origine ou pas; et puis qu'ils argumentent, qu'ils expliquent les raisons mais la plupart du temps, ils n'ont pas exercé ou très peu et ils sont surtout en grande précarité parce qu'ils ne peuvent plus travailler ni comme infirmiers ni comme aides soignants donc ce sont vraiment des petits boulots qu'ils exercent, ils ont hâte vraiment de pouvoir exercer une profession qui va leur permettre de vivre normalement.

NT Est-ce qu'il vous semble qu'il y a des critères plus facilitant que d'autres dans leur parcours, pour ce projet?

RI Peut-être les expériences qu'ils ont eues dans le champ de la santé soit parce qu'ils ont exercé la profession de médecin soit parce qu'ils ont pu travailler souvent dans des maisons de retraite, en contact avec un public de personnes qui présentent des besoins en santé. Déjà ils ont une connaissance du milieu soignant, pour moi c'est une immersion : ils sont dans un milieu où ils ont des personnes à soigner. La plupart ont ce profil-là car la plupart exercent dans des maisons de retraite. Et il me semble que ce qui leur manque est qu'ils ne connaissent pas la profession d'infirmière ou du moins dans les grandes lignes ; d'ailleurs ils le disent après quand ils sont sur les terrains de stage, ils disent qu'ils n'avaient pas mesuré tout ce qui était attendu dans l'exercice infirmier ; ils ne voyaient que les soins techniques mais ensuite toute la partie d'analyse des besoins d'une personne, la mise en place d'un projet, s'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire, ce sont des éléments qu'ils découvrent et qui pour eux sont difficiles.

NT Le texte prévoit 10 semaines de stage, est-ce que vous pensez que cela est suffisant au regard de ce que l'on vient de dire ?

RI Non justement, il faudrait pouvoir leur offrir des temps de stage beaucoup plus longs mais c'est difficile des deux côtés, c'est difficile pour nous car au niveau des places de stage on n'en a pas pléthore et puis pour eux aussi car très souvent ils travaillent, c'est du temps où ils ne sont pas rémunérés. Et je me souviens pour une étudiante, il avait fallu que je fasse une attestation pour le stage parce qu'on ne voulait pas la libérer de son travail. Cela posait problème pour la remplacer sur le lieu où elle travaillait. L'idéal serait d'augmenter le nombre de semaines de stage mais c'est difficile des deux côtés.

NT Est-ce que vous pensez aussi que l'article 34 qui met en avant des exigences réglementaires est suffisant ? Parce que l'on sait que pour acquérir une posture professionnelle infirmière, il y a un programme de trois ans qui est prévu, est-ce que vous pensez qu'il est nécessaire de jeter un regard sur les trois ans aussi bien théorique que pratique pour permettre l'acquisition de cette posture ?

RI Il y a effectivement ce que demande le texte sur un plan réglementaire que bien sûr l'on suit, on leur demande d'assister aux cours, de passer les évaluations des unités d'enseignement correspondantes, par contre on s'est aperçu en lien avec les exigences proposées aux autres étudiants qu'il y avait des parties du programme qui nous paraissaient importantes pour eux de rendre obligatoires ; c'est comme ça qu'on les a inscrits à la formation des gestes et soins d'urgence ; on les a aussi inscrits à l'évaluation de la 4.4 sur la transfusion sanguine, on leur fait faire également de la manutention et tout ce qui est « calcul de doses », en fait en ce qui concerne les exigences que nous avons pour nos étudiants qui figurent dans les grandes orientations de notre projet pédagogique, on a souhaité qu'ils soient eux aussi soumis aux mêmes règles pour que la formation ne soit pas uniquement une formation inscrite dans les textes mais corresponde au mieux à des exigences attendues chez tout professionnel. On a rajouté ça et je sais pour en avoir parlé avec d'autres collègues qu'ils ne s'en sont pas uniquement tenus à ce qui était prévu par les textes.

NT Sur le plan de la région, il y a eu une volonté d'harmoniser les attentes sur le travail de fin d'études pour ces candidats, par contre il n'y a pas de volonté d'harmoniser sur le plan régional l'organisation théorique de leur cursus ?

RI Non, on a des textes réglementaires, on a de la part de l'ARS une obligation d'en prendre un certain pourcentage dans tous les IFSI de la région mais ensuite on n'a pas été dans le détail de ce qui est attendu notamment par rapport au travail écrit qui ressemble à un mémoire de fin d'études sur une situation interpellante qu'ils ont vécue en stage ; je me suis rendue compte en échangeant avec mes collègues que nous n'avions pas les mêmes exigences à savoir que le texte parle d'un travail écrit ; nous nous sommes calés sur les mêmes modalités que pour nos étudiants de troisième année c'est à dire un travail écrit et aussi une soutenance orale ce qui ne se fait pas dans d'autres IFSI. Quand on a échangé autour de ce thème avec la conseillère pédagogique, celle-ci disait qu'effectivement en lien avec notre projet pédagogique, on pouvait avoir d'autres types d'exigences. Cela me semblait important de valoriser aussi, au moment d'une présentation orale, leur travail.

NT Je pensais aussi à une harmonisation sur le plan de l'organisation du cycle de formation, des apports. Car ce que ne dit pas le texte réglementaire et ce que s'approprie chaque IFSI pour construire un projet de cursus de formation, il n'est pas toujours simple de penser à tout, d'établir certaines priorités, cela pourrait être intéressant sur le plan régional ? De se mettre d'accord sur un cheminement, un parcours type avec des incontournables ?

RI C'est vrai qu'il y a eu un travail fait autour du travail de fin d'études ; on n'a pas été visiter ce qui se faisait dans les UE des semestres 1 et 2 ni par rapport aux objectifs de stage.

NT Parce que vous voyez, du temps de l'ancien programme, il y avait une concertation entre les IFSI sur la façon d'organiser le parcours. Il y avait une répartition et cela montrait une dynamique d'accueil et au niveau de la région, cela peut être aussi une forme de reconnaissance ?

RI Oui et non parce que chaque IFSI a une coloration bien particulière, il me semble que l'on ne peut pas avoir la même logique d'apprentissage en fonction des établissements support et

du contexte institutionnel. Là je fais référence aux stages où on n'a pas du tout les mêmes potentiels, les mêmes organisations. Par exemple, au niveau des enseignements cliniques, ce sont des étudiants que l'on suit de très près, ce n'est pas un enseignement clinique par période cinq semaines, c'est multiplié par cinq ou six au besoin, et il me semble que ça ne pourrait pas être réalisé de la même manière dans les autres IFSI. On le fait parce qu'on a des formateurs dédiés pour ça, il y aura toujours un formateur qui peut se rendre disponible ce qui n'est pas le cas dans les IFSI plus petits ; il me semble que pour harmoniser un parcours, pour harmoniser un encadrement, ça ne peut se faire qu'entre instituts de taille égale.

NT Est-ce que vous pensez qu'en terrain de stage, il faudrait exclusivement des soins de courte durée pour ces candidats qui ont souvent une étape importante à franchir en termes d'intégration des règles d'hygiène et de sécurité, en termes de pratiques ?

RI C'est difficile de répondre parce que bien sûr l'idéal ce serait de les faire transiter par les différents familles de stage mais on a un temps qui est réduit, il me semble que dans « la courte durée », ils vont trouver un ensemble de techniques de soin et de types de prise en charge, qui va être le plus adapté à ce qu'ils vont devoir mettre en place dans leur exercice infirmier. Il me semble que c'est davantage là qu'il y a un peu de tout. Je ne sais pas bien les choix qui vont être faits pour les étudiants de cette année mais l'année dernière c'est vrai que l'on était sûr de « la courte durée », c'est là où il y a le plus d'apprentissage.

NT Parce que là il y a des lieux de stage en SSR sur le potentiel de troisième année.

RI Il faut que je regarde parce qu'il faut que ce soit le plus complet possible pour leurs acquisitions. Ce ne sont pas des places que l'on demande en plus, on a ces places qui sont dans le potentiel donc très souvent les choix sont faits pour les étudiants de troisième année en lien avec leur parcours, ce qui leur manque, ce qui a été dit lors des CAC (Commissions d'Attribution des Crédits), après il reste des places de stage qui risquent de ne pas être effectivement toujours les plus adaptées à leur profil.

NT Quand vous rencontrez ces candidats avec un parcours migratoire particulier, des expériences de vie particulières, vous auriez envie d'ajouter quelque chose dans la perception de leur situation ? Vous pensez que l'IFSI a un rôle à jouer dans l'intégration de ces personnes qui au décours de leur carrière se trouvent à se réorienter ?

RI J'attache une grande importance à la rencontre avec eux parce qu'ils ont tous vécu des situations de vie très difficiles, de vie ou d'exercice professionnel très difficiles, il me semble que la première des choses à leur offrir c'est déjà une écoute bienveillante par rapport à leur trajectoire, c'est la première des choses, il faut être présent et sensibilisé à leur histoire, être à leur écoute, être bienveillant même si on sait qu'on ne pourra pas tous les prendre mais au moins leur donner l'espoir qu'un jour ils pourront intégrer le dispositif. Quand on a des candidats qui sont vraiment dans une démarche professionnelle qui leur tient à cœur ; après j'en ai vu qui étaient beaucoup moins motivés ; mais ceux qui y sont vraiment, c'est pouvoir leur donner l'espoir qu'ils pourront y arriver. Ainsi, j'ai des candidats que je mets en liste complémentaire.

NT Et en attendant de les intégrer dans le dispositif, vous leur avez donné quelques conseils ou orientations ?

RI Je leur ai dit de renouveler leur demande en temps utile en leur précisant les périodes, de bien me noter dans la lettre de motivation que je les ai reçus et je sais qui prendre. Je leur ai dit de continuer à mûrir leur projet professionnel pour arriver un an après avec peut-être d'autres éléments de motivation.

NT Et ces candidats exercent en tant que faisant fonction d'aides-soignants ou ASH ?

RI Oui ils sont dans les maisons de retraite pour la plupart. Bientôt je vais refaire la sélection, ils ont jusqu'au 30 avril pour s'inscrire, je reçois déjà pas mal de courrier, chaque fois on leur demande de compléter le dossier.

NT Vous auriez des suggestions à faire ?

RI J'ai envie de dire qu'à mon niveau, ce qui me paraît important est que les formateurs en charge de ces étudiants doivent avoir un profil particulier à savoir présenter de l'intérêt pour ce type d'encadrement un peu particulier, de suivi pédagogique, de l'intérêt à cette mission, un engagement de leur part pour un accompagnement personnalisé, individualisé, de la disponibilité. Dans les profils de formateurs référents il faut que je sente qu'il y ait un engagement derrière, ce n'est pas prendre ce petit groupe pour un autre, il faut s'y impliquer et même plus que ça. Voilà ce que je peux dire aujourd'hui.

NT Je vous remercie !

RI Avec plaisir !

14 BIBLIOGRAPHIE

Revues et articles

BERSET A, WEYGOLD O et HAINARD F : « Qualification-déqualification professionnelle des immigrants ». Approche théorique, *Revue européenne des migrations internationales*, Vol.15-N°3-1999

COLLET B. et VEITH B., « Les faits migratoires au prisme de l'approche biographique », Les migrations au regard des récits de vie, *Migrations société*, Vol.25-n°145, janvier-février 2013

JAUNAIT A. et CHAUVIN S., « Représenter l'intersection », Les théories de l'intersectionnalité à l'épreuve des sciences sociales, *revue française de science politique*, 2012/1 Vol.62

PAPERMAN P., (2010), "Ethique du *care*: un changement de regard sur la vulnérabilité", *Gérontologie et Société*, n°133.

ROUBEYRIE R, « Perspectives d'avenir pour les infirmiers étrangers », Professions de santé et emplois protégés, *Migrations société*, CIEMI, Vol.16, n°95 septembre-octobre 2004

STREIFF-FENART J., « Le « modèle républicain » et ses autres : construction et évolution des catégories de l'altérité en France », Modèles d'intégration et intégration des modèles, *Migrations société*, Vol.21-n°122, mars-avril 2009

WIEVORKA Michel, « L'intégration : un concept en difficulté », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Vol. CXXV (221-240), 2008

Ouvrages

BECKER H S, (1985) « Outsiders », Etudes de sociologie de la déviance », Editions A.-M. Métailié.

BERTAUX D, (2010) « Le récit de vie », l'enquête et ses méthodes, Armand Colin, 3^{ème} édition.

CAMPENHOUDT L.V., MARQUIS N., (2014) « Cours de sociologie », Dunod,.

COUDRAY M-A , GAY C., (2009) « Le défi des compétences, comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières », Elsevier Masson.

DUBAR C., (2010), « La crise des identités », L'interprétation d'une mutation, Collection Le lien social, PUF, 4^{ème} édition.,

GILLIGAN C., (2008) « Une voix différente », Pour une éthique du care, Collection Champs essais, Flammarion.

GOFFMAN E, (1973) « La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 1 : la présentation de soi, » Paris, Editions de Minuit.

GOFFMAN E., (1975) « Stigmate », les usages sociaux des handicaps, Les éditions de Minuit, Collection « Le sens commun ».

HUGUES E.C., « Le regard sociologique », Essais choisis, Editions de l'EHESS, 1996,

KHELLIL M, (2008), « Sociologie de l'intégration », Que sais-je ?, PUF, Paris, 2^{ème} édition.

KRASTEVA A et DESPINA V. (sous la dir.), (2014), « Migrations en blanc, médecins d'est en ouest », Edition L'Harmattan, Collection Local et Global.

LE BRETON D., (1995), « Anthropologie de la douleur », *Traversées*, Métailié, Paris.

PAUGAM S., (2007) « Repenser la solidarité », PUF.

PEUGNY C., (2009) « Le déclassé », Ondes vécues, Edition Grasset.

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., (1988) « Manuel de recherches en sciences sociales », Dunod, Bordas.

ROULLEAU-BERGER F., (2010) « Migrer au féminin », collections La nature humaine, PUF.

SAYAD A, (1999), « La double absence », Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré, collection Liber, Seuil.

STRAUSS A., (1992) « La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, Edition L'Harmattan, .

WELZER-LANG D. (2004), « Les hommes aussi changent », Petite Bibliothèque Payot,

ZIMMERMANN B, (2014), « Ce que travailler veut dire », Edition Economica.

Documents disponibles sur internet

ARBORIO A-M., « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides soignantes dans le monde professionnel de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, Vol.13, n°3, 1995, Les professions de soins ; infirmières et aides soignantes.
URL : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1995_num_13_3_1338

BLAIN Marie-J, SUAREZ-HERRERA J C et FORTIN S, « L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale », *Anthropologie et Santé* (en ligne), 5/2012, mis en ligne le 27 novembre 2012, URL : <http://antropologiesante.revues.org/973>, consulté le 25 septembre 2013

BOURDIEU P.. « L'illusion graphique », in : Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 62-63, juin 1986. L'illusion graphique. DOI : 10.3406/arss.1986.2317, http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/arss_03355322_1986_num_62_1_2317

BREVIGLIERI M., « De la cohésion de vie du migrant: déplacement migratoire et orientation existentielle », *Revue européenne des migrations internationales* [en ligne], vol.26- n°2 | 2010, mis en ligne le 01 septembre 2013, URL : <http://remi.revues.org/5137> ;DOI : 10.4000/remi.5137, consulté le 3 juin 2015

BRUGERE F. « Qu'est-ce que prendre soin aujourd'hui ? », *Cahiers philosophiques*, 2014/1n°136, DOI : 10.3917/caph.136.0058, consulté le 3 juin 2015

CHATZFELD C, BOIDE M et BAUMELOU A, « Professionnels de santé non citoyens européens et/ou à diplôme non communautaire » Leur difficile intégration dans le système français Cas des médecins et des infirmiers, *Hommes et migrations* (en ligne), 1282/2009, mis en ligne le 29 mai 2013, URL : <http://hommesmigrations.revues.org/452>, consulté le 16 octobre 2013

COGNET M, « Quand l'ethnicité colore les relations dans l'hôpital », Hors dossier, N°1233, septembre-octobre 2001- www.hommes-et-migrations.fr/docannexe/file/1233/1233-10.fr consulté le 28/05/2014

DEPLAUDE M-O, « Une xénophobie d'Etat ? », les « médecins étrangers » en France (1945-2008), *Politix*, 2011/3n°95, DOI : 10.3917/pox.095.0207, consulté le 16 octobre 2013

DUMONT A, « L'état des recherches sur les associations de migrants internationaux », *Revue européenne des migrations internationales*, (en ligne), Vol.26- n°2/2010, mis en ligne le 01 septembre 2013, revues.org URL : <http://remi.revues.org/index5147.html>, consulté le 16 octobre 2013.

FIBBI R. et D'AMATO G., « Transnationalisme des migrants en Europe : une preuve par les faits », *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol.24 n°2/2008, mis en ligne le 16 décembre 2008, URL: <http://remi.revues.org/4452>, consulté le 10 octobre 2012

GROSSETI M., « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux », http://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE-CIS_120_0005, consulté le 21/11/2014

GUILLAUMIN C cité par COGNET M, « Quand l'infirmière est noire. Les soins et services de santé dans un contexte raciste », *Face à face*, [En ligne], 6|2004, mis en ligne le 01 février 2004, consulté le 28 mai 2014. URL : <http://faceaface.revues.org/344>

LENDARO A., « Inégalités sur le marché du travail, entre deux générations d'immigré-e-s », ce que l'action publique fait aux parcours de vie, *Revue française de sociologie*, 2013/4 VOL 54, <http://www.cairn.info/revue-française-de-sociologie-2013-4-pages-779.htm> consulté le 13/11/2014

LOCHARD Y, MEILLAND C et VIPREY M, « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail », les effets d'une discrimination institutionnelle, *La revue de l'Ires*, n°53, 2007, http://cairn.info/en.php?ID_ARTICLE-RDLI_053_0083 consulté le 16/06/2014

MARTINIELLO M. et REA A., « Des flux migratoires aux carrières migratoires », *SociologieS* [en ligne], Dossiers, Migrations, pluralisation, ethnicisation des sociétés contemporaines, mis en ligne le 18 octobre 2011, consulté le 21 novembre 2014. URL : <http://sociologies.revues.org/3694>

MULOT S, SARKOYAN J et MULOT S, Migrations et circulations thérapeutiques : Odyssées et espaces, Introduction au dossier thématique Enquête de soins : soignants et malades dans la globalisation, *Anthropologie et Santé* [en ligne] n°5/2012, mis en ligne le 28 novembre 2012, consulté le 28 mai 2014 url/ <http://anthropologiesante.revues.org/1040>

SAINSAULIEU I., « Les appartenances collectives à l'hôpital », [en ligne] www.sciencedirect.com, *Sociologie du travail* 48 (2006) 72 87 <http://france.elsevier.com/direct/SOCTRA/> consulté le 3 mars 2015

TARRIUS A, « Des transmigrants en France » Un cosmopolitisme migratoire original, *Multitudes*, 2012/2 n°49, DOI : 10.3917/mult.049.0042, consulté le 30 octobre 2013

ZACCAI-REYNERS N., « Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin », *Esprit*, 2006/1 Janvier, pp95-108. DOI : 10.3917/espri.0601.0095, <http://www.cairn.info/revue-esprit-2006-1-page-95.htm>

LITTERATURE GRISE

- Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Ministère de la santé et des sports, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf
- Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n°2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus licence-master-doctorat (LMD)
- « Atlas de la démographie médicale 2014 », http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/chiffres_cles_atlas2014.pdf
- « Flux migratoires des médecins exerçant en France », <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1531>
- « Nouvelle réglementation pour praticiens et infirmiers hors UE », <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation>
- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527>
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf

- http://apsr.asso.fr/?page_id=221
- www.oecd.org/fr/ols
- <http://www.geracfas.com/uploads/pdf/rapports%20-%20commissions%20-%20etudes/aide%20soignant%20dans%20la%20branche%20aout%202010.pdf>,
- « Quels emplois pour demain ? », Rapport d'information n° 583 (2013-2014) de M. Alain FOUCHÉ, fait au nom de la Délégation sénatoriale à la prospective, déposé le 4 juin 2014, http://www.senat.fr/rap/r13-583/r13-583_mono.html#toc417
- « Les métiers en 2020 : progression et féminisation des emplois les plus qualifiés ; dynamisme des métiers d'aide et de soins aux personnes, DARES Analyses, mars 2012, n°022, <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2012-022.pdf>