



HAL
open science

Processus identitaires personnels et professionnels et trajectoire migratoire chez des médecins diplômés à l'étranger : une étude exploratoire en France et au Brésil

Marie Baraud

► **To cite this version:**

Marie Baraud. Processus identitaires personnels et professionnels et trajectoire migratoire chez des médecins diplômés à l'étranger : une étude exploratoire en France et au Brésil. Psychologie. Université Lumière Lyon 2; Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2016. Français. NNT: . tel-01297004

HAL Id: tel-01297004

<https://theses.hal.science/tel-01297004v1>

Submitted on 1 Apr 2016

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Université Lumière Lyon 2
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
**ED 485 — École doctorale Education, Psychologie, Sciences de l'Information
et de la communication**
Institut de Psychologie
Laboratoire Santé-Individu-Société EAM-SIS-HCL 4128

**Processus identitaires personnels et
professionnels et trajectoire migratoire
chez des médecins diplômés à l'étranger :
une étude exploratoire en France et au
Brésil**

Thèse de doctorat présentée par Marie Baraud

Dirigée par Nadja ACIOLY-RÉGNIER et Jorge Tarcisio DA ROCHA FALCÃO

Soutenance prévue le 4 février 2016

Devant un jury composé de :

Nadja ACIOLY-RÉGNIER, Maître de conférences HDR, Université Lyon 1

Jorge DA ROCHA FALCÃO, Professeur des universités, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Daniel DERIVOIS, Professeur des Universités, Université de Bourgogne-Franche-Comté

Nathalie DUMET, Professeur des Universités, Université Lumière Lyon 2

Line NUMA-BOCAGE, Professeur des universités, Université de Cergy-Pontoise

Gérard VERGNAUD, Directeur de recherche émérite au CNRS

Remerciements

En premier lieu, je souhaite remercier ma directrice de thèse Nadja Acioly-Régnier pour son soutien, son accompagnement et ses encouragements au cours de ce travail mais aussi au cours des trois années qui ont précédé son commencement.

Je tiens également à remercier mon directeur de thèse Jorge Da Rocha Falcão pour tout ce qu'il m'a apporté lors de mes séjours au Brésil et pour les réflexions qu'il a pu faire naître et qui ont contribué à la spécificité de ce travail.

Je remercie également les membres du jury d'avoir accepté de lire et d'évaluer ce travail de recherche.

Merci également à tous les membres du laboratoire Santé, Individu, Société et particulièrement à son directeur Yves Matillon. J'aimerais également remercier les membres du Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho pour leur accueil bienveillant lors de mes séjours au Brésil et en particulier son directeur Pedro Bendassolli.

Mes remerciements s'adressent également aux médecins qui ont accepté de prendre part à cette recherche et qui m'ont accordé leur confiance en me faisant part de leur histoire.

Je remercie également ma famille de son soutien de son implication dans ce travail et spécialement ma sœur Camille qui m'a fourni une aide précieuse par ses réflexions et ses conseils.

Enfin, je tiens à remercier sincèrement tous les collègues et amis qui m'ont apporté leur soutien et en particulier Gimena Perez-Caraballo qui m'a précédée sur ce chemin et dont l'amitié, le soutien, les enseignements et les encouragements ont rendu ce travail possible. Merci aussi à Alda, Alexandru, Chaza, Claire, Djailton, Hui-Jing, Jonas, Juliana et Juliana, Nicolas, Marie, Micaela, Paula et Paula, Sonia et Vladimir, merci à vous tous ! Enfin, merci à Théo de m'avoir accompagnée et soutenue dans l'accomplissement de ce travail.

Résumé

Cette recherche vise à mettre en évidence les transformations des processus identitaires intervenant chez des médecins diplômés à l'étranger et exerçant en France et au Brésil. Nous avons appuyé notre travail sur une approche dynamique et adaptative de l'identité personnelle, en particulier à travers l'identité dialogique et l'identité narrative. De plus, dans la mesure où ce travail fait intervenir de manière importante le contexte professionnel, il nous semblait pertinent de faire intervenir aussi la question de l'identité professionnelle et de ses liens avec la reconnaissance. Enfin, l'interculturalité étant centrale dans cette problématique, nous avons choisi de l'aborder sous l'angle de l'identité interculturelle et de l'interculturalisation. L'objectif de cette recherche est de caractériser les processus identitaires présents chez médecins diplômés à l'étranger, confrontés à une situation de diversité culturelle dont la gestion a des rapports importants avec leurs processus identitaires personnels et professionnels. En particulier, nous cherchons à comprendre les processus psychiques permettant au sujet de donner sens à son expérience migratoire afin de se l'approprier et d'engager une transformation de son identité. Nous travaillerons également sur les obstacles rencontrés par les sujets et à établir la place de la reconnaissance au sein de ces différents processus. Enfin, l'analyse des données contribue à démontrer les processus d'influence mutuelle intervenant entre l'appartenance culturelle et le contexte d'activité professionnelle. Quatre méthodes de construction et d'analyse des données ont été combinées afin de répondre à ce questionnement. Dans un premier temps, nous avons réalisé un questionnaire visant à caractériser notre population et à recenser les facteurs déclencheurs d'une migration. Ensuite, nous avons conduit des entretiens de type biographique afin d'amener le sujet à « se raconter », à mettre en récit sa trajectoire personnelle, en rapport avec des aspects identitaires. Puis, en fin d'entretien, nous avons proposé aux sujets de visionner un ensemble d'extraits vidéo issus d'un documentaire et de deux reportages afin de les confronter à plusieurs points de vue et situations en vue de faire émerger une réflexion sur leur vécu. Enfin, nous avons effectué une analyse documentaire d'un ensemble d'articles de presse. 89 médecins ont répondu au questionnaire, 43 en France et 46 au Brésil. Huit récits de vie ont été menés en France avec des sujets âgés de 36 à 71 ans, trois femmes et cinq hommes parmi lesquels deux avaient obtenu leur diplôme dans un pays de l'UE et six hors de l'UE. Nous avons également analysé un corpus de 25 articles de presse et trois reportages télévisés. L'influence de la reconnaissance du diplôme sur la trajectoire et les processus identitaires de ces sujets ainsi que l'importance de la langue, du genre et du projet migratoire sur ces processus ont été clarifiés par l'analyse de l'ensemble des données. L'analyse des trajectoires personnelles, professionnelles et migratoires des sujets qui ont participé à cette recherche présente l'impact d'un ensemble de facteurs culturels, sociaux et institutionnels sur des événements biographiques — individuels. Ces deux dimensions — l'individuel et le culturel - se trouvent en constant dialogue et en constante co-évolution pour rendre chaque trajectoire unique et semblable, processus centrale à la formation de l'identité de chaque individu.

Mots-Clés : *identité personnelle, identité professionnelle, activité professionnelle, médecins étrangers, trajectoire migratoire, entretien biographique, Programme Mais Médicos.*

Abstract

Personal and professional identity processes and migratory trajectory among foreign doctors : exploratory research in France and Brazil

This research aims at investigating the changes that occur within the identity processes of physicians with a foreign diploma working in France and Brazil. Our work is based on a dynamic and adaptive approach of personal identity, specifically through the concept of *dialogical* self but also through the narrative identity approach. Since we also focus importantly on what happens in the professional environment, we also used theories related to professional identity and its relations with recognition. Finally, since the intercultural question is central in this research, we have chosen to include the intercultural identity theory and the concept of interculturalization. This research aims at identifying and understanding the identity processes presented by medical doctors confronted to a changing cultural and professional context. We specifically intend to understand the psychological processes which allow the subject to give a meaning to his experience and make it his to start a transformation of his identity. We also focus on the obstacles the subject has to deal with, in particular regarding recognition. Finally, we intend to show the processes of mutual influence occurring between cultural belonging and professional context. We have crossed four methods to build and analyze our data. At first, we have used a questionnaire to characterize our population from a socio-demographic point of view and reunite all the factors which explain their migration. Then, we have conducted eight biographical interviews to encourage the subject to build a self-narrative. In the last phase of the interview, the subjects have been shown four short videos from three documentaries to confront them to different points of view and situations and have them reflect on their own experience. We also included a documentary analysis using press articles regarding the Brazilian context. We obtained 89 answers to the questionnaire, 43 in France and 46 in Brazil. We conducted 8 narrative interviews, with physicians aged between 36 and 71, 3 women and 5 men, among which 2 had a European Union diploma and 6 had a diploma from outside the UE. Our analysis has shown that the validation of the diploma has a great impact on each individual's recognition and identity related processes. This recognition aspects are also mediated by factors such as gender, language and cultural through dialogical relationships involving the subject.

Key-words : *personal identity, professional identity, foreign doctors, migration trajectory, professional activity biographical interview, More Doctors for Brazil.*

Resumo

Processos de identidade pessoais e profissionais e trajetória migratória de médicos formados no exterior: estudo exploratório na França e no Brasil

A presente pesquisa tem como objetivo mostrar as transformações que ocorrem nos processos de identidade de profissionais formados no exterior e atuando na França e no Brasil. Esse trabalho propõe uma abordagem dinâmica e adaptativa da identidade, em particular no que diz respeito à identidade dialógica e a identidade narrativa. Considerando que o foco da pesquisa é o contexto profissional, a identidade profissional será igualmente considerada, notadamente no que diz respeito ao reconhecimento. Enfim, a interculturalidade é um aspecto central na abordagem dessa problemática, e por conseguinte será tratada no âmbito da identidade intercultural e do processo de interculturalização. Nosso objetivo é a caracterização dos processos de identidade apresentados por médicos formados no exterior e confrontados com uma situação de diversidade cultural cuja gestão está amplamente vinculada aos processos de identidade pessoais e profissionais. Busca-se particularmente entender os processos psíquicos com base nos quais o sujeito dá sentido a sua experiência, como ele torna sua essa experiência e transforma sua identidade. Também pretendemos trabalhar sobre os obstáculos encontrados pelo sujeito e estabelecer o papel do reconhecimento nesses processos. A análise dos dados permite mostrar os processos de influência mútua que intervêm entre o pertencimento cultural e o contexto da atividade profissional. Quatro métodos de construção e de análise de dados foram combinadas para investigar essa problemática. Primeiro, um questionário foi aplicado para caracterizar a população estudada e identificar as razões da migração. Segundo, oito entrevistas narrativas foram conduzidas para que os sujeitos “se contassem”, construindo um relato narrativo da sua trajetória pessoal, com vínculos à própria identidade. No final da entrevista, os sujeitos foram convidados a assistir a quatro vídeos extraídos de um documentário e duas reportagens, para criar uma confrontação entre vários pontos de vista e várias situações que constituem uma reflexão sobre a experiência profissional dos participantes. Fizemos ainda uma análise documental com artigos de jornais e documentários. 89 médicos responderam ao questionário, 43 na França e 46 no Brasil. Oito entrevistas foram conduzidas na França com sujeitos com idades entre 36 et 71 anos, dos quais 3 mulheres e 5 homens, 2 com um diploma da União Européia e 6 formados fora da União Européia. Foi igualmente realizada uma análise abrangendo 25 artigos de jornais et três reportagens produzidos no Brasil. A análise dos dados obtidos permitiu avançar na compreensão da influência do reconhecimento do diploma sobre a trajetória e os processos de identidade desses sujeitos; a importância da língua, do gênero e do projeto migratório foram igualmente abordados e ressaltados no contexto da análise dos dados. A análise das trajetórias pessoais, profissionais e migratórias dos sujeitos permite demonstrar o impacto de um conjunto de fatores culturais, sociais e institucionais sobre eventos biográficos individuais. Essas duas dimensões – o individual e o cultural – estão sempre em diálogo e em co-evolução permanente, que torna cada trajetória única e semelhante às demais, o que constitui um processo central da formação da identidade de cada indivíduo.

Palavras-Chave: *identidade pessoal, identidade profissional, atividade profissional, médicos estrangeiros, trajetória migratória, entrevista biográfica, programa Mais Médicos.*

Table des matières

Remerciements	3
Résumé	5
Abstract	7
Resumo	9
Introduction	17
Partie 1 : Contexte de la recherche	23
Chapitre 1 : Flux, et mobilités des professionnels de santé dans le monde	23
1.1. Facteurs explicatifs des disparités démographiques.....	24
1.2. Solutions mises en œuvre face aux disparités démographiques	25
1.3. Facteurs influençant la mobilité des médecins.....	25
1.4. Enjeux éthiques liés aux flux migratoires de professionnels de santé.....	27
Chapitre 2 : La démographie médicale française et son évolution	29
2.1. État des lieux de la démographie médicale française	29
2.2. Lien entre la pénurie et l'instauration du <i>numerus clausus</i>	30
2.3. Autres raisons invoquées.....	32
Chapitre 3 : Les médecins migrants diplômés à l'étranger et exerçant en France ...	33
3.1. Cadre légal de l'exercice de la profession médicale et migrations.....	33
3.2. Historique de la présence de médecins diplômés à l'étranger en France.....	34
3.2.1. Conditions légales de l'exercice médical en France.....	37
3.2.2. Différence entre les médecins diplômés dans un pays de l'Union Européenne et ceux diplômés hors de l'Union Européenne	38
3.2.3. Modalités d'accès à l'exercice de la profession médicale en France pour les praticiens diplômés à l'étranger	38
3.3. Données démographiques concernant les médecins à diplôme étranger exerçant en France.....	41
3.3.1. Activité et provenance des médecins diplômés hors de France	42
3.3.2. Les différents statuts des PADHUE.....	44
3.3.3. Les autres professions de santé	45
3.4. Conclusion sur le cas français.....	46
Chapitre 4 : La démographie médicale au Brésil	47
4.1. Démographie médicale et répartition des professionnels de santé sur le territoire	47
4.2. Système de santé public et privé.....	51
4.3. Médecins formés hors du Brésil.....	53
4.4. Le programme Mais Médicos.....	54
4.5. Réception et avenir du programme Mais Médicos au Brésil	56
4.6. Pertinence de la réalisation d'une recherche mettant en parallèle les contextes brésilien et français	59
4.6.1. Les migrations au Brésil et en France.....	59
4.6.2. Politiques de santé	60
4.6.3. Étudiants en médecine se formant à l'étranger.....	61
4.6.4. Le cas particulier des médecins cubains	62
4.6.5. Pertinence pour une recherche sur l'identité	63
Partie 2 : Approches théoriques mobilisées dans cette recherche	65
Chapitre 1 : Cadre conceptuel	65
1.1. Culture et interculturalité	66

1.1.1. Définitions du concept de culture	66
1.1.2. Culture et développement	69
1.1.3. Psychologie, culture et psychologie interculturelle	71
1.1.4. Contacts de cultures : quelle approche ?	72
1.1.5. Interculturation et contacts culturels.....	73
1.2. Dialogicité	77
1.2.1. Origines du concept de dialogicité.....	77
1.2.2. La dialogicité en psychologie	80
1.3. Réflexions sur le concept d'identité.....	84
1.3.1. Histoire et contexte d'émergence du concept d'identité.....	85
1.3.2. Critiques formulées à propos du concept d'identité.....	86
1.3.3. L'identité, un processus dynamique en constante évolution.....	88
Chapitre 2 : Identité et processus identitaires.....	90
2.1. Gestion des appartenances multiples et processus identitaires	91
2.1.1. Identité et place de l'altérité dans le rapport à soi.....	91
2.1.2. Identité et multiplicité : besoin de maintien de la cohérence identitaire.....	93
2.1.3. Apports du cadre théorique dialogique pour la question de l'identité et <i>dialogical self</i>	94
2.2. L'Identité, construction de sens et temporalité.....	97
2.2.1. Identité et continuité dans le temps.....	97
2.2.2. Identité et récit : se raconter	100
2.2.3. L'identité narrative.....	102
2.3. Synthèse sur l'identité appréhendée du point de vue de l'individu	106
Chapitre 3 : Travail et identité.....	107
3.1. Le travail en psychologie.....	108
3.1.1. Le travail comme rapport à l'autre et projet commun.....	108
3.1.2. Le travail comme rapport à soi en lien avec identité.....	109
3.2. L'identité professionnelle	109
3.2.1. Sainsaulieu et l'identité au travail.....	110
3.2.2. L'identité professionnelle selon Dubar.....	113
3.2.3. Liens entre l'identité professionnelle et l'identité personnelle	115
3.3. Style et genre professionnel (Clot, 2008).....	117
3.3.1. Définition du concept de genre professionnel.....	117
3.3.2. Le style, appropriation du genre professionnel et construction de l'identité professionnelle	118
3.4. L'identité et la reconnaissance, un rapport dialogique	119
3.4.1. La reconnaissance, ses trois formes et son rôle pour la construction de l'identité.....	119
3.4.2. Etre reconnu...ou méprisé : absence de reconnaissance et lutte pour la reconnaissance	122
3.4.3. Se reconnaître dans ce que l'on fait.....	123
3.4.4. Du refus de reconnaissance à la souffrance identitaire.....	125
3.4.5. Reconnaissance au travail : la reconnaissance et la rétribution.....	126
3.4.6. La reconnaissance comme relation dialogique	127
Chapitre 4 : L'identité dans un contexte migratoire.....	128
4.1. Facteurs déclencheurs de la migration et profils migratoires	128
4.2. Stratégies d'acculturation et stratégies identitaires	130
4.2.1. Les stratégies d'acculturation	131
4.2.2. Les Stratégies identitaires	134
4.2.3. Complémentarité des approches.....	138
4.3. Menaces identitaires, reconnaissance et stratégies associées	141
4.3.1. Stratégies mises en place face aux menaces identitaires.....	141
4.3.2. Statut social et identité	143
4.3.3. Minimisation de la différence culturelle et reconnaissance forcée.....	144
4.4. De l'identité interculturelle à l'identité dialogique	145
4.4.1. L'identité interculturelle	145
4.4.2. Réactions Psychologiques Transitoires.....	147
4.4.3. Conclusion au chapitre : les contacts de culture, un ensemble de relations dialogiques qui transforment l'identité de l'individu	148

Partie 3 : Méthodologie	151
Chapitre 1 : Rappel de la problématique et formulation des hypothèses	151
Chapitre 2 : Réflexion méthodologique	156
2.1. Construction du questionnaire	158
2.2. Pertinence de l'utilisation d'une approche biographique pour une recherche sur l'identité	159
2.3. Récit de vie, co-construction de l'histoire et dialogicité	162
2.4. Récit de vie, retour sur son expérience et développement	165
Chapitre 3 : Description des méthodes utilisées	169
3.1. Le questionnaire	169
3.1.1. Informations sociodémographiques concernant les sujets	169
3.1.2. Parcours migratoire	170
3.1.3. Vie quotidienne dans le pays d'accueil.....	171
3.1.4. Pratique professionnelle et aux projets d'avenir.....	173
3.1.5. Analyse des questionnaires.....	174
3.2. Récits de vie	174
3.2.1. Elaboration des récits de vie	174
3.2.2. Analyse des récits de vie.....	175
3.3. Utilisation d'extraits vidéo.....	176
3.3.1. Présentation des extraits vidéo utilisés.....	177
3.3.2. Analyse des réactions des sujets face aux extraits vidéo	180
3.4. Croisement et confrontation des résultats	180
3.5. Programme Mais Médicos et analyse documentaire.....	181
Chapitre 4 : Échantillon.....	184
4.1. Répondants au questionnaire exerçant en France.....	185
4.2. Répondants au questionnaire exerçant au Brésil.....	188
Partie 4 : Analyse des réponses au questionnaire	191
Chapitre 1 : Données démographiques.....	191
1.1. Données liées à l'âge.....	191
1.2. Données liées à la situation familiale	193
Chapitre 2 : Raisons ayant motivé le parcours migratoire des sujets.....	194
Chapitre 3 : Modifications des pratiques déclarées par les sujets	205
3.1. Moyens de communication.....	205
3.2. Modification des pratiques quotidiennes et stratégies d'acculturation	207
3.3. Relations sociales.....	212
Chapitre 4 : Niveau de langue et langues parlées.....	212
4.1. Apprentissage de la langue du pays d'accueil	213
4.2. Maîtrise d'une ou plusieurs langues étrangères	214
Chapitre 5 : Difficultés rencontrées par les sujets	216
Chapitre 6 : Absences de réponse	219
Partie 5 : Analyse des entretiens et analyse documentaire	222
Chapitre 1 : Analyse des récits de vie des sujets exerçant en France	222
1.1. Analyse du récit de vie de Mohammed.....	223
1.1.1. Résumé du récit de vie de Mohammed	223
1.1.2. Rôles et statuts évoqués par Mohammed au cours de l'entretien	223
1.1.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien de Mohammed	224
1.1.4. Espace culturel et géographique de l'entretien de Mohammed.....	226
1.1.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie de Mohammed	229
1.1.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie de Mohammed	230
1.2. Analyse du récit de vie de Marianne	232
1.2.1. Résumé du récit de Marianne	232
1.2.2. Rôles et statuts évoqués par Marianne au cours de l'entretien	233
1.2.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien de Marianne	234

1.2.4. Espace culturel et géographique de l'entretien de Marianne	237
1.2.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie de Marianne.....	241
1.2.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie de Marianne.....	243
1.3. Analyse du récit de vie d'Aziz.....	244
1.3.1. Résumé du récit d'Aziz.....	244
1.3.2. Rôles et statuts évoqués par Aziz au cours de l'entretien	244
1.3.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien d'Aziz	245
1.3.4. Espace culturel et géographique de l'entretien d'Aziz.....	248
1.3.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie d'Aziz	250
1.3.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie d'Aziz	252
1.4. Analyse du récit de vie de Bachir.....	252
1.4.1. Résumé du récit de Bachir.....	252
1.4.2. Rôles et statuts évoqués par Bachir au cours de l'entretien	253
1.4.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien de Bachir.....	253
1.4.4. Espace culturel et géographique de l'entretien de Bachir.....	255
1.4.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie de Bachir	256
1.4.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie de Bachir	257
1.5. Analyse du récit de vie d'Adel	258
1.5.1. Résumé du récit de vie d'Adel.....	258
1.5.2. Rôles et statuts évoqués par Adel au cours de l'entretien.....	259
1.5.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien d'Adel	260
1.5.4. Espace culturel et géographique de l'entretien d'Adel	263
1.5.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie d'Adel.....	266
1.5.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie d'Adel	272
1.6. Analyse du récit de vie de Marta	274
1.6.1. Résumé du récit de vie de Marta	274
1.6.2. Rôles et statuts évoqués par Marta au cours de l'entretien.....	274
1.6.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien de Marta	275
1.6.4. Espace culturel et géographique de l'entretien de Marta.....	279
1.6.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie de Marta.....	283
1.6.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie de Marta	284
1.7. Analyse du récit de vie de Paula.....	285
1.7.1. Résumé du récit de Paula.....	285
1.7.2. Rôles et statuts évoqués par Paula au cours de l'entretien.....	285
1.7.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien de Paula	287
1.7.4. Espace culturel et géographique de l'entretien de Paula.....	290
1.7.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie de Paula	292
1.7.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie de Paula.....	294
1.8. Analyse du récit de vie de Pietro.....	296
1.8.1. Résumé du récit de vie de Pietro.....	296
1.8.2. Rôles et statuts évoqués par Pietro au cours de l'entretien	296
1.8.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien de Pietro.....	297
1.8.4. Espace culturel et géographique de l'entretien de Pietro.....	300
1.8.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie de Pietro	300
1.8.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie de Pietro.....	303
Chapitre 2 : Analyse des réactions des sujets aux extraits vidéo.....	304
2.1. Réactions au premier extrait :.....	305
2.2. Réactions au 2 ^e extrait.....	309
2.3. Réactions au 3 ^e extrait.....	313
2.4. Réactions au 4 ^e extrait.....	317
2.5. Synthèse de l'analyse des réactions aux extraits	322
Chapitre 3 : Analyse documentaire concernant la situation au Brésil.....	324
3.1. Analyse documentaire : reportages.....	324
3.2. Analyse documentaire : presse et controverses.....	328
3.3. Conséquences psychologiques pour les médecins cubains exerçant au Brésil	334
Partie 6 : Discussion des résultats obtenus en lien avec la problématique de la recherche et croisement des données	339

Chapitre 1 : Influence des différentes formes de reconnaissance et d'absence de reconnaissance sur l'identité	339
1.1. Non reconnaissance du diplôme et conséquences pour la trajectoire personnelle et professionnelle dans le pays d'accueil	340
1.2. Enjeux de reconnaissance et identité professionnelle.	342
1.3. Investissements relationnels comme sources de reconnaissance	345
1.4. Mécanismes de lutte pour la reconnaissance et tentatives de rétablissement de l'identité	346
Chapitre 2 : Modalités de négociation de la différence culturelle	349
2.1. Enjeux liés à l'appartenance culturelle et processus d'interculturalisation	349
2.2. Eléments relatifs au vécu de discrimination.....	350
2.3. Place de l'apprentissage de la langue dans les processus identitaires.....	353
2.4. Politiques et représentations de l'acculturation dans le pays d'accueil	357
Chapitre 3 : Influence des aspects individuels liés à la trajectoire sur le projet migratoire et conséquences pour les processus identitaires.	358
3.1. Différences dans la formulation du projet migratoire.....	359
3.2. Processus en jeu dans les relations familiales et affectives du sujet migrant	364
3.3. Influence des questions de genre pour la trajectoire et l'identité des sujets	365
Conclusion	369
Bibliographie	375
Index des tableaux	386
Index des figures	387
Index des auteurs	388
Index des mots-clés	390

Introduction

Cette recherche, effectuée dans le cadre d'une thèse de doctorat en psychologie a pour objet l'étude et la compréhension des enjeux psychologiques d'une confrontation à l'altérité engendrée par un vécu migratoire pour l'identité professionnelle et personnelle des médecins diplômés à l'étranger et venus travailler en France et au Brésil. Il s'agit d'une thématique d'actualité, notamment au Brésil où le gouvernement a mis en place en 2013 un programme gouvernemental visant à faire venir des médecins formés à l'étranger et en particulier à Cuba. Cette question est également bien présente dans le contexte français et nous verrons que la politique concernant certains de ces médecins, qui ont été diplômés hors de l'Union Européenne est en constante évolution. Ainsi, il s'agit d'une question actuelle et néanmoins présente depuis des décennies en France, caractérisant une situation en constante évolution et étroitement liée à la politique en matière de santé, mais aussi en matière de relations internationales. Toutefois, nous n'avons pas trouvé de travaux réalisés en psychologie sur le contexte français. C'est pourquoi il nous a paru pertinent de proposer une recherche concernant cette thématique. De plus, dans la mesure où un nombre important de recherches en psychologie interculturelle se concentrent sur des migrations liées à un exil, impliquant des sujets cherchant à fuir une situation mettant en danger leur vie, nous sommes confrontée à un type de migration relativement peu étudiée. Nous aurons d'ailleurs à déterminer si « migration » est le terme approprié ou bien s'il convient de parler de mobilité internationale ou encore de spécifier s'il s'agit d'une migration ou d'une mobilité professionnelle, étudiante, familiale, etc. Notre tâche sera donc d'étudier la trajectoire de ces médecins dans son ensemble afin de pouvoir replacer les processus identitaires que nous cherchons à mettre en évidence au sein de l'objet de recherche plus global auquel ils sont rattachés. Il existe bien évidemment des travaux concernant ce type de migrations, mais ils ne sont pas majoritaires, c'est pourquoi ce travail se situe dans un champ en plein développement. Nous nous inscrivons en effet dans la suite de travaux s'interrogeant sur les flux et les mobilités dans un contexte mondialisé, caractérisé par l'interculturalité et le métissage, avec tous les paradoxes que cela implique (Vinsonneau, 2012).

Notre questionnement de départ était organisé autour des professionnels de santé de manière générale. Nous avons commencé par nous interroger sur les processus psychiques présents chez ces professionnels lorsqu'ils entreprennent une migration et

viennent travailler en France. Puis, nous avons restreint notre recherche aux médecins. Au début de ce travail, lors de l'exploration des travaux en lien avec notre problématique, nous avons remarqué que certains médecins diplômés à l'étranger avaient exercé à leur arrivée en France en tant qu'infirmiers. Ils avaient bénéficié de conditions facilitatrices pour exercer puis pour obtenir le diplôme d'infirmier. Ceci a suscité notre intérêt et nous a amenée à nous poser la question suivante : quelle est la conséquence du point de vue de l'identité du fait de devoir changer de statut et de profession lorsque l'on entreprend migration ? Puis, nous avons élargi aux autres médecins, qui n'avaient pas exercé en tant qu'infirmiers pour des raisons de faisabilité. En effet, cette mesure a été de courte durée et a concerné un nombre trop restreint de médecins. En parallèle, nous avons eu connaissance du programme Mais Médicos¹, qui n'était pas encore en vigueur, et qui a été à l'origine d'une autre partie de notre questionnement puisque cet événement a amené la question suivante : en quoi est-ce différent d'entreprendre une migration professionnelle avec un programme d'échange, d'être attendu et demandé ? L'enjeu de ce questionnement pour notre travail est en fait plus complexe dans la mesure où il amène un questionnement sur la place, non seulement des relations interpersonnelles et intergroupes, mais aussi du contexte historique et culturel dans la trajectoire et dans les processus identitaires de l'individu migrant.

Nous chercherons donc à comprendre les transformations des processus identitaires entraînés au niveau de l'identité professionnelle autant que personnelle par des contacts interculturels survenant dans les relations interpersonnelles. Cette étude aura pour objectif de mettre en évidence ces transformations en appui sur la pratique professionnelle à travers l'interrogation de la confrontation à l'altérité dans un tel contexte et de ses enjeux, notamment identitaires. Ce travail fait donc intervenir les différentes représentations des pratiques médicales et des pratiques de soin liées à la provenance culturelle et le lieu de formation, afin de voir de quelle manière celles-ci influencent la construction d'une identité professionnelle soignante et comment celles-ci se trouvent modifiées par des contacts culturels. Nous verrons en effet que cette identité dépend de modèles professionnels issus de traditions, inscrits dans un contexte historique spécifique de la profession autant que dépendants d'événements historiques intervenus au sein de la société entière et ayant influencé leur évolution. Cependant, cette identité

¹ En 2013, le gouvernement Brésilien a mis en place un programme visant à accroître le nombre de

professionnelle, qui est une dimension de l'identité de l'individu, ne dépend pas uniquement de la profession elle-même, mais aussi d'éléments individuels, liés à l'histoire personnelle des praticiens ainsi que d'aspects culturels. L'objectif de cette recherche étant de comprendre de quelle façon les processus identitaires de l'individu se transforment dans un contexte migratoire, nous verrons comment l'individu intègre les différents moments de son histoire personnelle afin de constituer une unité donnant sens à son vécu et donc intervenant largement dans la construction de son identité, tant personnelle que professionnelle et culturelle.

Ce travail interroge donc différentes dimensions des phénomènes migratoires dans le domaine de la santé, c'est pourquoi il paraît nécessaire de le replacer dans un contexte plus large visant à comprendre les raisons et enjeux actuels des migrations professionnelles dans le domaine de la santé. En effet, nous montrerons qu'il existe à l'heure actuelle une demande plus importante de personnels de santé dans certaines régions et dans certaines spécialités, qui est parfois qualifiée dans la littérature de « pénurie » ou de « désertification ». Ce phénomène amène différentes explications, relevant tant des politiques de formation des professionnels de santé (effets du *numerus clausus*, coût de la formation), en lien avec les politiques de financement des systèmes de soin (public ou privé), que des aspects démographiques et des mouvements de population en France et au Brésil (vieillesse de la population, attrait pour les zones urbaines). Il a également fait l'objet de plusieurs rapports commandés par les gouvernements et mettant en évidence les différents flux de migration professionnelle dans le domaine de la santé ainsi que l'origine et les pays de formation des professionnels ainsi que des politiques en matière de recrutement et de formation des professionnels de santé. Ces éléments nous permettront de dégager différents profils de migration et formation qui constitueront des variables exploitables dans cette recherche. Ces expériences migratoires individuelles dépendent à la fois de facteurs individuels et de facteurs sociohistoriques, liés à un contexte particulier, articulés au sein de la trajectoire du sujet. Ainsi, à l'heure actuelle, différents moteurs, différentes motivations peuvent être identifiés, liés aux facteurs que nous avons évoqués précédemment. Ces facteurs présentent une grande variabilité, dépendante à la fois de l'individu et du contexte dans lequel il a entrepris sa migration. Toutefois, il nous semble possible de nous appuyer sur des modèles sociologiques des migrations afin de dégager des éléments comparables et de faire émerger la question de la perception de la causalité de la migration et du degré de

contrôle perçu par l'individu dans la mesure où celui-ci peut influencer la façon dont celui-ci va vivre cette expérience migratoire. Nous verrons que la question du projet migratoire a largement sa place dans l'étude des questions identitaires, au même titre que celle du projet professionnel ou familial et que ces différents éléments sont bien souvent imbriqués. De plus, nous verrons que la reconnaissance intervient largement dans les modifications des processus identitaires intervenant chez les sujets, autant dans le sens d'une valorisation de l'identité professionnelle et personnelle que dans le sens d'une souffrance ou d'une menace identitaire. Cette problématique comporte en effet différentes dimensions parmi lesquelles la reconnaissance de la différence, mais aussi la reconnaissance de la compétence professionnelle et la valorisation du travail accompli. Cette question semble particulièrement pertinente dans notre recherche dans la mesure où les conditions de reconnaissance des diplômes de certains professionnels sont très strictes et où ceux-ci se voient attribuer des statuts professionnels spécifiques les mettant « à part ». Au-delà de cette reconnaissance institutionnelle et juridique, nous interrogerons également la question de la reconnaissance par les acteurs de leur lieu de travail, qu'il s'agisse des patients autant que des collègues et collaborateurs. Nous verrons donc que les différents niveaux de reconnaissance et de légitimation présents dans ces relations jouent un rôle important dans les transformations des processus identitaires intervenant chez l'individu.

Ainsi, dans une première partie, nous présenterons le contexte dans lequel se situe ce travail de recherche du point de vue juridique et démographique. Nous mettrons en perspective le contexte français et le contexte brésilien et nous présenterons le programme Mais Médicos qui fait l'objet de notre travail de recherche. Dans une deuxième partie, nous étudierons la question de l'identité en psychologie en nous référant à des modèles faisant intervenir de manière spécifique des aspects interculturels, il nous semble en effet que la question de la culture doit faire partie intégrante de toute étude sur l'identité. Nous nous appuierons sur des modèles classiques de compréhension des phénomènes de transformation des processus identitaires en situation de contact culturel et tenterons de les articuler avec des modèles proposant d'autres perspectives afin d'approcher la question de l'identité selon plusieurs approches et de replacer ce questionnement dans un contexte professionnel. Nous présenterons ainsi des modèles de l'identité interculturelle et des modèles de l'identité professionnelle articulés selon une approche théorique similaire, ce qui nous permettra de prendre en compte ces deux aspects dans notre étude.

Nous verrons à ce propos comment l'individu intègre son expérience migratoire dans sa trajectoire de vie, quel sens il lui attribue et de quelle manière celle-ci influence les différentes dimensions de son identité à travers les relations dans lesquelles l'individu est impliqué.

Dans une troisième partie, nous présenterons et justifierons l'approche méthodologique que nous avons mise en place. Nous avons eu recours à un croisement de quatre méthodes différentes dans le but d'appréhender au mieux la complexité des processus que nous cherchons à mettre en évidence. Nous avons d'abord construit un questionnaire dont le but était de dégager un ensemble de caractéristiques sociodémographiques communes au sein de notre population, mais aussi en vue de dresser une vue d'ensemble des raisons les ayant poussé à entreprendre une démarche migratoire. Nous avons ensuite mené des entretiens en deux temps auprès des médecins exerçant en France, avec un premier temps de récit de vie et un deuxième temps où nous proposons aux sujets des extraits vidéo issus d'un documentaire et de deux reportages à partir desquels nous leur demandions de réagir. Nous avons prévu de réaliser le même type d'entretiens auprès des médecins diplômés à Cuba et exerçant au Brésil dans le cadre du programme Mais Médicos. L'impossibilité d'obtenir l'autorisation de rencontrer ces médecins afin qu'ils nous fassent part de leur expérience nous a poussée à réaliser une analyse de type documentaire en nous appuyant d'une part sur des articles de presse et d'autre part sur des documents vidéo qui étaient initialement destinés à la réalisation des entretiens. Comme nous l'expliquerons plus loin dans ce travail, nous nous sommes vue refuser l'autorisation de procéder aux entretiens à l'issue d'un ensemble de démarches administratives et après avoir obtenu des autorisations formelles de certaines instances.

Dans une quatrième partie, nous présenterons les réponses aux questionnaires que nous avons obtenues ainsi que les analyses statistiques effectuées à l'aide du logiciel SPSS. Nous présenterons les analyses des entretiens dans une cinquième partie, à travers l'analyse du récit de chacun des sujets ainsi que l'analyse des réactions aux extraits vidéo. Nous présenterons également l'analyse réalisée en lien avec le programme Mais Médicos. Enfin, nous discuterons des résultats obtenus dans une sixième partie afin de les articuler avec les concepts que nous avons présentés dans la première partie afin de répondre à notre problématique et donc de montrer quels sont les différents processus psychiques en lien avec l'identité à l'œuvre dans la trajectoire des médecins diplômés à l'étranger.

Partie 1 : Contexte de la recherche

Dans cette première partie, nous dresserons un état des lieux des migrations professionnelles au sein de la profession médicale en France et au Brésil. Nous présenterons en particulier les cas de médecins ayant été diplômés hors de France et qui exercent sur le territoire français selon diverses modalités que nous allons décrire. Nous présenterons ensuite le cas de médecins diplômés à Cuba et exerçant au Brésil dans le cadre du programme Mais Médicos. Ce chapitre constitue donc une première caractérisation de notre population en termes démographiques généraux, sur la base d'un ensemble de travaux démographiques récents (Le Breton-Lerouvillois, 2012, 2013, 2014a, 2014 b ; OCDE, 2010 ; OMS, 2006). Nous nous intéresserons aux aspects juridiques et légaux de l'exercice médical en France et au Brésil pour les professionnels ayant obtenu leur diplôme dans un pays étranger ainsi qu'aux aspects démographiques de ces phénomènes migratoires afin de voir quelles sont les modalités d'exercice de ces professionnels titulaires d'un diplôme médical. Mais avant de dresser un état de lieux de la démographie médicale au Brésil et en France et d'en présenter les enjeux, il nous semble nécessaire de faire état de la situation des personnels de santé et en particulier des médecins dans le monde.

Chapitre 1 : Flux, et mobilités des professionnels de santé dans le monde

D'après une synthèse de l'OCDE² de 2010, les migrations internationales dans le domaine de la santé ont augmenté considérablement au cours de la dernière décennie et les flux migratoires d'infirmiers et de médecins en direction des pays de l'OCDE

² OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques (établie depuis 1961, dont le siège se situe à Paris et qui a pour mission de promouvoir des politiques économiques et sociales diverses dans le monde à partir d'analyses et de recommandations. Elle compte 34 pays membres.)

continuent de s'intensifier. Ce phénomène n'est donc pas circonscrit à la France ou au Brésil et nous verrons qu'il prend des formes spécifiques dans chacun de ces deux pays. Parallèlement à cette augmentation continue des flux migratoires de personnels de santé, l'OMS³ (2006) fait état d'une inégalité dans la répartition des personnels de santé dans le monde. En effet, d'après le rapport sur la santé dans le monde(OMS, 2006), le personnel sanitaire est le plus nombreux dans les pays aux besoins relatifs les moins importants, ce qui implique que la pénurie annoncée en France est à relativiser bien qu'elle soit ressentie comme un enjeu important des politiques de santé. Ainsi d'après l'étude de l'OCDE(2010), plusieurs pays faisant partie de ces membres faisaient état en 2000 d'une pénurie de personnel de santé sur au moins une partie de leur territoire. En outre, d'après l'OMS, on constate également d'importantes disparités géographiques en termes d'accès aux soins et de densité des personnels de santé.

1.1. Facteurs explicatifs des disparités démographiques

Le rapport fait état de l'existence d'un grand nombre de facteurs influençant ces disparités et souligne que la densité des personnels de santé est généralement plus importante en zone urbaine et en particulier dans les zones d'implantation des hôpitaux universitaires disposant de moyens techniques et financiers plus importants. Ceci a pour conséquence que la densité des personnels de santé, et en particulier des médecins est maximale dans les centres urbains regroupant hôpitaux universitaires et gros revenus. On remarque de plus d'une manière générale que la proportion de professionnels de santé vivant en milieu urbain est supérieure à la proportion urbanisée et ceci, quel que soit le niveau de revenu d'un pays ; ainsi, d'après le rapport de l'OMS, « même si moins de 55 % de la population totale vit en milieu urbain, plus de 75 % des médecins vivent en milieu urbain » (2006, p.9). De plus, la synthèse de l'OCDE (2010, p. 4) identifie plusieurs facteurs poussant à l'augmentation de la demande de personnels de santé parmi ses membres, tels que l'élévation du niveau de revenu, les nouvelles technologies médicales et la spécialisation accrue des services de santé ainsi que le vieillissement de la population.

³ OMS : Organisation Mondiale de la santé

1.2. Solutions mises en œuvre face aux disparités démographiques

Pour faire face à cette augmentation de la demande de soin, les pays de l'OCDE ont mis en place des politiques visant à l'augmentation de la densité des personnels de santé au cours des années 1970 et 1980 puis ont ralenti cette augmentation dans les années 1990, notamment en instaurant des politiques de maîtrise des coûts en matière de santé prévoyant l'instauration de *numerus clausus* limitant l'accès aux études médicales. Nous verrons également que l'OCDE avance d'autres facteurs influençant la diminution de la disponibilité et du volume d'heures travaillées des personnels de santé tels que la féminisation de la profession médicale, la réduction du temps de travail et l'augmentation des postes à temps partiel ainsi que les départs anticipés à la retraite. D'après la synthèse de l'OCDE, certains pays ont envisagé le recrutement de professionnels à l'étranger comme une option intéressante, au moins à court terme ; ceci explique en partie l'augmentation récente des flux migratoires des personnels de santé. Nous verrons cependant que la demande émanant des pays d'accueil n'est pas le seul facteur responsable de cette augmentation.

La France et le Brésil sont touchés par certains de ces phénomènes et notamment à cette inégalité de répartition associée à une augmentation de la demande en matière de santé et que celle-ci engendre des conséquences dans les politiques en matière de santé et de migration des professionnels de santé spécifiques à chaque pays. Nous verrons notamment quelle place occupe le recrutement de personnels à l'étranger dans ces politiques, et sous quelles conditions celui-ci est mis en place.

1.3. Facteurs influençant la mobilité des médecins

À la suite des rapports produits par l'OCDE et l'OMS, nous avons pu identifier un ensemble de facteurs de rejet ou d'attraction influençant cette mobilité, ces facteurs étant similaires à ceux que l'on retrouve chez les personnels hautement qualifiés de manière générale (OCDE, 2010). Ainsi, la motivation principale de l'émigration réside dans l'espoir de condition et d'opportunités d'emploi meilleures à l'étranger, qu'il s'agisse de la recherche d'un salaire plus élevé, de meilleures conditions de travail ou de possibilités

d'évolution de carrière. Ainsi, d'après cette synthèse, même si le rôle des écarts de salaire entre les pays est important, il ne s'agit pas du seul déterminant dans ces migrations et d'autres facteurs interviennent comme par exemple la possibilité d'offrir un avenir meilleur et plus sûr à ses enfants. Le rapport de l'OMS confirme ces facteurs d'attraction, mais avance aussi un ensemble de facteurs de répulsion liés au « malaise social ou un mécontentement (croissant) vis-à-vis des conditions de travail et d'existence » (2006, p.8) associé à un désir de trouver un meilleur emploi ailleurs. Le rapport cite une étude effectuée en Afrique subsaharienne selon laquelle les facteurs de départ et les facteurs d'attraction sont aussi importants les uns que les autres. De plus, l'inquiétude des travailleurs devant l'absence de possibilités de promotion, la médiocrité de la gestion, la lourdeur de la charge de travail, l'absence de moyens, des services de santé en déclin, des conditions de vie peu satisfaisantes et un taux de violences et de criminalité élevé sont quelques-uns des facteurs de départ cités par le rapport. Il mentionne également un ensemble de facteurs d'attraction comme la perspective de l'obtention d'une rémunération plus élevée, la recherche d'une formation plus poussée ou de l'acquisition de plus d'expérience. La recherche d'un environnement plus sûr et de conditions plus favorables pour sa famille est un autre facteur évoqué par le rapport.

Ainsi, selon l'OCDE, « l'émigration des professionnels de santé est un symptôme des difficultés rencontrées par le système de santé et, plus généralement, par la société du pays d'origine plus qu'elle n'en est la cause directe » (2010, p. 4). Cette dernière affirmation est à mettre en lien avec le fait que les migrations des professionnels de santé vers des pays aux conditions de travail considérées comme plus avantageuses sont souvent perçues comme la cause de la pénurie de professionnels de santé existant dans certains pays. Selon Nys, « les études montrent que la crise des ressources humaines de la santé qui sévit au niveau mondial ne peut être attribuée uniquement à des phénomènes migratoires même si ceux-ci contribuent à la renforcer. » (2010, p. 5) Toutefois, il semblerait que ces phénomènes migratoires posent des questions éthiques sur la conduite à tenir concernant les flux de personnels de santé tant au niveau de leurs pays de provenance que des pays de destination.

1.4. Enjeux éthiques liés aux flux migratoires de professionnels de santé

Les enjeux éthiques de la migration des personnels de santé sont situés à plusieurs niveaux. Le premier niveau concerne le départ des professionnels de santé provenant de pays où la demande en matière de santé est importante, où les moyens sont limités et où la population n'a pas suffisamment accès aux soins. D'après Nys (2010, p. 5) ce « phénomène de fuite des cerveaux [...], particulièrement criant pour les médecins » risque de « devenir une menace pour les systèmes de santé de certains pays en développement et a des conséquences négatives sur le développement économique » (*Ibid.*) dans la mesure où, selon Nys, ces personnels soignants participent à l'amélioration de la santé de la population et donc au développement économique et social des pays en développement. Toutefois, nous l'avons vu précédemment, même si cette question peut se poser en ces termes, le problème existant est plus complexe et relève de difficultés globales liées à des questions économiques et organisationnelles, ainsi le départ des médecins et d'autres professionnels de santé formés n'est pas l'unique cause de ces pénuries. C'est pourquoi, selon Nys, ces phénomènes de migrations des professionnels de santé « ne sont pas la cause principale de la faiblesse des systèmes de santé des pays en développement, mais [ils] la renforcent », ce qui est confirmé par l'OCDE pour qui « dans les pays les moins développés où les taux d'expatriation sont particulièrement élevés, l'émigration contribue à exacerber l'acuité des problèmes d'effectifs et affaiblit encore plus des systèmes de santé déjà fragiles » (2010, p.5). Ces migrations interviennent en effet dans des pays où les besoins en personnels de santé sont largement supérieurs au nombre de professionnels ayant quitté le pays et ces migrations interviennent dans des pays où « les systèmes de santé s'effondrent, par suite du sous-financement et d'une pénurie chronique de fournitures de base, d'équipement et de personnel. » Ce qui a pour conséquences que les professionnels de santé insuffisamment payés préfèrent quitter leur pays. L'OCDE préconise pour remédier à la « fuite des cerveaux » que les pays sources intensifient leurs efforts pour conserver leurs personnels de santé, leur recommandant de « focaliser leur attention sur les zones rurales » du fait de l'existence d'un « lien entre les migrations internes et les migrations internationales ». Ainsi, « la plupart des migrants internationaux viennent des villes bien que les pénuries les plus aiguës se fassent plutôt sentir dans les zones rurales. » Ce qui confirme ce que

nous avons vu précédemment à propos du déséquilibre entre zones rurales et zones urbaines à l'échelle mondiale.

Afin de proposer des solutions, l'OMS a élaboré en 2010 un code de pratiques mondiales pour le recrutement des personnels de santé, qui énonce un ensemble de principes et de pratiques pour les pays membres visant à garantir la pérennité des systèmes de santé de ces pays sans mettre en péril ceux d'autres pays et en préservant les droits des acteurs concernés, que ce soit les populations ou les professionnels de santé. Dans ce sens, Blain, Suarez-Herrera et Fortin (2012) soulignent que ce code insiste en particulier sur la nécessité que les migrations des professionnels de santé soient temporaires, ce qu'ils mettent en lien avec le passage, dans la littérature récente en sciences sociales, d'une « rhétorique de la migration permanente « de la fuite des cerveaux », vers une vision plus dynamique de migrations « circulaires » ou « pendulaires » visant à promouvoir la « mobilité professionnelle ». Pour les auteurs, le recours à une conception temporaire de la migration serait lié à un « refus de l'intégration citoyenne des travailleurs étrangers » et occulterait les contraintes sociales à l'origine de leur migration, entraînant un phénomène d'« exclusion subtile ». Ainsi, cet article soulève un deuxième enjeu éthique qui est celui de l'intégration des professionnels de santé dans le pays d'accueil. Il semblerait que celle-ci soit compromise par une vision provisoire de la migration, entendue comme une mobilité, ce qui occulte un ensemble de caractéristiques liées à l'installation dans un pays : les relations sociales, familiales, la constitution d'un cadre de vie extra-professionnel et parfois même l'impossibilité de retourner dans le pays d'origine du fait de conditions politiques, économiques ou sanitaires défavorables.

Ainsi, ce dernier point amène la question de l'accueil de ces professionnels de santé et de l'équité de leur traitement. L'OMS recommande en effet que les États membres fassent en sorte,

« Dans la mesure du possible conformément au droit applicable [...] que les recruteurs et les employeurs observent des pratiques contractuelles justes et équitables quand ils emploient des personnels de santé migrants et que ces derniers ne fassent pas l'objet de pratiques illégales ou frauduleuses. Les personnels de santé migrants devraient être engagés, promus et rémunérés d'après des critères objectifs tels que les compétences, le nombre d'années d'expérience et les responsabilités professionnelles, selon le principe d'égalité de traitement avec les personnels de santé formés localement » (2010, p. 7)

Ce dernier aspect amène la question de la discrimination dans le milieu professionnel et nous verrons à travers le cas français qu'il n'est pas toujours évident que les politiques en matière d'emploi des professionnels de santé migrants respectent cette préconisation.

Chapitre 2 : La démographie médicale française et son évolution

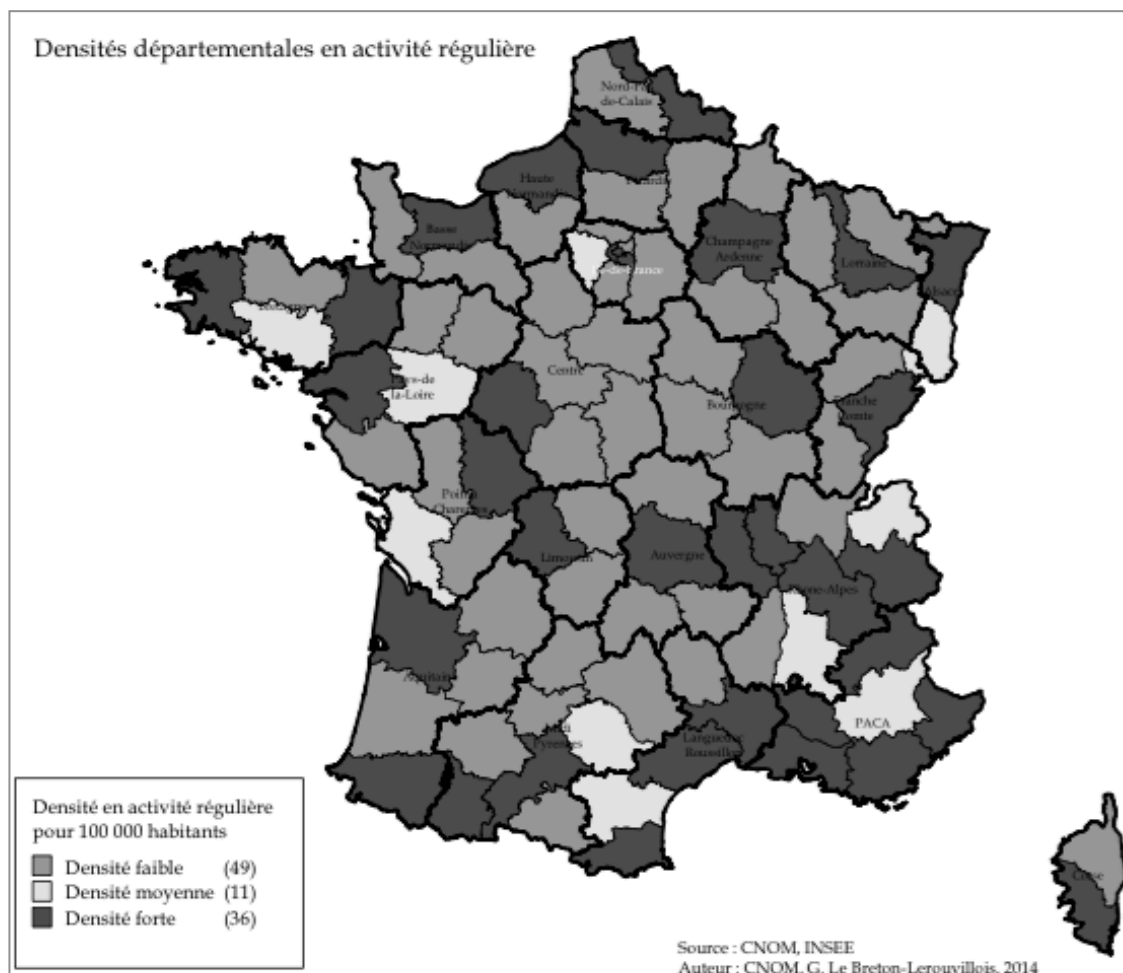
Après ce bref état des lieux des flux migratoires des personnels de santé dans le monde, nous allons nous intéresser à la situation de la France sur le plan démographique, puis concernant les politiques de recrutement des médecins à diplôme étranger.

2.1. État des lieux de la démographie médicale française

Au 1er janvier 2014, l'effectif total des médecins inscrits au tableau de l'Ordre est passé à 276 354, dont 215 531 sont en activité totale et 6 823 retraités. D'après les prévisions, il semble que le nombre de médecins actifs va continuer à croître d'ici à 2018 pour atteindre 21 946 inscrits au tableau de l'Ordre ce qui représente une augmentation annuelle de 0,5 %. D'après le CNOM⁴ (2012), bien que la France n'ait jamais recensé autant de médecins, ce sont les retraités qui augmentent les effectifs. Entre 2012 et 2013, ils avaient enregistré une augmentation de 8 % tandis que les effectifs des médecins inscrits en activité totale ont légèrement diminué (- 0,1 2%) sur la même période. Les effectifs des médecins retraités ont augmenté de 62,5 % entre 2006 et 2014 alors que l'effectif des médecins actifs n'a augmenté que de 1,2 % sur la même période. D'après les prévisions, les effectifs vont continuer de croître d'ici à 2018 pour atteindre 7 510 inscrits au tableau de l'Ordre. Nous verrons que cette augmentation des départs en retraite est un des facteurs influençant les flux migratoires des médecins.

⁴ Conseil National de l'Ordre des Médecins

Figure 1 – Carte des densités départementales des médecins en activité régulière (CNOM, 2014, p.46)



En ce qui concerne la répartition de ces médecins sur le territoire français, on constate une inégalité de répartition qui amène différentes mesures telles que : des primes d’installation, des tentatives de mutualisation et la création de maisons de santé, mais aussi des initiatives de délégation ou de collaboration interprofessionnelle (Berland et Bourgueil, 2006). Parallèlement à ces mesures, le système de santé français a eu recours au recrutement temporaire de médecins étrangers ; nous verrons à ce propos qu’une évolution récente leur a permis de rester plus longtemps sur le territoire français.

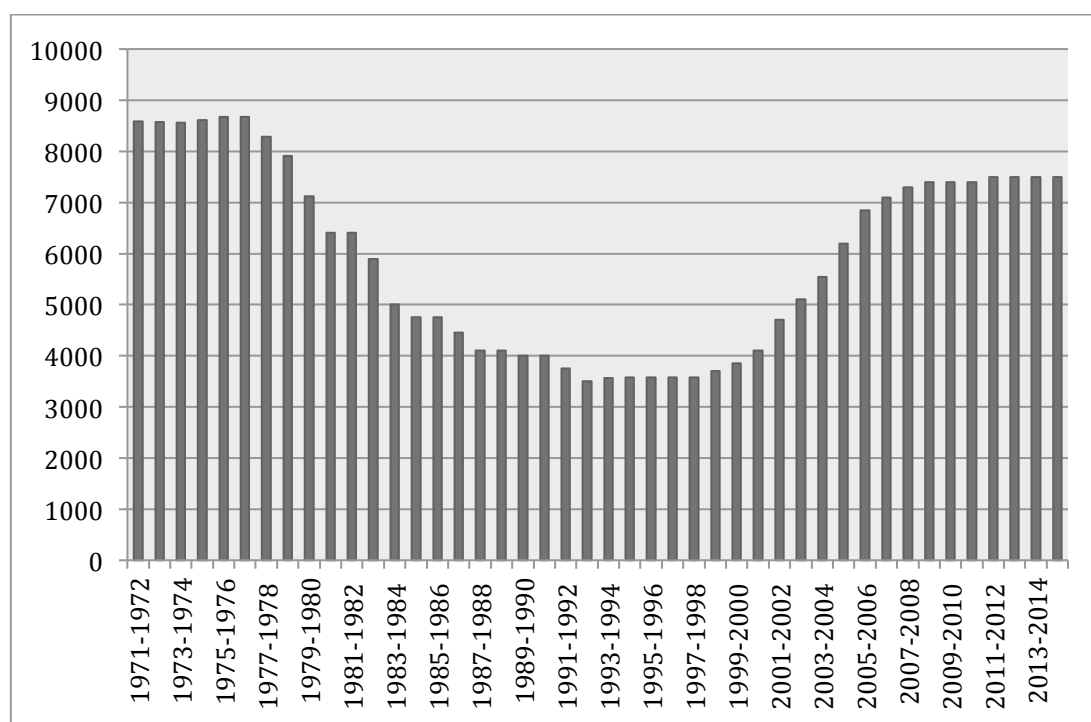
2.2. Lien entre la pénurie et l’instauration du *numerus clausus*

L’une des raisons souvent invoquées pour expliquer la diminution du nombre de médecins est le vieillissement du corps médical et le non-remplacement des médecins à la suite de départs en retraite, ce qui est lié à une augmentation du nombre de médecins

retraités toujours en exercice. Ainsi, parmi les 6 823 médecins retraités inscrits au tableau de l'Ordre, 1 946 ont fait le choix de continuer d'exercer la médecine avec un dispositif de cumul emploi-retraite. D'après les prévisions du CNOM, ils seront 2 389 en 2018 et représenteront 40 % des effectifs de médecins retraités.

Le graphique à la page suivante montre l'évolution du *numerus clausus* régulant l'accès aux études médicales depuis son instauration jusqu'à l'année universitaire 2013-2014. La mise en place du *numerus clausus* est en effet l'une des raisons invoquées (ONDPH-DHOS, 2008) afin d'expliquer la baisse importante du nombre de médecins en activité dans la mesure où celui-ci a progressivement diminué de moitié entre les années 1970 et le milieu des années 1990. Il a subi une nouvelle augmentation à partir de 1995 avec pour objectif de revenir presque à son niveau initial en 2013 et de faire face ainsi à une éventuelle pénurie médicale. Cette augmentation a en effet pour objectif de former un nombre suffisant de médecins pour remplacer ceux partant en retraite. Nous allons voir cependant que la régulation importante de l'accès aux études médicales et les évolutions du nombre de médecins exerçant en France ne sont pas les seuls facteurs expliquant un manque de médecins sur le territoire français. Toutefois, nous pouvons noter qu'il augmente moins rapidement depuis 2005 puisqu'il est passé de 6850 places en médecine pour l'année 2005-2006 à 7497 places pour l'année 2014-2015.

Figure 2 - Évolution du *numerus clausus* de 1971 à 2015



2.3. Autres raisons invoquées

Une étude réalisée par la Fédération Européenne des Médecins Salariés et la Fédération des Praticiens de Santé en 2008 (Dalkiliç, Meriç, & Trujillo-Gutierrez, 2008) a mis en évidence d'autres facteurs ayant contribué à cette situation. En premier lieu, l'accent est mis sur l'évolution du temps de présence au travail engendrée par l'application de la directive européenne 93/104 du 23/11/1993, modifiée par la DE 2003/88 et qui a conduit à la mise en place de l'ARTT (Aménagement et Réduction du Temps de Travail), appliqué à partir du 1er janvier 2000 dans les établissements privés et à partir du 1^{er} janvier 2002 dans les hôpitaux publics. La modification de la durée légale du temps de travail, qui a conduit entre autres à la prise en compte des gardes dans le décompte du temps de travail, a eu des effets importants sur la disponibilité des personnels de santé et a engendré un déséquilibre entre l'offre et la demande de personnel. Cette diminution de la disponibilité des professionnels de santé a été associée à un accroissement et une évolution des besoins liée à plusieurs facteurs. Le vieillissement de la population, la médicalisation des prises en charge associées à la diminution des durées de séjour, mais aussi l'évolution des exigences actuelles en matière de sécurité des prises en charge ainsi que l'augmentation des potentialités techniques ont contribué autant à l'augmentation qu'à la modification de cette demande.

De plus, d'après cette étude (Dalkiliç et al., 2008), la modification du comportement des jeunes médecins a considérablement influencé l'évolution de la démographie médicale en France. En effet, les modalités d'exercice ont considérablement évolué. En outre, les choix de vie professionnelle sont plus souvent dictés par des choix de vie personnelle et familiale. Enfin, même si selon le CNOM (Le Breton-Lerouvillois, 2013) les jeunes médecins ont tendance à s'installer dans la région où ils se sont formés, on constate un rejet de l'activité en zone périurbaine et en zone rurale ce qui contribue à augmenter le déséquilibre de la répartition territoriale. Afin de pallier ce déséquilibre, diverses tentatives ont été amorcées par le gouvernement, principalement sous la forme de mesures incitatives telles que des primes d'installation ou une incitation à l'installation collective. Dans ce sens, le Pacte Territoire Santé a été initié en décembre 2012. Il est constitué de 12 engagements articulés autour de trois objectifs concernant la formation des médecins, les conditions d'exercice des professionnels de santé et l'appui aux

territoires isolés. Il s'appuie sur une démarche de transfert de compétences, de collaboration entre professionnels de santé, sur la mise en place de professionnels chargés de la coordination des installations et sur la création de bourses afin d'inciter des étudiants en médecine à aller s'installer dans ces territoires. Cet ensemble de mesures ne fait pas référence de manière explicite à la possibilité d'employer des médecins à diplôme non français pour occuper ces postes, il n'y a donc pas de politique nationale associée à l'installation de médecins diplômés à l'étranger pour occuper ces postes. Toutefois, des entretiens informels avec des médecins nous ont appris que la mise en place de ce type de mesures est à rechercher au niveau des politiques institutionnelles et qu'elle est à étudier à cette échelle. Nous verrons dans la suite de ce chapitre de quelle manière cette question a été abordée par le gouvernement français depuis un certain nombre d'années et quelles sont les modalités de reconnaissance des diplômes non français en vigueur à l'heure actuelle.

Ainsi, on se rend compte que le nombre de professionnels n'est pas l'unique facteur à considérer lorsque l'on tente de faire état d'une possible pénurie de médecins, mais qu'il importe de comprendre en quoi des modifications de la réglementation du travail ainsi que des évolutions sociales ont pu modifier la disponibilité des médecins et leur répartition sur l'ensemble du territoire.

Chapitre 3 : Les médecins migrants diplômés à l'étranger et exerçant en France

Ce chapitre traite des conditions légales relatives à l'exercice de la profession médicale en France notamment concernant les professionnels ayant obtenu leur diplôme à l'étranger qui font l'objet de notre travail. Nous présenterons également les aspects démographiques liés à cette question.

3.1. Cadre légal de l'exercice de la profession médicale et migrations

Nous verrons que les conditions légales de l'exercice de la médecine en France et notamment les conditions liées aux diplômes ont plusieurs conséquences sur les médecins

migrants ayant obtenu leur diplôme à l'étranger. Nous verrons également de quelle manière ces conditions ont évolué depuis plusieurs siècles. Enfin, nous verrons quelles sont les conditions régissant la reconnaissance des diplômes médicaux obtenus hors de France.

3.2. Historique de la présence de médecins diplômés à l'étranger en France

Il est nécessaire, afin de bien saisir comment les modalités de reconnaissance actuelles des diplômes des médecins diplômés à l'étranger en France ont pu être mises en place, d'exposer le contexte historique de la reconnaissance des diplômes médicaux étrangers en France. Il s'agit en effet d'une problématique ancienne, dont les premiers questionnements remonteraient à la Révolution française (Hatzfeld, 2012).

Déplauze (2011) a dressé l'historique de la reconnaissance des diplômes obtenus hors de France depuis 1892, date de la première mesure de protection de l'exercice médical en France. C'est en effet à cette date que l'exercice de la médecine est devenu réservé aux détenteurs du diplôme d'État français de docteur en médecine. Des diplômes spéciaux ont été créés en 1896 pour les médecins étrangers formés en France ne leur donnant pas accès à l'exercice de la profession. Par la suite, une Loi de 1933 a rendu obligatoire la possession de la nationalité française et une Loi de 1935 est venue ajouter des pénalités liées au service militaire pour les médecins naturalisés afin de retarder leur installation. Ainsi, l'accès à la profession médicale en France a été presque totalement fermé aux médecins d'origine étrangère jusqu'au début des années 1970. Toutefois, depuis le début, des mesures dérogatoires spécifiques ont été prises, notamment avec plusieurs pays limitrophes (Luxembourg, Suisse et Belgique) et des conventions d'établissement ont été signées avec certains pays comme l'Italie et la Roumanie dans les années 1930, puis avec les anciennes colonies dans les années 1950-60. Un faible nombre d'accords de réciprocité ont été signés, autorisant des médecins provenant de pays où l'installation de médecins français était autorisée à s'installer en France, par exemple avec l'Espagne et la Colombie. Ces accords et autres mesures ont toutefois concerné un nombre peu important de praticiens.

Ce n'est qu'à partir de 1972 que le gouvernement français promulgue une Loi mettant en place une commission consultative chargée d'attribuer des autorisations

individuelles de plein exercice aux médecins diplômés à l'étranger, ces autorisations étant limitées par un quota lui-même fixé à partir du *numerus clausus* mis en place en 1971. L'application des directives Européennes de 1975 liées à la libre circulation des personnes marque un tournant important puisque les praticiens ressortissants d'un État membre de la Communauté Economique Européenne sont autorisés à exercer en France sans autorisation préalable depuis le 1^{er} janvier 1977. Cette mesure introduit ainsi une nouvelle différenciation entre les praticiens diplômés dans un pays membre de l'Union européenne et ceux diplômés dans un pays non membre. Déplaude (2011) souligne que les effets migratoires de cette mesure ont été limités avant l'élargissement de l'Union Européenne en 2004 et 2007.

Parallèlement à cela, les médecins formés hors de l'Union Européenne ont donc très peu de possibilités de venir exercer en France. Toutefois, un nombre important de médecins francophones du Proche-Orient et du Maghreb est encouragé par les homologues français à venir compléter leur formation en France. Ils sont alors amenés à exercer sous divers statuts dans les hôpitaux français en se voyant confier des responsabilités similaires à celles des internes en médecine. D'après Déplaude (2011), les hôpitaux ont été confrontés à un manque croissant de personnel médical à partir des années 1980, notamment du fait de la réforme des études médicales de 1982 qui a conduit à la mise en place d'un concours national unique pour l'accès aux spécialités, mais aussi à la baisse constante du *numerus clausus* en vue de réduire les dépenses de santé. Les postes dans les hôpitaux généraux étaient jusqu'alors majoritairement occupés par des internes en médecine en cours de spécialisation, et lorsque ceux-ci ont été redirigés dans les CHU pour leur formation, de nombreux postes sont restés vacants dans les hôpitaux généraux. Ceux-ci se sont alors vus contraints de recruter des médecins à diplôme extracommunautaire, ceci étant rendu possible par une disposition réglementaire prévoyant que les hôpitaux n'ayant pas pu embaucher d'internes et de praticiens hospitaliers peuvent recruter des médecins à diplôme extracommunautaire. Déplaude (2011) montre ainsi que la quasi-totalité de ces médecins ont été embauchés en tant que Faisant Fonction d'Interne (FFI), attachés associés ou assistants associés, les assistants associés étant rémunérés comme les assistants français alors que les FFI et les attachés associés bénéficient d'une rémunération très inférieure. En outre, les assistants ont des contrats de deux ans renouvelables deux fois alors que les FFI ont des contrats de 6 mois et que les attachés associés effectuent des vacations. Déplaude (2011) note que ces

médecins ont été recrutés en majorité en tant que FFI ou attaché associés alors que ces statuts sont les plus précaires. Les hôpitaux n'ont pourtant pas de mal à pourvoir ces postes du fait d'une politique de coopération universitaire incitant les médecins étrangers à venir compléter leur formation en France, il faut noter que les diplômes délivrés ont été créés spécialement pour ces médecins ne donnent pas le droit d'exercer la médecine en France. Selon l'auteur, nombre d'entre eux espèrent pouvoir rester en France et obtenir un jour l'autorisation de plein exercice, ce qui les amène à se faire employer comme aide-soignant ou infirmier. D'après Déplaud (2011), ces médecins ont des conditions de travail difficiles, ils effectuent plus de gardes, sont moins bien payés et occupent les postes délaissés par leurs collègues français.

Des critiques commencent à se faire entendre au sein de la profession médicale, pointant du doigt soit la précarité de ces statuts, soit le manque de vérification des compétences de ces praticiens. Ceci conduit à une interrogation de la part des pouvoirs publics quant au statut de ces médecins et une réflexion s'engage alors quant aux mesures à prendre. Or, cette réflexion a lieu dans un contexte économique défavorable où l'objectif affiché est de réduire les dépenses de santé, ce qui rend inenvisageable le fait d'accorder le plein exercice à ces médecins. C'est ainsi que la Loi n°95-116 est votée en 1995, créant ainsi le statut de Praticien Attaché Contractuel (PAC), ceux-ci ne bénéficiant pas d'une autorisation de plein exercice, mais d'une autorisation restreinte au secteur hospitalier. De plus, ils sont embauchés avec des contrats de 3 ans renouvelables et rémunérés à 50% du salaire des praticiens hospitaliers titulaires. Les épreuves d'accès sont en revanche très difficiles à passer, et certains hôpitaux continuent d'embaucher des médecins extracommunautaires sous les anciens statuts. En 1999, l'augmentation du *numerus clausus* a permis l'adoption de mesures de régularisation permettant à un nombre important de ces médecins d'obtenir une autorisation de plein exercice. Dans le même temps, le gouvernement français a cherché à encadrer l'arrivée de nouveaux médecins à diplôme extracommunautaire, tout en supprimant définitivement les anciens statuts. Toutefois, cette mesure, prise dans le cadre du vote de la « Loi CMU » (*Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle*, 1999) s'est assortie d'après Cottureau (2010) d'un « objectif d'autosuffisance nationale » qui a conduit à régulariser les PAC déjà présents, mais aussi à interdire le recrutement de tout nouveau médecin à diplôme extracommunautaire. Toutefois, d'après Cottureau (2010), cette loi n'a pas mis fin à l'arrivée de nouveaux médecins à diplôme extracommunautaire

et les hôpitaux ont continué à embaucher des médecins diplômés hors de l'UE après cette date.

En 2002, la NPA (Nouvelle Procédure d'Autorisation) avait été mise en place, mais seules deux sessions ont été organisées en 2005 et 2006. Elle devait être appliquée à tous les médecins à diplômes extracommunautaires, quelle que soit leur date d'arrivée en France, et prévoyait qu'ils passent un concours puis exercent 3 ans à l'hôpital et enfin présentent un dossier devant une commission à l'issue de ces 3 ans. Les syndicats de médecins à diplôme extracommunautaire (SNPADHUE⁵ et FPS⁶) ont demandé à ce qu'une distinction soit faite entre les nouveaux arrivants et les praticiens déjà présents en France. Ainsi, la procédure s'est vue modifiée en décembre 2006 (*Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006, Article 83, 2006*) est venu modifier la procédure, qui s'appelle désormais « Procédure d'Autorisation d'Exercice » et se décompose en 3 listes selon différents critères. Nous expliciterons cette procédure dans la suite de notre travail. Il faut noter ici que la loi de décembre 2006 prévoyait à l'origine que la procédure d'autorisation d'exercice cesse d'être appliquée au 31 décembre 2011. Elle a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2016 et est applicable pour des praticiens recrutés avant le 3 août 2010. Dans ce travail, nous allons nous intéresser à l'ensemble des médecins diplômés hors de France, mais on voit d'emblée que cette distinction entre les médecins ayant obtenu leur diplôme dans un pays de l'Union Européenne et ceux ayant obtenu leur diplôme hors de l'Union Européenne représente un enjeu important dans notre recherche. C'est pourquoi nous allons maintenant préciser quelles sont les modalités de reconnaissance du diplôme des médecins diplômés hors de l'Union Européenne.

3.2.1. Conditions légales de l'exercice médical en France

L'exercice de la profession de médecin en France est réglementé par le code de la Santé publique et notamment par l'article L4111-1 qui fixe des conditions de nationalité et de lieu d'obtention du diplôme. Selon cet article, sont autorisés à exercer en France les médecins de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application de certaines conditions liées à des accords de reconnaissance des diplômes. Ces praticiens doivent également être

⁵ Syndicat National des Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne

⁶ Fédération des Praticiens

titulaires d'un diplôme satisfaisant les conditions de l'article L4131-1 du code de la santé publique, c'est-à-dire du diplôme d'État de docteur en Médecine, soit d'un diplôme reconnu par les États membres de l'Union Européenne ou partie à l'accord de l'Espace économique européen. À ces deux conditions, s'ajoute l'obligation d'être inscrit au tableau d'un conseil départemental de l'Ordre des médecins. Depuis 2009⁷, la condition de nationalité ne s'applique pas si les conditions relatives aux diplômes sont satisfaites.

Par conséquent, les médecins ayant obtenu leur diplôme dans un pays de l'Union Européenne et ceux relevant des dispositions particulières décrites dans l'article L4131-1 bénéficient de la reconnaissance de celui-ci et ont plus de facilité pour s'inscrire à l'Ordre des Médecins. Toutefois, par dérogation, des médecins ne remplissant pas la condition de nationalité ou de diplôme, voire les deux conditions peuvent se voir accorder la plénitude de l'exercice médical par arrêté individuel du ministre de la Santé reconnaissant leur diplôme et leur donnant la possibilité de s'inscrire à l'Ordre National des Médecins. Nous présenterons les conditions nécessaires à l'obtention de cette dérogation dans la suite de notre travail.

3.2.2. Différence entre les médecins diplômés dans un pays de l'Union Européenne et ceux diplômés hors de l'Union Européenne

Nous voyons ici que deux groupes de médecins se distinguent, le groupe des médecins ayant obtenu leur diplôme dans un pays de l'Union Européenne et le groupe des médecins ayant obtenu leur diplôme hors de l'Union Européenne, aussi appelés PADHUE. La question de la reconnaissance du diplôme de médecin se pose différemment pour ces deux groupes dans la mesure où les médecins à diplôme européen bénéficient d'une reconnaissance facilitée de leur diplôme alors que ceux ayant obtenu un diplôme extraeuropéen sont soumis à une procédure de reconnaissance longue et complexe, les amenant parfois à recommencer leurs études médicales. De plus, nous verrons également que les médecins à diplômes extraeuropéens exercent sous des statuts particuliers, ce qui entraîne différentes conséquences pour leur exercice professionnel.

3.2.3. Modalités d'accès à l'exercice de la profession médicale en France pour les praticiens diplômés à l'étranger

Il existe trois voies d'accès à l'exercice de la profession médicale en France pour les médecins diplômés à l'étranger. La première est la Procédure d'Autorisation

⁷ Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 - art. 2

d'Exercice, ou PAE. Cottureau (2010, p 21) a décrit la procédure en vigueur en juin 2010, nous avons actualisé les informations disponibles dans son travail d'après les textes de Loi récents. La procédure d'autorisation d'exercice en vigueur à l'heure actuelle se déroule en trois étapes, la première étape étant une épreuve de validation des connaissances. C'est lors de cette étape que les candidats sont divisés en 3 listes :

- les candidats de la liste A sont des médecins titulaires d'un diplôme valide dans leur pays et n'ayant pas exercé en France ou du moins ne remplissant pas les conditions d'inscription en liste C. Pour eux, les EVC sont organisées comme un concours avec un nombre limité de places.
- Les candidats de la liste B sont des médecins titulaires d'un diplôme valide dans leur pays et justifiant de la qualité de réfugié politique, apatride, bénéficiaire de l'asile territorial, bénéficiaire de la protection subsidiaire ou français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises. Pour eux, l'EVC est un examen.
- Les candidats de la liste C doivent justifier, en plus des conditions de diplôme, d'au moins 3 années d'exercice à la date de clôture des inscriptions et d'au moins deux mois d'exercice salarié en continu entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 201, en qualité de faisant fonction d'interne, d'interne à titre étranger⁸ ou d'infirmier. Les médecins recrutés en tant que faisant fonction d'interne dans le cadre de la préparation d'un diplôme de spécialité ne peuvent pas s'inscrire en liste C. Pour eux, l'EVC est un examen.

Les candidats peuvent se présenter 3 fois aux épreuves de vérification des connaissances. En cas de réussite aux EVC, qui consistent en une vérification des connaissances théoriques fondamentales, des connaissances pratiques et de la maîtrise de la langue française, deux cas de figure se présentent. Les candidats ayant occupé des fonctions de praticien attaché associé ou d'assistant associé auparavant sur une période d'au moins trois ans avant le 3 août 2010 sont soumis soit à une période d'essai d'un an, et ceux ayant exercé moins de trois ans doivent exercer en tant qu'assistant associé, sous la responsabilité d'un médecin de la spécialité. Par la suite, dans les deux cas – au bout d'un

⁸ Le concours d'internat en médecine à titre étranger ne donne pas accès au diplôme d'Etat, il donne aux médecins admis la possibilité d'effectuer leur internat en France mais pas d'exercer la médecine à l'issue de celui-ci. Il est réservé aux médecins titulaires d'un diplôme non ressortissants de l'Union Européenne mais leur donne la possibilité de s'inscrire en liste C pour la PAE.

an ou trois ans – les candidats soumettent un dossier examiné par une commission et se voient accorder, en cas d’avis favorable, une autorisation ministérielle de plein d’exercice de la médecine. Ils peuvent ensuite s’inscrire au tableau de l’ordre. En cas d’avis défavorable, les candidats ont la possibilité de se présenter deux fois supplémentaires devant la commission. D’après Hatzfeld, Boidé et Baumelou (2009), en cas de réussite, cette procédure donne d’emblée le droit au plein exercice, mais ne permet pas l’accès aux carrières universitaires et elle n’est pas reconnue dans tous les pays de l’Union Européenne, ce qui signifie qu’un médecin ayant obtenu l’autorisation de plein exercice en France et souhaitant aller exercer dans un autre pays de l’Union Européenne risque de devoir se soumettre à une nouvelle procédure d’autorisation.

Une autre possibilité, pour les médecins diplômés hors de l’Union Européenne, de voir leur diplôme en partie reconnu est de s’inscrire en première année et de passer le concours permettant de se classer en rang utile, c’est-à-dire de faire partie du *numerus clausus*. S’ils y parviennent, ces médecins peuvent bénéficier d’équivalences et se voir accorder des dispenses de scolarité pouvant aller jusqu’à quatre ans (Hatzfeld et al., 2009). Toutefois, d’après ces auteurs (2009, p.97), cette solution s’avère extrêmement difficile pour ces médecins dans la mesure où le concours de fin de première année est conçu pour les jeunes bacheliers français, avec un « fort coefficient accordé aux sciences fondamentales » et « le succès est au prix d’une année, voire deux, consacrée entièrement à sa préparation » (Ibid.) Ils ajoutent que « bien peu de médecins non-citoyens européens sont en condition de le réussir, la plupart ayant perdu toute attache avec les sciences fondamentales » (Ibid.), ce qui aboutit à des échecs fréquents. Enfin, Hatzfeld note que le diplôme d’État ne permet le plein exercice que si la condition de nationalité est satisfaite. Nous voyons donc ici que cette alternative est extrêmement coûteuse, au même titre que la procédure d’autorisation d’exercice puisqu’un médecin migrant ayant obtenu son diplôme hors de l’Union Européenne se voit contraint de recommencer des études de médecine alors qu’il a parfois déjà exercé sa profession pendant un certain temps dans son pays d’origine. Nous ne remettons en aucun cas en doute la légitimité d’une validation des connaissances théoriques et pratiques pour ces médecins, cela ne constitue pas l’objet de notre travail. Toutefois, il nous semble que cet élément est à interroger pour ses implications en termes psychiques, notamment en lien avec la question de la reconnaissance de l’identité professionnelle et de ses implications en termes de souffrance identitaire.

Enfin, la dernière manière d'exercer la médecine en France pour ces praticiens, qui n'aboutit pas à une autorisation de plein exercice, mais nous semblait mériter sa place dans ce travail concerne les diplômes spécifiques mis en place et permettant aux médecins à diplôme extra européen ainsi qu'aux étudiants en médecine en cours de spécialisation de venir compléter leur cursus en France pendant un an. Ainsi, les Diplômes de Formation Médicale Spécialisée (DFMS) sont accessibles aux candidats titulaires du diplôme permettant l'exercice de la médecine dans leur pays et inscrits en formation médicale spécialisée. Les Diplômes de Formation Médicale Spécialisée Approfondie (DFMSA) sont accessibles aux titulaires d'un diplôme de médecin spécialiste permettant l'exercice de la spécialité dans leur pays d'origine ou dans le pays d'obtention du diplôme. Un nombre de postes limité est ouvert chaque année dans toutes les spécialités et l'admission se fait sur dossier. Par exemple pour l'année 2014-2015, 596 postes⁹ ont été ouverts (dont 14 en pharmacie, ce dispositif étant également accessible aux pharmaciens) par un arrêté du ministre des Affaires sociales et de la Santé en date du 11 décembre 2013. Rappelons que ces diplômes n'autorisent pas l'exercice de la médecine en France.

3.3. Données démographiques concernant les médecins à diplôme étranger exerçant en France

Nous allons maintenant nous intéresser à la situation des médecins migrants diplômés à l'étranger et exerçant en France sur le plan démographique afin de quantifier ce phénomène migratoire, mais aussi d'initier une réflexion sur les différents statuts de ces médecins ainsi que sur les modalités d'autorisation d'exercice de ceux-ci de manière générale. Il s'agit dans cette partie de notre travail d'effectuer une clarification quant au nombre de médecins ayant obtenu leur diplôme hors de France. Nous verrons également de quelle manière ceux-ci sont répartis sur le territoire français, quels sont leurs lieux et modalités d'exercice, mais aussi quelle est leur provenance géographique. Ces éléments constituent en effet les caractéristiques de notre population et sont nécessaires à l'établissement d'un échantillon permettant de rendre compte de l'ensemble des

⁹ Source : http://unistramed.unistra.fr/var/ezwebin_site/storage/original/application/b49bcd8d2a36b0a24e35c0286111a3ca.pdf

phénomènes associés à la migration des professionnels de santé, mais aussi d'identifier les informations manquantes afin de construire nos outils méthodologiques.

3.3.1. Activité et provenance des médecins diplômés hors de France

Au 1^{er} janvier 2013, sur les 27 970 inscrits au tableau de l'Ordre, 2 111 médecins sont titulaires d'un diplôme européen ou extra-européen (ce qui représente une augmentation de 6,1% par rapport à 2012) ; dont 1 349 retraités et 1 762 actifs. Les diplômés européens et extra-européens représentent 7,8% de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'Ordre. Quel que soit le mode d'activité générale, les diplômes européens représentaient, en 2012, 45,4% de l'ensemble des diplômés hors de France. En 2013, les diplômes européens représentent 46,8% de l'ensemble des diplômés hors de France. L'Atlas de la démographie médicale au 1^{er} janvier 2014 ne fournit pas ces informations.

Figure 3 - Provenance des médecins diplômés hors de France (Le Breton-



Lerouvillois, 2013, p.113)

En ce qui concerne la provenance de ces médecins, d'après l'atlas 2013, 66,3% des médecins titulaires d'un diplôme extra-européen sont diplômés d'une université du

Maghreb et majoritairement d'Algérie (40%). Une proportion moindre de ces médecins vient de Syrie (11%), de Madagascar (3,9%) et du Liban (3,6%). Ainsi, l'Algérie arrive en première position du total des praticiens diplômés hors de France avec 22,2% de diplômés. La Roumanie occupe la seconde place (17,7%) et la Belgique la troisième (8,9%). On voit donc qu'une part importante des médecins étrangers venant en France - proviennent d'un pays largement francophone et sont susceptibles d'avoir effectué leurs études médicales en français. Toutefois, cela n'est pas le cas de tous les médecins diplômés à l'étranger et exerçant en France, il s'agira donc d'une donnée à prendre en compte. Enfin, entre 2008 et 2013, le nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre, en activité régulière, titulaires d'un diplôme hors de France a augmenté de 43%. D'ici à 2018, les effectifs vont continuer de croître pour atteindre 2 971 médecins diplômés hors de France. Il est intéressant de noter que ces médecins représentent chaque année environ 27% des nouveaux inscrits au tableau de l'ordre.

Ces médecins ont en majorité un exercice salarié (63,5%) alors que les médecins à diplôme français ont un exercice libéral à 46,6% et salarié à 43,1%. Rappelons que ces pourcentages ont été établis à partir des informations concernant les médecins inscrits au tableau de l'ordre, ce qui signifie que leur diplôme est reconnu. Les médecins diplômés hors de France exerçant sous un autre statut ne sont pas recensés ici. Nous ne disposons pas de données plus récentes, mais en 2006, selon l'enquête conduite par la FPS, 9553 médecins titulaires d'un diplôme extra-européen avaient obtenu la plénitude d'exercice, il restait 7000 médecins pouvant obtenir une régularisation et employés sous d'autres statuts. Hatzfeld (2012) fournit des données plus récentes nous permettant d'entrevoir l'évolution en six ans de ces nombres, ainsi, depuis 1973, ce seraient environ 1 218 médecins ne répondant pas aux exigences de l'article L4111-1 du Code de la Santé Publique qui auraient été autorisés à exercer leur profession en France, après inscription au tableau de l'Ordre, soit 1665 nouvelles inscriptions. Comme nous l'avons montré précédemment, le pourcentage de nouveaux inscrits à diplôme extra-européen augmente chaque année. Nous verrons dans la suite de ce travail quelles sont les modalités d'obtention de la plénitude d'exercice ainsi que les différents statuts possibles pour ces médecins. Enfin, la dernière étude parue concernant les flux migratoires chez les médecins exerçant en France nous fournit des données concernant le pays de naissance et la nationalité de ces médecins. Les atlas des années précédentes ne fournissaient pas ces données. En 2014, 5 168 médecins nés dans un pays européen ou extra-européen étaient

inscrits au tableau de l'ordre, soit 19,6% du total des inscrits. Les médecins nés hors de France étaient au nombre de 4 354 et parmi eux, 44,2% sont de nationalité française et 3,2% sont naturalisés français. À peu près la moitié est diplômée en France. Parmi eux, 25% sont nés dans un pays de l'UE et sont originaires en majorité de Roumanie (34%), d'Allemagne (16,4%) et de Belgique (12,7%). Cependant, les atlas ne permettent pas de savoir quelle proportion des médecins diplômés hors de France et inscrits au tableau de l'ordre sont d'origine française et combien sont d'origine étrangère dans la mesure où certains de ces médecins obtiennent la nationalité française avant d'obtenir la plénitude d'exercice et d'être en mesure de s'inscrire au tableau de l'Ordre. Nous le verrons dans la troisième partie de ce chapitre, l'obtention de la plénitude d'exercice en France est parfois plus longue que les études médicales elles-mêmes.

3.3.2. Les différents statuts des PADHUE

Tableau 1 – type d'activité des médecins salariés à diplômes européens et extra-européens (Le Breton-Lerouillois, 2012, p. 46)

Intitulé	Pourcentage
Praticien attaché	38,30%
Praticien contractuel	30,60%
Assistant des hôpitaux	11,80%
Salarié en établissement de santé (public ou privé) ou réseau de santé (HAD)	5,70%
Chef de clinique assistant des hôpitaux / assistant hospitalier-universitaire	4,10%
Médecin du travail ou de prévention	3,40%
Praticien hospitalier PH	1,80%
Praticien provisoire	1,10%
Médecin coordonnateur en EHPAD	0,40%
Médecin de transfusion	0,40%
Médecin territorial	0,40%
Clinicien hospitalier	0,20%
Médecin en centre de santé hors centre municipal	0,20%
Médecine de soins salariée en institutions médico-sociales	0,20%
Organisme de recherche public ou à but non lucratif	0,20%
Praticien adjoint contractuel	0,20%
Autre activité salariée	0,20%
Directeur adjoint de L.A.B.M./Laboratoire en société	0,20%
Maitre de conférences des universités MCU-PH	0,20%
Collaborateur salarié/Contrat avec une société	0,10%
Médecin conseil	0,10%
Médecin de PMI	0,10%
Médecine de dépistage et de prévention	0,10%

Le tableau 1, extrait de l'atlas de 2012 (Le Breton-Lerouillois, 2012, p.46), nous renseigne sur les différents statuts de ces médecins lorsqu'ils choisissent un exercice salarié (l'étude ne précise pas s'il s'agit d'un exercice salarié exclusif ou mixte). Nous avons choisi de mettre l'accent sur 4 lignes de ce tableau. D'abord, nous voyons ici que 38,3% des médecins salariés exercent en tant que praticien attaché, 30,6% en tant que praticien contractuel et 11,8% en tant qu'assistant des hôpitaux, ce qui représente la majorité d'entre eux. De plus, nous voyons que seul 1,80% de ces médecins exercent en tant que *praticien hospitalier*. Si nous rappelons que ce tableau correspond au mode d'exercice des médecins *inscrits au tableau de l'ordre*, c'est-à-dire aux médecins ayant obtenu l'autorisation de plein exercice, cela conduit à s'interroger sur l'implication de cette donnée en termes d'identité professionnelle. Toutefois, il convient de rappeler que ce tableau n'opère pas de distinction entre les PADHUE et les médecins à diplômes européens, il s'agit à notre sens d'une lacune de cette étude étant donnée la distinction que nous faisons avec d'autres chercheurs (Cottureau, 2010, Déplaudé, 2010) entre médecins à diplôme européen et médecins à diplôme extra-européen¹⁰.

3.3.3. Les autres professions de santé

La circulaire de 1985 autorisait les titulaires d'un diplôme médical ne leur permettant pas d'exercer leurs fonctions en France à exercer des fonctions d'infirmier sans autre condition. Depuis 2008, la réglementation a été modifiée et ces médecins doivent obtenir le diplôme d'infirmier. Toutefois, ceux-ci bénéficient d'une procédure spécifique afin d'obtenir le diplôme en un an au lieu de trois. De plus, ils peuvent exercer en tant qu'aide-soignant sans autre condition. Nous n'avons toutefois pas trouvé de recensement du nombre de médecins à diplôme extra-communautaire exerçant en tant qu'infirmier ou en tant qu'aide-soignant. Cependant, cette information nous semble mériter sa place dans notre travail dans la mesure où les deux sujets que nous avons rencontrés dans le cadre d'entretiens exploratoires avaient été dans ce cas.

¹⁰ Précisons que lorsque nous parlons de « diplôme européen » il s'agit en fait d'un diplôme obtenu dans un pays faisant partie de l'union européenne et donc permettant une reconnaissance et un accès au plein exercice automatique

3.4. Conclusion sur le cas français

En conclusion, nous avons tenté de dresser ici un état des lieux de l'exercice des médecins diplômés hors de France et exerçant leur profession sur le territoire français. Nous avons constaté qu'il existe des inégalités de répartition des médecins sur le territoire, conduisant à l'existence de « déserts médicaux » et à la mise en place de mesures visant à remédier à ce problème (Plan Santé Territoires). Nous avons vu également que le recrutement de médecins à diplôme étranger n'est plus envisagée au niveau gouvernemental comme une solution mais que cette pratique reste répandue et dépend plus de politiques locales de recrutement. Nous avons également pu voir que deux groupes se distinguent, celui des médecins titulaires d'un diplôme obtenu dans un pays de l'Union Européenne et ceux titulaires d'un diplôme obtenu hors de l'Union Européenne, mais aussi que des accords de réciprocité ont été mis en place avec certains pays ne faisant pas partie de l'Union Européenne en vue de la reconnaissance des diplômes. Ceci nous permet de faire émerger une variable importante qui est celle de la reconnaissance du diplôme. Nous avons vu en effet que lorsqu'un médecin est titulaire d'un diplôme ne lui permettant pas l'accès au plein exercice de la profession médicale, la procédure d'autorisation d'exercice est longue et difficile, mais aussi qu'en attendant cette autorisation, ces médecins peuvent être amenés à exercer leur profession sous divers statuts voire à exercer une autre profession (infirmier ou aide-soignant). Ces différents points seront à prendre en compte dans notre questionnement puisqu'ils constituent une large part du contexte légal, social et historique dans lequel ces médecins exercent et dans lequel se situe notre questionnement. Ces différents aspects nous amèneront donc à centrer notre questionnement sur la question du projet migratoire en lien avec ses aspects légaux, sur le vécu d'une éventuelle discrimination ainsi que sur les parcours de ces praticiens en lien avec les différentes démarches légales à mettre en œuvre afin d'exercer leur profession, et sur la manière dont celles-ci influent leur parcours professionnel mais aussi personnel. Nous étudierons enfin les implications au niveau identitaire de ces différentes questions. Dans la mesure où notre travail implique deux contextes culturels, juridiques et sociaux différents, nous allons maintenant présenter le cas du Brésil.

Chapitre 4 : La démographie médicale au Brésil

En ce qui concerne la situation des médecins au Brésil, nous disposons d'une quantité moindre de données démographiques dans la mesure où nous n'avons trouvé qu'une seule étude concernant la démographie médicale brésilienne (Scheffer, Cassenote, & Biancarelli, 2011, 2013). Toutefois, nous pouvons relever des caractéristiques comparables à la situation française pour certains aspects. Dans un premier temps, nous allons présenter des données générales concernant la démographie médicale au Brésil, puis nous donnerons des éléments relatifs aux médecins formés hors du Brésil et enfin, nous focaliserons notre attention sur le programme Mais Médicos¹¹.

4.1. Démographie médicale et répartition des professionnels de santé sur le territoire

Si nous nous intéressons aux données démographiques concernant les médecins brésiliens, nous remarquons dans un premier temps que leur densité a augmenté de manière exponentielle au cours des dernières décennies, cette tendance se poursuit toujours à l'heure actuelle (Scheffer et al., 2013, p. 19). Ainsi, au mois d'octobre 2012, les registres du conseil Fédéral de Médecine (CFM) et des Conseils Régionaux de Médecine recensaient un total de 388 015 médecins en activité au Brésil (Ibid., p.15). Le pays comptait en 1970 seulement 58 994 médecins en activité, le pays a donc connu une augmentation du nombre de ces médecins de 557,72% en 42 ans. Dans le même temps, la population brésilienne a doublé, le pays est donc passé de 1,13 médecin pour 1000 habitants à 2 médecins pour 1000 habitants en 2012. Les estimations de l'IBGE¹² et du CFM prévoient une augmentation continue pour les prochaines décennies ainsi qu'une féminisation très importante de la profession médicale, selon les projections faites dans cette recherche, elles seront majoritaires à terme. Les facteurs expliquant cette augmentation du nombre de médecins au Brésil sont similaires à ceux que nous avons exposés dans la première partie de ce travail concernant la France : du fait du

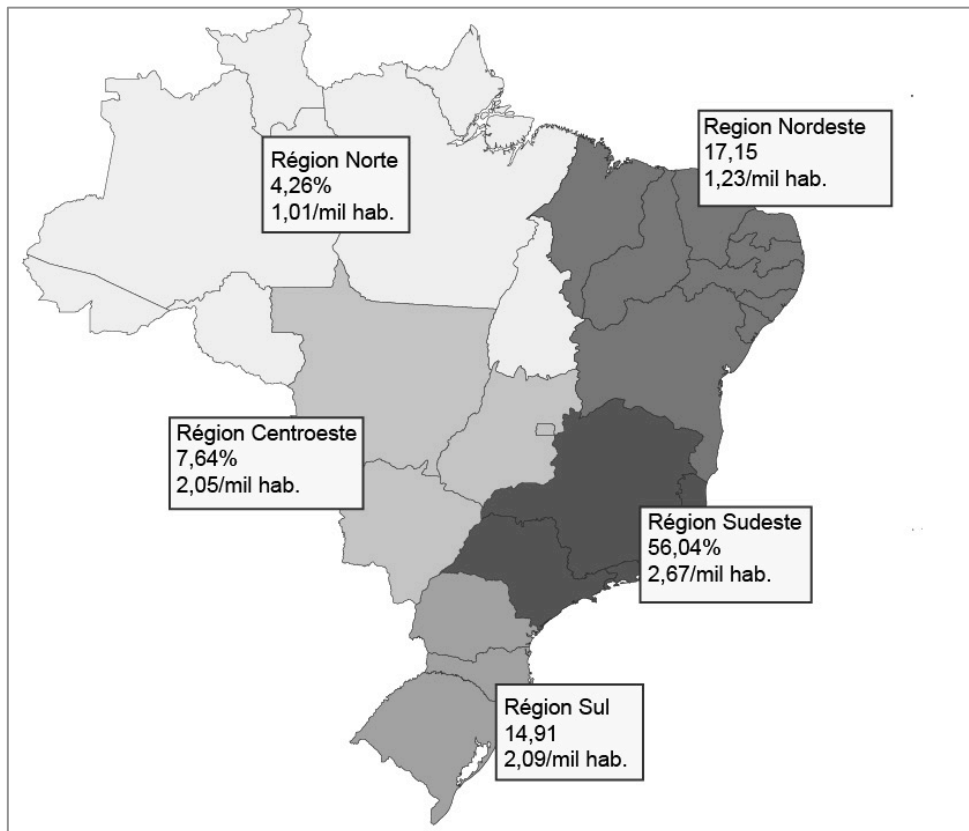
¹¹ Voir page 45.

¹² IBGE : Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

vieillesse de la population Brésilienne, de l'évolution des pathologies et des technologies, la demande en professionnels de santé augmente. Nous verrons que ceci a amené à une augmentation de la capacité de formation du Brésil, à travers l'ouverture d'un nombre important de places. En effet, contrairement à la France, le Brésil n'a pas eu recours à la mise en place *numerus clausus*, les besoins de son système de santé n'étant pas les mêmes. A partir de 1970, le pays a eu une politique d'augmentation de l'offre de formation afin de répondre à ses besoins médicaux, toutefois nous verrons le cursus médical est difficile d'accès pour ses candidats.

Il semblerait ainsi que le pays ne souffre pas d'une pénurie généralisée mais plutôt d'une répartition très inégale des médecins sur son territoire. En effet, nous pouvons voir par exemple que deux des grandes régions Brésil sont en-dessous de l'indice national : la région Norte compte 1,01 médecins pour 1000 habitants et la Région Nordeste en compte 1,23. La région Sudeste, qui compte 2,67 médecins pour 1000 habitants a un taux deux fois supérieur à celui du Nordeste.

Figure 4 – Répartition régionale en pourcentage du total des médecins et nombre de médecins pour 1000 habitants au Brésil d'après (Scheffer et al., 2013)



De plus, au sein des grandes régions, il existe des inégalités entre les différents états et, au sein des états eux-mêmes, on peut relever de grandes inégalités de répartitions entre les capitales et l'intérieur des états. Ainsi, par exemple, Recife a un taux de 6,27 médecins pour 1000 habitants alors que l'Etat du Pernambouco est bien en dessous de la moyenne nationale avec un taux de 1,57 (Scheffer et al., 2013, p. 36). D'après cette étude, si l'on exclut les médecins de la capitale, l'Etat du Pernambouco, qui est l'un des plus importants de la région Nordeste où nous avons mené notre recherche, ce taux n'est plus que de 0,58 médecins pour 1000 habitants, Recife compte donc dix fois plus de médecins que le reste de l'Etat. On se rend bien compte qu'il existe des inégalités importantes entre les grands centres urbains et les régions plus rurales. D'après cette étude, les régions moins développées économiquement, les parties des états ayant de grandes zones rurales ou des territoires difficiles d'accès ont tendance à manquer de médecins. Les régions les plus éloignées des capitales sont victimes d'une pénurie de services de santé et n'ont souvent pas de service de santé permanent. Par exemple, dans certaines parties de l'Amazonie, selon cette étude, la pénurie de médecins est à mettre en lien avec des indicateurs sociaux défavorables : de faibles revenus, peu de possibilités de scolarité, peu d'accès aux soins, une faible capacité d'installation de services de santé, associés à un manque d'infrastructures de transport pour parcourir des distances très importantes (qui se comptent en heures voire en jours) et à un manque de moyens de communication (*Ibid.* p. 36) Nous verrons dans la suite de notre travail que certaines de ces régions ont bénéficié du programme d'accès aux soins Mais Médicos. Cette étude met en avant le fait qu'il existe un lien entre la présence d'infrastructures de soin et la présence de plusieurs types de professionnels de santé dans une zone donnée. Le premier constat de cette étude concerne le fait que la pénurie de médecins s'accompagne le plus souvent d'une pénurie généralisée de professionnels de santé, ce qui s'explique par le fait que l'offre de soins générale dépend d'une collaboration entre les différents acteurs des systèmes de soins (infirmières, médecins, dentistes, pharmaciens, etc.) (Scheffer et al., 2013, p. 124). Les inégalités de répartitions des différents professionnels de santé suivent donc toutes un modèle similaire, là où des médecins manquent, l'ensemble des professionnels de santé est également en sous-effectif (*Ibid.*)

Il semblerait également que ces inégalités dans la répartition des professionnels de santé soient liées à des inégalités dans la disponibilité des infrastructures de soin sur le territoire brésilien. Ainsi, le manque d'établissements de santé et le manque de

professionnels vont généralement de pair. Il existe ainsi un grand déséquilibre à ce niveau entre les régions Norte, Nordeste et Sul, Sudeste. Les régions les plus attractives pour les médecins sont aussi celle qui disposent des meilleures infrastructures, des financements publics et privés les plus importants, des meilleures conditions de travail, de rémunération et la meilleure qualité de vie (*Ibid.*). Ainsi, les professionnels de santé ont tendance à privilégier pour leur installation des zones de forte attractivité, par conséquent, il existe une concentration beaucoup plus forte des médecins dans les grands centres urbains, ce qui a pour conséquence un important déséquilibre dans leur répartition, déséquilibre encore plus accentué en ce qui concerne les médecins spécialistes puisque ceux-ci sont présents en nombre important dans un nombre restreint de régions du Brésil (*Ibid.*). Toutefois, ce phénomène d'attractivité des grands centres urbains n'est pas circonscrit au Brésil, nous l'avons déjà constaté en France (Le Breton-Lerouvillois, 2013) et dans d'autres pays du monde (OCDE, 2010).

Les études de l'IBGE et du CFM ont également mis en évidence un lien entre l'offre de formation médicale disponible au Brésil et les inégalités de répartition sur le territoire. Nous avons vu que le pays voit actuellement le nombre de ces établissements de formation médicale augmenter de manière importante. Ainsi, le pays a connu deux vagues importantes d'augmentation de l'offre de formation, la première dans les années 1960, majoritairement à l'initiative du gouvernement ; et la deuxième au milieu des années 1996, qui se poursuit aujourd'hui et qui concerne le secteur privé en majorité. Entre 2000 et 2011, 77 écoles de médecine ont été inaugurées au Brésil, parmi lesquelles 52 sont des facultés privées (Scheffer et al., 2011, p. 23) alors que sur les 39 écoles ouvertes dans les années 1960, 21 étaient publiques. Ainsi, 58,7% des places disponibles pour la formation médicale concernent des facultés privées et 41,3% des universités publiques. Nous verrons dans la suite de ce chapitre que les universités publiques sont difficiles d'accès, ce qui amène plusieurs conséquences pour les étudiants en médecine brésiliens.

Selon l'étude, les nouvelles écoles de médecine sont situées en majorité dans les régions au sud du Brésil, ainsi, en 2011, 45% des facultés de médecine étaient situées dans la région Sudeste. Les régions ayant le plus grand nombre de facultés de médecine sont aussi celles qui disposent d'une plus grande concentration d'infrastructures médicales publiques ou privées, et donc d'opportunités d'emploi plus nombreuses. De plus, selon l'étude, les médecins formés dans les grands centres urbains ont tendance à

rester et à s'installer dans la région où ils ont obtenu leur diplôme (*Ibid.* p.25), ce qui explique en partie la concentration des médecins dans les grands centres urbains. Il existe en effet au Brésil des flux de mobilité et de migration internes des médecins importants, l'étude montre ainsi que contrairement à ce qui serait attendu les médecins ne s'installent pas forcément là où ils ont obtenu leur diplôme – à moins de s'être formés dans un grand centre urbain au Sud du Brésil. Une partie d'entre eux retournent dans leur région d'origine, une partie reste là où ils ont obtenu leur diplôme mais les études montrent que les grands centres urbains exercent une attraction plus importante que le lieu de naissance ou de formation de ces médecins (*Ibid.* Comme nous l'avons vu précédemment, les déséquilibres dans la répartition des médecins sur le territoire brésilien sont liés à un ensemble de facteurs complexes, facteurs que nous avons retrouvé – au moins pour certains – dans les études démographiques concernant la France.

4.2. Système de santé public et privé

En plus des disparités dans la répartition territoriale et par spécialités, on relève également une inégalité entre le secteur public et le secteur privé. En effet, selon l'étude de l'IBGE et du CMF, il semblerait qu'un nombre plus important de médecins soient employés dans le secteur privé ou aient un exercice libéral. Ces médecins ont souvent un exercice mixte et peuvent exercer à la fois dans le secteur privé et dans le secteur public, par exemple en ayant un cabinet de consultations en plus d'un exercice hospitalier. Il existe cependant un important déséquilibre dans la répartition entre le nombre de postes occupés dans le secteur privé et dans le secteur public, ainsi, le taux global de médecins pour 1000 usagers du secteur privé est 3,90 fois plus élevé que celui du secteur public. Dans la région Nordeste, cette disparité est encore plus marquée puisque le taux du secteur privé est 6,77 fois plus élevé que celui du secteur public (Scheffer et al., 2011, p. 50).

Afin de bien comprendre en quoi ceci peut être source de déséquilibre pour l'accès à la santé de la population, nous devons expliquer brièvement le fonctionnement du système de santé brésilien et les liens existant entre les acteurs publics et privés. Le Sistema Unico de Saúde (SUS) a été créé avec la nouvelle constitution de 1988 et mis en place de manière effective en 1989. Le SUS vise à garantir un accès universel et égal à la santé aux citoyens brésiliens. Il est décentralisé et fonctionne selon une hiérarchisation à trois niveaux : national, au niveau des états et au niveau des municipalités avec des

conseils à ces trois niveaux chargés de la prise de décision et de l'organisation du système de santé. Il repose sur un financement de l'état à travers les cotisations de la sécurité sociale brésilienne et s'appuie sur une coopération avec le secteur privé. Or, cette coopération est parfois à l'origine de différences dans la prise en charge des patients selon que ceux-ci relèvent du SUS ou disposent d'une assurance privée (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011). Selon les auteurs, il arrive que les actes médicaux effectués dépendent du taux de remboursement appliqué au patient. Au cours de la dernière décennie, une partie de la population a vu son niveau de vie augmenter et a pu avoir accès à une assurance privée. A l'heure actuelle, entre 20 et 25% de la population brésilienne dispose d'une assurance privée, les compagnies d'assurance se développent de manière importante et le montant des cotisations a tendance à augmenter alors que les soins pour les pathologies les plus « coûteuses » ne sont pas pris en charge par les assurances privées, ce qui a pour conséquence que les patients continuent d'avoir recours au SUS pour ces pathologies, grevant ainsi son budget (*Ibid.*). Or, comme nous l'avons vu précédemment, le nombre de postes occupés par des médecins est bien plus important dans le secteur privé alors que seul le quart de la population dispose d'une assurance privée.

Le SUS est divisé en plusieurs sous-programmes selon les types de besoins des patients. Il s'avère particulièrement performant en ce qui concerne les soins primaires, une attention importante a en effet été apportée au programme Saúde da Família et à la mise en place d'Unités de Soins de Base permettant un accès aux soins de base au plus grand nombre. Toutefois, en ce qui concerne les procédures plus complexes, de diagnostic et de soins basés sur des moyens technologiques coûteux, le SUS est dépendant du secteur privé. Par exemple, seuls 24,1% des scanners et 13,1% des IRM appartiennent au secteur public et leur accès est inégal (Victora et al., 2011). Les unités de santé primaires, les dispensaires, sont en grande majorité publics alors que les hôpitaux, les cliniques et les services diagnostiques et thérapeutiques sont pour la plupart privés avec pour conséquence que seuls 6,8% des unités diagnostiques et thérapeutiques étaient publiques (*Ibid.*) De plus, comme nous l'avons exposé précédemment, certaines régions difficiles d'accès ont une offre de santé insuffisante, y compris pour les soins de base. Pour remédier à ce problème, la décentralisation du SUS et le programme Saúde da Família ont permis des conditions d'embauche assouplies pour les médecins de ce programme, les maires sont aussi autorisés à augmenter les salaires pour attirer des

médecins dans les régions en demande, toutefois il s'agit de postes où la sécurité de l'emploi n'est pas assurée et le *Turnover* est important. Ainsi, le SUS reste dépendant du secteur privé dans beaucoup de domaines et il ne parvient pas à garantir un accès complet à la santé à l'intégralité de sa population. A ce contexte, vient s'ajouter une certaine préférence des médecins pour le secteur privé. Nous verrons quelles sont les mesures prises par le gouvernement brésilien pour tenter d'augmenter l'accès aux soins des populations à travers l'exemple du programme Mais Médicos dans la suite de ce travail.

4.3. Médecins formés hors du Brésil

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe des flux migratoires importants entre les différentes régions du Brésil. Cependant, en plus de ces migrations, nous avons pu relever l'existence de migrations venant de l'extérieur. Ainsi, d'après l'étude de l'IBGE et du CFM (Scheffer et al., 2011), sur les 388 015 médecins en activité dans le pays, en 2011, 7284 soit 1,84% avaient obtenu leur diplôme hors du Brésil. La majorité de ces médecins, c'est-à-dire 64,83% d'entre eux, sont des brésiliens partis étudier à l'étranger, ce qui représente une très faible proportion des médecins exerçant au Brésil. Parmi les autres médecins, 94,79% viennent d'Amérique du Sud, en majorité de Bolivie, puis du Pérou, de Colombie, de Cuba, d'Argentine et de l'Equateur. Parmi ces médecins, 79,2% n'ont pas de spécialité, et tous, même ceux ayant un diplôme spécialisé sont soumis à une procédure de revalidation de leur diplôme. Selon l'étude sur laquelle nous sommes appuyée, l'installation de ces médecins formés hors de Brésil ne contribue pas à diminuer les inégalités de répartition des médecins sur le territoire puisqu'ils suivent le même schéma d'installation que leurs confrères formés au Brésil, préférant eux-aussi les grands centres urbains. Afin de pouvoir exercer au Brésil, les médecins ayant obtenu leur diplôme dans un autre pays doivent se soumettre à une procédure de « revalidation » de leur diplôme. Celle-ci relève de la compétence des Universités publiques brésiliennes qui dispensent des formations dans le même domaine, c'est-à-dire les Universités publiques qui proposent des formations en médecine. Ce sont donc ces universités qui sont à même de reconnaître l'équivalence des diplômes des médecins formés hors du Brésil. Jusqu'en 2010, il s'agissait de la seule procédure de reconnaissance des diplômes en place, mais le processus était très long et chaque institution avait ses propres règles. En

2011, l'examen national Revalida¹³ a été créé par l'Institut National d'Etudes et Recherches en Education Anísio Texeira (INEP) en collaboration avec le Ministère de la Santé, le Secrétaire d'Etat de l'Enseignement Supérieur (SESU/MEC) et le Ministère des relations extérieures. L'examen Revalida, qui a été mis en place dans seulement 38 facultés, est décomposé en deux étapes, un examen écrit qui évalue les connaissances théoriques à partir d'études de cas cliniques et un examen des aptitudes cliniques qui évalue la pratique médicale. Au cours des deux premières années, seulement 67 candidats ont été reçus sur un total de 1184 inscrits (Scheffer et al., 2011), il s'agit donc d'un examen aux exigences élevées. Toutefois, les examens propres à certaines universités et similaires au REVALIDA sont tout aussi difficiles.

4.4. Le programme Mais Médicos

En 2013, dans le cadre du pacte d'amélioration de la prise en charge des usagers du Système Unique de Santé, le gouvernement Brésilien a mis en place un vaste programme visant à accroître le nombre de médecins en exercice sur le territoire ainsi que les infrastructures disponibles pour la population. Nous avons vu qu'il s'agit en effet d'un enjeu important pour les politiques de santé au Brésil. Le gouvernement Brésilien avait déjà tenté de mettre en place d'autres mesures depuis les années 1970, mais aucune n'avait eu l'ampleur du programme Mais Médicos (Oliveira et al., 2015).¹⁴ Ainsi, le programme Mais Médicos prévoit de renforcer l'offre de soins dans les régions les plus touchées par une pénurie de professionnels et d'infrastructures, c'est à dire dans les régions à forte vulnérabilité sociale et dans les Districts Sanitaires Spéciaux Indigènes puisqu'un des sous-systèmes de SUS concerne la santé indigène de manière spécifique. Le programme prévoit en outre une augmentation du nombre de places disponibles pour la formation en médecine ainsi qu'une amélioration de cette formation. Il prévoit de mettre en place une période obligatoire d'exercice en unité de soin de base ou dans un service d'urgences pour tous les étudiants en médecine qui entre en formation à partir du 1^{er} janvier 2015. Le programme prévoit également de réformer le processus d'approbation

¹³ Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras – Revalida/Examen national de revalidation des diplômes médicaux délivrés par des institutions d'enseignement supérieur étrangères - Revalida

¹⁴ Entre les années 1970 et aujourd'hui, de nombreux changements sont intervenus dans la situation politique du Brésil. Dans les années 1970, le Brésil vivait une dictature militaire. Aujourd'hui, le Brésil est gouverné par la présidente de la république Dilma Rousseff, du parti des travailleurs, qui est un parti plus orienté à gauche.

pour l'ouverture de facultés de médecine privées. A l'heure actuelle, une université privée souhaitant dispenser une formation médicale soumet un projet au Ministère de l'Education et peut ouvrir sa formation en cas d'approbation du projet. Le programme prévoit de modifier ce fonctionnement et de proposer des appels d'offres pour l'ouverture d'une formation médicale dans les zones prioritaires du SUS avec une obligation de fournir des formations dans les spécialités prioritaires du SUS, à savoir la clinique médicale, la gynécologie-obstétrique, la chirurgie, la pédiatrie et la médecine communautaire. Enfin, le programme Mais Médicos prévoit également de faire venir un nombre important de médecins formés hors du Brésil en leur faisant bénéficier d'une reconnaissance automatique de leur diplôme et en les dispensant de la procédure de revalidation. Nous avons concentré notre travail sur ce volet du programme, nous allons donc le présenter plus en détail.

Le volet du programme Mais Médicos qui concerne les médecins formés hors du Brésil s'est déroulé en plusieurs étapes. Il a d'abord été demandé aux municipalités ayant besoin de médecins de se faire connaître par le biais d'une plateforme en ligne ; lors de cette étape, 13 000 médecins ont été demandés par 2868 municipalités. Puis, un appel a été lancé à destination des médecins brésiliens afin que ceux-ci viennent occuper ces postes et enfin, les places restantes ont été proposées à des médecins étrangers. Le programme prévoyait à ses débuts de faire participer 6000 médecins cubains suite à un accord passé entre les deux gouvernements avec l'appui de l'Organisation Panaméricaine de Santé. Au mois d'octobre 2015, selon le gouvernement brésilien. Les médecins participants au programme signent des contrats de 3 ans renouvelables une fois pour 3 années supplémentaires sous conditions et suivent une formation de trois semaines à leur arrivée au Brésil visant à vérifier leur niveau de langue et à leur apprendre le fonctionnement du SUS. Ainsi, les médecins souhaitant continuer à travailler dans le cadre du programme pour trois années supplémentaires doivent obtenir la reconnaissance de leur diplôme, nous ne savons pas à l'heure actuelle s'ils auront la possibilité de rester au Brésil au-delà des six premières années du programme. Les médecins participant au programme ont pour obligation d'aller exercer dans une « Unidade de Atenção Básica¹⁵ », dans une zone prioritaire du SUS ou en périphérie d'un grand centre urbain. Ils viennent généralement seuls, leur famille restant dans leur pays d'origine. Ils perçoivent une

¹⁵ Unité de soins de base.

rémunération de 10 000 réais, soit environ 2340 euros¹⁶, alors le salaire moyen des médecins brésiliens en exercice est d'environ 8670 réais en moyenne, tous types d'exercice confondus (Nogueira Maciente, A. Meyer M. Nascimento, & Rocha Soares de Assis, 2013, p. 57), soit environ 2000 euros. Dans le cas des médecins cubains, qui représentent la majorité des médecins participant au programme, leur salaire est versé directement au gouvernement cubain qui leur reverse 30% de l'argent soit 3000 réais (environ 700 euros).

4.5. Réception et avenir du programme Mais Médicos au Brésil

Ce programme a suscité un ensemble de réactions variées depuis son annonce, il a fait l'objet d'une vaste couverture médiatique notamment en ce qui concerne la venue de médecins cubains. Un sondage avait été réalisé au mois de juin 2013 par le Datafolha¹⁷, institut de sondage rattaché à la Folha de São Paulo, le quotidien d'information le plus important au Brésil, au sein de la population générale afin de connaître la réception du programme, et en particulier de la mesure visant à faire venir des médecins étrangers. Les résultats obtenus ont montré que 47 % de la population était favorable au programme et que 48 % lui étaient défavorables. Les taux d'adhésion les plus élevés ont été relevés parmi les individus les moins scolarisés (56%), les plus défavorisés (54%) et les habitants du Nordeste (56%). Ainsi, le rejet de la mesure augmente avec le niveau de scolarisation puisqu'on passe de 38 % de désaccord chez les individus au niveau le plus bas à 66 % de désaccord chez les individus au niveau le plus haut. De même, 66 % des individus aux revenus les plus élevés (gagnant de 5 à 10 fois le salaire minimal) ont exprimé un désaccord concernant cette mesure. Nous voyons donc que le programme Mais Médicos a eu une réception variable au sein de la population brésilienne et il semblerait que les populations ayant le plus de difficultés dans l'accès aux soins soient aussi les plus nombreuses à avoir adhéré à cette mesure.

Par ailleurs, le programme Mais Médicos a fait l'objet de controverses de la part des médecins brésiliens exerçant au Brésil. Certains ont pris part à des manifestations lors de l'annonce du programme et avant l'arrivée des médecins participant au programme en 2013. Des entretiens informels à visée informative menés avec deux médecins exerçant

¹⁶ Conversions faites le 26 octobre 2015, au taux de 1 euro = 4,27 réais.

¹⁷ <http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2013/07/01/outros-temas.pdf>

dans l'état du Pernambouco et une infirmière exerçant dans l'état du Rio Grande do Norte ainsi qu'une série d'événements survenus lors de notre présence sur le terrain en 2013 nous ont permis de voir que plusieurs points concernant ce programme faisaient l'objet de critiques. Nous avons vu également que la couverture médiatique réservée au programme dans ses premiers temps était très critique, en particulier vis-à-vis des médecins cubains. Parmi les controverses que nous avons pu rencontrer, le manque d'infrastructures était celle qui était le plus souvent citée. Ainsi, selon l'un des médecins que nous avons rencontrés à Recife, le gouvernement aurait intérêt à investir davantage d'argent dans la santé publique et la construction d'infrastructures dans les régions souffrant d'une pénurie médicale. Le recrutement de médecins étrangers ne serait pas la meilleure stratégie selon lui. Nous avons retrouvé cette critique dans certains articles de journaux brésiliens. Un autre médecin nous a expliqué que la controverse viendrait selon lui du fait que les médecins brésiliens n'ont pas été consultés avant la création du programme.

Une autre controverse que nous avons rencontrée concerne la formation et le diplôme des médecins étrangers venant exercer au Brésil. Ils bénéficient en effet de facilités pour faire reconnaître leur diplôme puisqu'ils ne sont pas soumis à l'examen Revalida¹⁸, ce qui suscite une polémique notamment au sein du Conseil Fédéral de Médecine, mais aussi parmi les médecins brésiliens. Il est reproché aux médecins cubains d'être insuffisamment formés et de commettre des erreurs de diagnostic ou de prescription. Certains médecins brésiliens étant allés jusqu'à diffuser des copies d'ordonnances rédigées par des médecins cubains et présentant des erreurs sur leurs blogues et sur les réseaux sociaux¹⁹. De plus, les entretiens informels que nous avons menés, ainsi que la lecture de quotidiens d'informations brésiliens, nous ont amenée à voir qu'il existe une controverse récurrente liée à la rémunération des médecins cubains et notamment au fait qu'une partie de leur salaire est reversée au gouvernement cubain. Enfin, les professionnels avec qui nous avons échangé, ainsi qu'un ensemble de sources écrites et audiovisuelles²⁰ laissent entendre qu'il s'agit d'une mesure électorale, en prévision des élections présidentielles d'octobre 2014. Dans une note publiée en août 2013

¹⁸ Voir note de bas de page n°13.

¹⁹ Un site réunissant ces ordonnances intitulé "Mais Médicos?" a été créé sur la plateforme de micro-blogging Tumblr : <http://maisMedicos.tumblr.com>

²⁰ Nous nous sommes appuyée notamment sur le témoignage d'un médecin brésilien issu d'un documentaire réalisé par le *Diario do Centro do Mundo*, un média d'information indépendant : <https://www.youtube.com/watch?v=HdjA6kpLHpc#t=128>

sur son site internet²¹ après l'annonce par le gouvernement du projet de faire venir des médecins cubains pour prendre part au programme, le Conseil Fédéral de Médecine (CFM) a qualifié cette mesure d'« électoraliste, irresponsable et irrespectueuse », une critique violente à l'égard du gouvernement brésilien. Cette note visait également à critiquer l'absence d'évaluation des compétences des médecins recrutés et appelait à une mobilisation de l'ensemble de la société civile afin de contrer la venue de ces médecins. Un an plus tard, en septembre 2014, le CFM a publié une note²² confirmant son désaccord avec le programme et critiquant l'absence de la passation d'un examen par les médecins recrutés, ce qui accroît selon eux la vulnérabilité de populations déjà en difficulté. Cette note critique également l'absence de transparence à propos des accords financiers liés au programme ainsi qu'aux conditions de travail de ces médecins. Le CFM critique également la capacité du gouvernement brésilien à proposer des mesures définitives, arguant que le programme Mais Médicos ne peut être qu'une mesure provisoire.

Une première étude évaluative concernant l'activité des médecins ayant adhéré au programme et la satisfaction des patients a été réalisée à la demande du gouvernement par l'Université Fédérale de l'État du Minas Gerais²³. Les résultats de cette étude sont parus en septembre 2014, un an après l'arrivée des premiers médecins cubains au Brésil, et font état d'un niveau de satisfaction élevé parmi les bénéficiaires du programme. Ainsi, un an après la mise en place du programme, 14 462 ont été recrutés, parmi lesquels 1846 médecins brésiliens, 1187 médecins diplômés à l'extérieur du pays (nous ne connaissons pas la proportion de médecins brésiliens parmi ceux-ci) et 11 429 médecins cubains. Parmi les 4000 patients bénéficiaires du programme interrogés, 95 % ont déclaré être satisfaits ou très satisfaits du programme. De plus, 83 % d'entre eux ont répondu que les médecins leur ont fourni une information claire et ont répondu à leurs interrogations concernant leur santé, 87 % ont déclaré n'avoir eu aucun problème pour comprendre le médecin lorsque celui-ci leur parlait et plus de 85 % d'entre eux ont déclaré avoir confiance dans le diagnostic, avoir eu affaire à un professionnel compétent, attentionné et respectueux. Il semble donc d'après cette recherche que les patients ayant pu bénéficier

²¹ http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24097:para-cfm-importacao-de-Medicos-cubanos-e-medida-eleitorea-e-irresponsavel&catid=3:portal

²² http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25016:nota-mais-Medicos&catid=3

²³ <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/04/apresentacao-COLETIVA-1-ANO-MAIS-M--DICOS---04-09-1.pdf>

du programme Mais Médicos soient satisfaits et n'aient pas rencontré de difficulté pour communiquer avec les médecins étrangers.

En ce qui concerne l'avenir du projet, la première période de trois ans va prendre fin en 2016, et d'après un article de la Folha de São Paulo publié le 4 octobre 2015²⁴, la situation semble complexe puisque les 5422 médecins entrés en 2013 dans le programme devront obtenir l'examen REVALIDA s'ils souhaitent continuer à exercer dans le cadre du programme. Toutefois, si ces médecins obtiennent l'examen, il leur sera possible d'exercer dans le privé et d'assurer des gardes dans d'autres hôpitaux, cette mesure ne garantit donc pas qu'ils resteront dans le programme. D'après cet article, le gouvernement envisagerait de réaménager l'affectation de certains médecins cubains afin qu'ils aillent travailler dans des zones moins attractives pour les autres participants. Certains suggèrent de supprimer l'obligation de revalider son diplôme afin de rester dans le programme, facilitant ainsi son maintien. Nous voyons donc que l'évolution du programme est incertaine à l'heure actuelle²⁵.

4.6. Pertinence de la réalisation d'une recherche mettent en parallèle les contextes brésilien et français

Nous allons maintenant présenter un ensemble d'éléments de comparaison entre les deux contextes que nous venons de présenter afin de voir quels sont leurs points de contact et leurs similitudes, mais aussi quelles peuvent être leurs divergences. Nous montrerons ainsi en quoi la confrontation de ces deux contextes peut être pertinente dans le cadre d'une approche d'orientation clinique à travers sa capacité à faire intervenir des problématiques différentes pour les sujets impliqués.

4.6.1. Les migrations au Brésil et en France

Il nous paraît intéressant de situer les dynamiques migratoires spécifiques de la profession médicale dans le cadre plus large des dynamiques migratoires françaises et brésiliennes. Celles-ci obéissent en effet à des logiques différentes et il nous semblait

²⁴ <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/10/1689956-mais-Médicos-tera-que-trocar-ate-30-dos-participantes.shtml>

²⁵ Ceci n'est pas sans rappeler la situation française puisque les médecins diplômés hors de l'UE et n'ayant pas passé la Procédure d'Autorisation d'Exercice, rappelons qu'ils sont environ 5000 d'après le SNPADHUE, ont une date butoir fixée au 31 décembre 2016 pour la passer. Passé ce délai, ils ne seront plus autorisés à exercer en France.

intéressant de le souligner. L'immigration en France concerne une proportion importante de la population, 8,7 % selon le recensement de la population de l'INSEE²⁶ effectué en 2011. Les migrants présents en France proviennent en majorité d'Algérie, du Maroc et de Tunisie ainsi que d'Espagne, d'Italie et du Portugal. Ces populations sont concentrées à proximité des grands centres urbains. Au Brésil, la situation est quelque peu différente puisque cette proportion est beaucoup moins importante, puisqu'ils étaient environ 880 000 en 2009 (Théry, 2009) pour une population de 193 millions d'habitants, ce qui représente moins de 0,5 % de la population. Les populations migrantes se concentrent principalement dans les grandes régions métropolitaines. Toutefois, nous devons remarquer d'une part que le Brésil a connu tout au long de son histoire des migrations de peuplement, avec des populations venues d'Italie, du Portugal, d'Espagne, du Japon, d'Allemagne, de Syrie et de Turquie (Théry, 2009, p. 45), soit à l'époque coloniale soit ultérieurement. À l'heure actuelle, de nouvelles dynamiques migratoires se dessinent au Brésil, et concernent de plus en plus les pays voisins (Colombie, Uruguay, Argentine, Venezuela, etc.), mais aussi des populations du monde entier. Selon Théry, « la multiplication des points de passage, l'amélioration des infrastructures routières et [...] le développement économique du Brésil, plus rapide que chez ses voisins » (2009, p. 47) encourage ces migrations en provenance des pays voisins. La majorité des populations migrantes se concentrent dans les grandes capitales Rio et São Paulo, mais d'après Théry, les Européens sont attirés par le Nordeste et il existe une importante migration japonaise dans l'Amazonas liée à l'implantation d'entreprises japonaises dans cet État. Nous voyons donc que les grands centres urbains constituent là encore des pôles d'attractivité.

4.6.2. Politiques de santé

Nous nous plaçons dans deux pays aux besoins différents en matière de santé ainsi qu'aux contextes économiques et sociaux très différents, mais devant faire face à des questions similaires. Nous avons vu en effet que la France comme le Brésil sont confrontés à une augmentation de la demande de soins liée entre autres au vieillissement de la population, conduisant à des besoins importants de professionnels de santé. Nous avons vu également que les deux pays doivent faire face à d'importantes inégalités dans la répartition de leurs professionnels de santé et en particulier de leurs médecins sur l'ensemble de leur territoire. Toutefois, le problème ne se pose pas de la même façon en

²⁶ <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensement/resultats/2011/rp2011.htm>

France et au Brésil concernant les facteurs expliquant le déséquilibre et la réticence des médecins à s'installer dans des régions souffrant d'une pénurie de personnel médical. En France, ce choix est lié à la qualité de vie et au manque d'attrait de ces régions du point de vue culturel, divertissement, structures éducatives et donc au dynamisme de la région. Les jeunes médecins ne sont pas attirés par le cadre de vie de ces régions. Au Brésil ce n'est pas uniquement le cadre de vie qui pose problème, mais aussi les conditions de travail, le manque de moyens et d'infrastructures médicales qui rendent l'exercice de la profession difficile. Au Brésil, la priorité est donnée aux soins de base puisque c'est dans ce domaine que les besoins sont les plus urgents. En France, des mesures ont effectivement été prises afin d'inciter les médecins généralistes à venir exercer dans des zones souffrant de pénurie, mais les hôpitaux périphériques ainsi que d'autres types d'infrastructures sont également touchés par un manque de personnel et nous avons souhaité centrer notre recherche sur ces terrains afin de pouvoir prendre en compte la dimension collective de ce travail.

Il nous semble pertinent de confronter ces deux contextes du point de vue des politiques de santé en matière de recrutement puisque les deux contextes obéissent à des logiques différentes et se situent à des temps différents de leur réponse à ces questions. Comme nous l'avons montré tout au long de ce chapitre, la question des médecins diplômés hors de France a une histoire déjà longue et marquée par plusieurs étapes importantes, toutefois elle est loin d'être résolue et continue d'être une source de réflexion de la part du gouvernement et de revendications de la part des professionnels concernés. Au Brésil en revanche, même si elle existe depuis un certain temps, nous avons vu qu'il s'agissait jusqu'à 2013 d'un phénomène proportionnellement peu répandu puisqu'il concernait moins de 1 % du total des médecins exerçant sur le territoire brésilien²⁷. Depuis l'entrée en vigueur du programme Mais Médicos, la présence de médecins étrangers a été projetée sur le devant de la scène, confrontant la société brésilienne à une situation peu représentée jusqu'alors et dont l'avenir est inconnu, mais qui a des enjeux éthiques, économiques, politiques et sociaux.

4.6.3. Étudiants en médecine se formant à l'étranger

Enfin, nous souhaitons attirer brièvement l'attention sur un phénomène que nous n'étudions pas directement, mais qui nous semble relever de problématiques similaires et

²⁷ Rappelons que parmi les 1,87% que représentent la proportion de médecins diplômés hors du Brésil, 65% sont des brésiliens ayant fait leurs études à l'étranger.

qui est présent à la fois au Brésil et en France. Il s'agit du nombre de plus en plus élevé d'étudiants allant faire leurs études de médecine à l'étranger. Nous avons vu que la majorité des médecins diplômés hors du Brésil sont en fait des Brésiliens ayant étudié hors du pays. L'entrée dans les études supérieures est en effet soumise à la passation d'un examen préalable, le Vestibular, et le cursus médical compte un nombre très important de candidats pour un nombre très limité de places, malgré les efforts du gouvernement pour augmenter l'offre de formation. Cette situation conduit de nombreux étudiants à effectuer leurs études dans les pays voisins puis à revalider leur diplôme par la suite. La France connaît un phénomène similaire, qui a été médiatisé au cours de dernières années, puisque certains étudiants ayant échoué au concours de fin de première année de médecine partent se former à l'étranger, souvent en Belgique et en Roumanie. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une migration, mais plutôt d'une mobilité internationale même si elle peut être d'assez longue durée. Toutefois, même s'il ne s'agit pas de notre objet de recherche, il nous semble que le fait de partir étudier dans un pays étranger pour une durée relativement longue, voire d'effectuer la totalité de son cursus, est une source de transformation des processus identitaires conséquents. De plus, ce phénomène pose également la question de la langue dans la mesure où les étudiants n'ont pas toujours la possibilité d'effectuer leur cursus dans leur langue maternelle, ce qui les amène donc à devoir se réadapter le jour où ils décident de revenir travailler dans leur pays d'origine.

4.6.4. Le cas particulier des médecins cubains

Du côté du Brésil, dans le cadre de cette recherche, nous allons mettre l'accent sur le cas des médecins cubains participant au programme Mais Médicos. Il s'agit d'une situation très spécifique puisque tous viennent du même pays pour prendre part au même dispositif. Toutefois, il nous semble que les expériences individuelles de médecins présents sur un territoire depuis un peu plus d'un an peuvent nous permettre de voir comment s'amorcent les modifications des processus identitaires dans une telle situation. Il importe de garder à l'esprit le fait que ces sujets viennent d'un pays à la situation politique complexe et que jusqu'à janvier 2013, il était très difficile de sortir du territoire cubain, excepté pour certaines professions dont les médecins font partie. Nous sommes dans la première période du programme Mais Médicos, et son évolution est incertaine. Ainsi, cet élément ne nous semblait pas être un obstacle pour mener à bien cette recherche au moment de son commencement, mais plutôt un facteur à prendre en compte dans la trajectoire des sujets afin de ne pas introduire de biais dans nos analyses. Toutefois nous

verrons dans la suite de ce travail que le fait qu'il s'agisse d'un sujet sensible du point de vue politique et extrêmement controversé nous a conduit à modifier tout un volet de notre travail.

4.6.5. Pertinence pour une recherche sur l'identité

La confrontation de ces deux situations nous permet de mettre en évidence des éléments communs nous permettant d'effectuer une comparaison entre les processus à l'œuvre chez les professionnels de santé confrontés à l'altérité pour une durée relativement longue de leur parcours professionnel. Dans les deux contextes, la reconnaissance des compétences et de l'identité professionnelle est mobilisée. Le point commun entre ces deux problématiques se trouve d'une part dans le fait d'avoir fait ses études et commencé à exercer sa profession dans un pays différent du pays d'exercice et d'autre part dans les difficultés liées au statut accordé au diplôme, voire dans certains cas aux années d'exercice professionnel. Dans les deux cas, la formation professionnelle et la socialisation professionnelle ont eu lieu dans un pays de langue et de culture différente de celle du pays d'exercice et il nous semble que cet aspect est particulièrement pertinent pour notre travail. Cet aspect introduit en effet une rupture dans le parcours des sujets qui a lieu dans des contextes culturels, légaux et politiques très différents, mais avec comme point commun d'être étroitement lié à la question du travail et à la profession médicale en particulier.

Après ce chapitre introductif présentant les aspects légaux et démographiques présents dans les contextes dans lesquels se situe ce travail, nous allons aborder des questions théoriques afin de montrer quels peuvent être les enjeux au niveau psychique et identitaire, à l'échelle individuelle, de ce phénomène social, politique et économique. Nous allons tenter de montrer que le fait de travailler dans un pays étranger conduit à des transformations des processus identitaires liés au passage d'une identité à l'autre impliquant des moments de crise liés à la confrontation à la différence culturelle. Notre travail de recherche vise à mettre en évidence ces phénomènes pour le cas particulier de la profession médicale au Brésil et en France, en s'appuyant sur un ensemble de travaux existants à propos des migrations, des différences culturelles et des processus identitaires mobilisés dans ce type de situations.

Partie 2 : Approches théoriques mobilisées dans cette recherche

« Je parle, je pense et j'agis avec l'autre et, grâce à lui, je me fais être moi-même le même, toujours en train de m'accomplir ou de me détruire, de me faire ou de me défaire, d'être ou de ne plus être. »

Vezeanu, 2004, p. 123

Chapitre 1 : Cadre conceptuel

Ce premier chapitre vise à proposer une réflexion autour des grands axes théoriques qui constituent le fil conducteur de cette recherche. Il s'agit d'une recherche en psychologie, bien qu'elle fasse intervenir des modèles développés dans d'autres disciplines, c'est pourquoi ce premier chapitre vise à délimiter l'approche psychologique dans laquelle nous nous situons et d'amener une réflexion sur les grands axes conceptuels que nous utiliserons. Nous adoptons une perspective historico-culturelle du psychisme, selon laquelle la compréhension des processus psychiques « prend un sens qui dépend alors des situations culturelles dans lesquelles ils se construisent, mais aussi dans lesquelles ils sont étudiés. » (Acioly-Regnier, 2010, p. 19) Ici, l'expérience humaine, y compris la perception, est médiatisée historiquement, culturellement et linguistiquement ; par conséquent, les perceptions et les expériences ne sont jamais le reflet des conditions environnementales, mais doivent être comprises comme une lecture spécifique de ces conditions (Willig, 2001, p. 7). Dans cette perspective, la culture est vue comme un ensemble d'expériences de groupes et d'attentes utilisées pour donner un sens au monde

(Williams, 2006) et ce qui fait en partie la spécificité d'une culture donnée est l'intégration des problématiques émergeant du contexte social spécifique dans lequel les individus sont insérés et à partir duquel ils définissent leur identité (*Ibid.*). Dans cette perspective, Veresov (2015) s'appuie sur les travaux de Vygotski (1997, p. 105, cité par Veresov, 2015) pour dire que les fonctions supérieures du psychisme n'apparaissent pas *dans* les relations sociales, mais *en tant que* relations sociales. Ceci a pour conséquence que ces fonctions d'une part étaient externes parce qu'elles étaient sociales, avant de devenir internes. D'autre part, même lorsqu'elles sont internalisées, elles restent en partie sociales (*Ibid.*) Veresov (2015) propose ainsi de considérer que l'environnement social comme source de développement de l'individu existe uniquement quand l'individu participe activement à son environnement, en agissant, en interagissant, en l'interprétant, en le comprenant, en le recréant et en le réorganisant. Nous verrons que la dialogicité offre un modèle épistémologique et théorique pertinent en lien avec ces considérations. Ainsi, il résulte de ce que nous venons de développer que notre problématique s'articule autour de trois grands axes conceptuels, la culture, l'identité et la dialogicité. Ce dernier axe est en effet celui qui nous permettra de caractériser les relations entre individus et de montrer de quelle manière celles-ci vont intervenir la culture au cours du temps dans une perspective de développement et de transformation de l'individu et de son identité.

1.1. Culture et interculturalité

Dans la mesure où ce travail traite d'une problématique interculturelle, nous allons d'abord apporter un ensemble de définitions du concept de culture puis nous situerons notre travail au sein des approches psychologiques prenant en compte de manière spécifique la culture dans la compréhension des processus psychiques.

1.1.1. Définitions du concept de culture

Les nombreuses définitions du concept de culture sont orientées par les traditions théoriques des disciplines au sein desquelles elles ont été formulées. Nous situant dans une approche liée à la psychologie interculturelle, nous proposerons dans un premier temps une définition du concept de culture marquée par cet ancrage théorique. Nous avons vu dans l'introduction à ce chapitre que la culture pouvait être comprise à minima comme ce qui permet aux groupes et aux individus de donner un sens au monde. Nous

pouvons aller plus loin. Ainsi, selon Camilleri (1991, p. 176) la culture peut être vue comme :

« la configuration diversement intégrée des significations acquises, persistantes et partagées, que les membres d'un groupe, de par leur affiliation à ce groupe, sont amenés d'une part à distribuer de façon prévalente sur les stimulus provenant de leur environnement et d'eux-mêmes, induisant à leur égard des attitudes, représentations et comportements communs valorisés ; d'autre part à insérer dans les produits de leurs activités, et dont ils tendent à assurer la transmission. »

De plus, pour Clanet (1990, p.15), la culture peut être définie comme :

« un ensemble de systèmes de significations propres à un groupe ou à un sous-groupe, ensemble de significations prépondérantes qui apparaissent comme valeurs et donnent naissance à des règles et à des normes que le groupe conserve et s'efforce de transmettre et par lesquelles il se particularise, se différencie des groupes voisins ».

Ces deux définitions insistent sur la notion de signification et le fait que la culture permet d'attribuer des significations aux événements et aux manifestations provenant de l'environnement mais aussi de soi-même. Acioly-Régner a souligné les difficultés et les obstacles inhérents à toute tentative de définir la notion de culture, mais a montré que ces définitions possèdent comme base commune « la référence à des significations symboliques partagées largement dans un groupe social, transmises d'une génération à l'autre par l'éducation, la formation, l'enseignement et l'apprentissage, autrement dit, des significations suffisamment stables dans le temps avec des caractéristiques suffisamment extérieures aux individus pour qu'elles puissent circuler. » (Acioly-Regnier, 2010, p. 9) Ce processus passe en grande partie par le langage. Pour les deux auteurs, ces significations donnent naissance à des attitudes, des représentations, des valeurs qui induisent des normes, et des règles comportementales permettant aux individus d'avoir une connaissance de ce qu'il est conseillé ou prescrit mais aussi ce qu'il est déconseillé ou interdit de dire, d'être et de faire ; et cela en fonction des contextes dans lesquels les individus se trouvent. La culture agit donc comme un régulateur des comportements et des interactions. Pour les deux auteurs, cet ensemble de significations est conservé, transmis aux autres membres du groupe et perpétré au cours des générations. Pour le

sujet, cette intégration des significations culturelles se fait par le biais du processus d'enculturation. Selon Devereux (2012), ce processus entraîne, en plus de l'expression ou de la valorisation de certains traits culturels, un refoulement d'autres traits, d'autres possibles chez l'individu.

Ainsi, non seulement le sujet s'approprie les éléments de la culture, mais il les transforme également à son tour. Par conséquent, la culture doit être vue non pas comme une structure fixe qui aura une influence univoque sur le développement des sujets mais comme un élément sans cesse transformé par les individus qui ne sont pas seulement porteurs de culture mais aussi producteurs et transformateurs de culture. Pour Valsiner (2004), la culture peut être appréhendée soit comme un attribut permettant une catégorisation soit comme une composante fonctionnelle d'un système individuel ou social plus large. Selon cette perspective, la culture est localisée au sein d'un système composé d'un ensemble de processus psychiques et prend la forme d'outils permettant au sujet d'interagir avec le monde qui l'entoure (les signes, les représentations sociales, etc.). La culture n'est pas donnée et présente en dehors des individus, elle est au contraire un processus régulateur des comportements et des relations interhumaines aux caractéristiques pouvant évoluer et se modifier en fonction des contextes et des interactions entre individus. En d'autres termes, cela revient à dire que les comportements, les affects, les interactions et communications sont régulées par la culture au sein du système des processus psychiques de l'individu. Par conséquent, ce concept devra être traduit par d'autres termes théoriques comme les médiateurs sémiotiques, l'activité, les représentations sociales, l'identité dialogique (*Ibid.*, p. 3). En effet, d'après Troadec (2006), « une culture n'est pas une réalité concrète », elle existe à travers les individus qui selon Cuhe, (2002, cité par Troadec, 2006, p. 115) « partageant certaines relations sociales (re)créent en permanence les savoirs, les règles et les normes qui organisent leur vie quotidienne. Elle n'est pas un système clos ni une tradition à conserver, mais une construction sociale en constant renouvellement », ainsi, ce sont les individus qui modifient et réinterprètent sans cesse les outils culturels permettant de réguler leur rapport au monde, notamment à travers des contacts entre individus de cultures différentes, mais aussi d'une génération à l'autre à travers l'évolution des groupes sociaux. Ceci amène l'émergence de nouvelles significations qui cohabitent avec les anciennes ou les remplacent.

De plus, selon les définitions de Clanet (193) et de Camilleri (1991), le partage de significations culturelles communes permet aux membres d'un groupe de marquer leur affiliation et de se distinguer des groupes voisins. Elle est donc liée à l'identité dans la mesure où elle rassemble les significations que les individus donnent au fait d'être eux-mêmes et d'appartenir à un groupe particulier. Enfin, selon Honneth, « l'idée culturelle qu'une société se fait d'elle-même fournit les critères sur lesquels se fonde l'estime sociale des personnes, dont les capacités et les prestations sont jugées intersubjectivement en fonction de leur aptitude à concrétiser les valeurs culturellement définies de la collectivité. » (Honneth, 2013, p. 108) Nous voyons ici qu'en plus de l'appartenance à un groupe, la culture et les représentations liées à celle-ci influencent également les mécanismes d'estime sociale des membres d'une culture donnée, notamment à travers leur aptitude à se comporter conformément aux normes de cette culture. L'appartenance culturelle et donc l'adhésion à des normes socioculturelles peuvent déterminer le fait qu'un individu sera reconnu ou non par les membres d'un groupe social et culturel donné.

1.1.2. Culture et développement

La construction et de l'évolution des processus psychiques au cours du temps et le contexte social et culturel sont indissociables dans la mesure où le processus de développement est vu comme un *processus d'appropriation* par l'individu des formes culturelles mises à sa disposition produisant en lui une transformation par la construction de nouvelles formes d'activité (Brossard, 2012, p. 99). Ainsi, pour Valsiner, tous les organismes biologiques, psychologiques et sociaux n'existent et ne se développent qu'en raison de leurs relations d'échange permanentes avec leur environnement. Toutefois, il faut ajouter que le développement psychique est un développement original qui « tout en étant d'essence culturelle [...] a sa propre spécificité, sa propre temporalité, sa propre logique, car à chaque étape le psychisme possède une organisation qui lui est propre. » (Brossard, 2012, p.100) Et « c'est en fonction de cette organisation que le sujet éprouve et s'approprie le monde extérieur de la culture et se transforme du fait même de cette appropriation. » (*Ibid.*) C'est pourquoi il s'agit d'une « appropriation-transformation » dans laquelle les signes – qui sont des « gestes communicatifs ritualisés qui s'organisent en systèmes et qui présentent cette particularité d'être bi-orientés » (*ibid.*) - jouent un rôle décisif dans cette transformation et sont donc nécessaires à sa compréhension. Ces signes sont en effet bi-orientés, ce qui signifie que nous nous adressons à autrui et qu'autrui s'adresse à nous grâce à eux, mais que nous pouvons aussi les utiliser afin de nous

adresser à nous-mêmes et à nos propres comportements, nous permettant ainsi de les transformer. De plus, c'est l'appropriation des œuvres constitutives de la culture au moyen de signes qui permettent la « constitution-production d'un psychisme humain » (Brossard, 2012, p. 101) à travers des processus de transformation. Selon Brossard, « la culture ne fait pas que “donner forme” à l'esprit humain, mais au sens fort elle produit le psychisme spécifiquement humain » (*Ibid.*). Ainsi, « le sujet psychologique “se produit” en s'appropriant le monde de la culture au sein des rapports sociaux qui sont ceux de la société dans laquelle il advient » (*Ibid.*). De plus, « le développement a une finalité, un sens, une direction » (Béguin, 2012, p. 191) qui n'est pas linéaire mais comporte des bifurcations et des réorientations (*Ibid.*).

Ainsi, d'après Branco et Valsiner (1997), il convient de parler de co-constructivisme dans l'étude et la compréhension des rapports que l'individu entretient avec son environnement. Il s'agit en fait d'une manière de résoudre ce paradoxe selon lequel l'individu cherche à la fois à préserver son identité, sa spécificité et à être intégré, reconnu par les groupes sociaux auxquels il appartient. Dans une perspective co-constructiviste, le fait que les individus soient uniques montre que l'ontogénie humaine a une origine sociale (p.47) et l'environnement n'est pas un moule qui donne forme au psychisme, mais plutôt un guide qui apporte des ressources dans la construction originale de chaque individu (*ibid.*), ainsi « un individu construit sa culture personnelle à travers le processus de vie, cependant ce dernier est organisé par l'environnement social dans lequel l'individu vit. »²⁸(*Ibid.*). Il s'agit, ici, d'une compréhension de l'individu selon à travers le concept de *séparation inclusive* (Palmieri Witzler Antunes & Branco, 2004), en effet, l'individu n'est ni totalement séparé de son environnement, ni totalement intégré à celui-ci. Il existe en fait une certaine porosité entre l'un et l'autre qui a pour conséquence une influence mutuelle. Cette perspective est très intéressante lorsqu'elle est appliquée aux questions interculturelles dans la mesure où elle permet d'envisager des transformations de l'individu en fonction des contacts culturels auxquels il est confronté, mais aussi les transformations que celui-ci peut engendrer dans son environnement. La perspective co-constructiviste aura pour conséquence que dans l'étude des processus de constitution de l'individu, l'accent sera mis sur sa spécificité et sa variabilité et l'objet de l'analyse sera finalement la façon dont l'environnement, les interactions, etc. agissent comme des

²⁸ Traduction de l'auteur « The person constructs one's personal culture in the process of living, yet the latter is organised by the social world in which the person lives. »

catalyseurs (Valsiner, 2014) et donc l'étude des trajectoires individuelles. Gardons ainsi à l'esprit que l'expérience développementale de chaque individu unique, et bien qu'étant constituée à travers les interactions sociales, sa nature psychologique reste personnelle et inévitablement subjective (Valsiner, 2006, p. 193), ce qui n'altère en rien le rôle des autres individus, mais amène Valsiner à dire que l'individu en développement est la seule personne possédant des connaissances sur son expérience de vie (*Ibid.*).

1.1.3. Psychologie, culture et psychologie interculturelle

L'influence de ces significations et de ces traits culturels sur le psychisme humain a été étudiée par un nombre important d'auteurs, donnant naissance au champ de la psychologie interculturelle. Ce champ n'est pas homogène puisqu'il est constitué de divers courants, approches et thématiques de recherche, où plusieurs conceptions s'affrontent (Dasen, 2002, p. 0), il ne s'agit pas d'un champ homogène étant donné que plusieurs conceptions s'y affrontent. Ainsi, les travaux en psychologie interculturelle se rapportent à trois types d'études (Dasen et Perregaux, 2000 cités par Dasen, 2002, p. 61) :

- l'étude d'un phénomène au sein d'une culture et de l'influence de la culture sur ce phénomène ou de ce phénomène sur cette culture,
- une comparaison entre deux ou plusieurs cultures pour un même phénomène
- l'étude des enjeux et processus liés aux contacts culturels.

D'après Dasen (2002), le terme de psychologie interculturelle pourrait être utilisé comme un terme générique regroupant l'ensemble de ces études. Dans le contexte francophone, ce terme renvoie parfois à l'étude des contacts culturels exclusivement, ce qui constitue un obstacle pour Dasen parce que cela laisse entendre qu'il est possible d'étudier les contacts culturels sans réaliser d'étude comparative. Dasen évoque la possibilité d'utiliser le terme de psychologie culturelle, ce qui est selon lui problématique étant donné qu'il a été revendiqué par des auteurs dont les travaux relèvent du paradigme du relativisme culturel, pour lequel les phénomènes ne sont étudiables qu'en eux-mêmes et pour eux-mêmes au sein d'une culture donnée, sans possibilité aucune d'établir des lois universelles. Cela correspond selon Dasen à une approche émique. En effet, dans le champ de la psychologie interculturelle, mais aussi de l'anthropologie, on distingue deux approches, une approche émique qui revient à étudier un phénomène donné en adoptant un point de vue interne à la culture dans laquelle se produit le phénomène et une posture étique qui consiste à étudier ce phénomène de l'extérieur.

D'après Cohen-Emerique (2011), cette question a suscité des débats parmi les anthropologues afin de savoir quelle approche était la plus pertinente du point de vue théorique et méthodologique. La question qui se pose ici est, en effet, la suivante : « faut-il se limiter à une approche centrée sur la subjectivité des individus, sur leur vision du monde, étudiée de l'intérieur, ou au contraire se placer [...], du point de vue des catégories comportementales objectives créées par les scientifiques, permettant de les comparer à d'autres » (Cohen-Emerique, 2011, p. 342). Selon Pike (cité par Cohen-Emerique, 2011, p. 342), ce débat peut être dépassé en utilisant les deux approches et en les utilisant pour s'éclairer mutuellement. Pour lui, en effet, « se limiter à l'approche émique, c'est considérer tout système culturel comme un vase clos, hors des réalités sociales, historiques et économiques » or, nous avons vu que ces dimensions sont nécessaires à la compréhension d'un phénomène ou d'un processus dans la mesure où le comportement, les processus psychiques et les interactions d'un individu ne peuvent pas être comprises en dehors de leur contexte, mais aussi parce que selon Pike cela rend impossible la comparaison avec d'autres cultures. À l'inverse, se limiter à une approche étique « risque de faire perdre le sens profond donné aux comportements » (*Ibid.*). Si l'on se réfère à la question de la signification et si l'on reprend cette définition de la culture en tant que système de significations partagées, alors la posture émique consiste à décrire « des systèmes comportementaux selon leur signification particulière vue de l'intérieur d'un système culturel » (Cohen-Emerique, 2011, p. 342) et la posture étique consiste à étudier et décrire « des systèmes comportementaux [...] à travers des catégories conceptuelles créées par les scientifiques pour décrire ces systèmes et comparer à l'ensemble des comportements humains de même type » (*Ibid.*) Ainsi, le point de vue de Pyke s'applique très bien ici dans la mesure où le chercheur devra chercher à comprendre quelle est la signification d'un phénomène pour un sujet, et afin d'en faire émerger les processus universaux, de l'analyser selon ses propres significations. Il y a donc ici un processus de resignification qui rend ces deux postures compatibles.

1.1.4. Contacts de cultures : quelle approche ?

Dans le cadre de ce travail, nous nous intéressons de manière plus spécifique à une situation de contact culturel (Lahlou, 2001). Ces situations amènent des questionnements spécifiques liés à la confrontation de pratiques, de représentations et de langues différentes pouvant amener des difficultés de compréhension entre les acteurs impliqués. Ces difficultés ne se réduisent pas à une méconnaissance de la culture de l'Autre, mais se

situent « au niveau de l'intersubjectivité, c'est-à-dire d'une subjectivité qui essaie de comprendre, de s'identifier à une autre subjectivité socialisée dans une culture très différente. » (Cohen-Emerique, 2011, p. 123) L'accent est mis par cette auteure sur l'intersubjectivité comme la façon dont une subjectivité en perçoit une autre. Toutefois, il nous semble que la compréhension de la dynamique de cette relation intersubjective, de son rapport dialogique permettrait une compréhension plus fine des processus impliqués. De plus, nous verrons à travers la perspective de Clanet (1990) d'une part et de Denoux (1995) d'autre part que les perspectives de la psychologie interculturelle évoluent et font place à des théories qui nous semblent plus proches de l'approche de la psychologie culturelle telle qu'elle a été définie par Valsiner (2008). C'est-à-dire une approche qui cherche à intégrer les apports de l'anthropologie culturelle, de la psychologie sociale et du développement, de l'histoire, et de la sociologie. Cela nous semble en effet nécessaire afin de rendre compte de la complexité des phénomènes humains, en particulier dans une recherche en psychologie interculturelle qui ne peut éviter une transdisciplinarité (Lahlou, 2008). Nous allons maintenant présenter les travaux et le modèle théorique sur lequel s'appuie notre travail du point de vue de la psychologie interculturelle. Nous allons maintenant développer la question de l'interculturalité comme critique du concept d'acculturation, mais aussi comme base d'une théorie de l'identité. Ceci nous amènera à réfléchir aux liens pouvant exister entre les théories de l'identité développées dans le cadre d'une approche centrée sur l'interculturalité et l'interculturalité et celles développées dans le cadre d'une approche dialogique où vient s'insérer la culture.

1.1.5. Interculturalité et contacts culturels

Avant de nous intéresser aux critiques formulées spécifiquement à l'encontre de chacun des modèles que nous avons présentés, il nous semblait pertinent d'évoquer la critique générale formulée par Guerraoui (2009) à l'encontre du concept d'acculturation. Cette critique s'inscrit dans un ensemble de travaux menés autour du concept d'interculturalité. Le concept d'acculturation, qui est utilisé pour rendre compte de la majorité des phénomènes liés à la migration, au contact culturel, etc. a été remis en question par plusieurs auteurs (Mbojd, 1982 ; Vasquez, 1984 ; Clanet, 1990 cités par Guerraoui, 2009). Selon Vasquez (1984, citée par Guerraoui, 2013, p. 196), le concept d'acculturation comporte une dimension idéologique, elle a de plus mis en évidence le fait que « les études sur l'acculturation développent toujours une conception linéaire, unilatérale, mécaniste du changement, l'inscrivant dans des relations asymétriques

dominant/dominé ; la culture dominante s'offrant comme modèle à adopter par les individus de la culture dominée qui acceptent ou non de s'y conformer. » Elle souligne également une conception ethnocentriste de la part des auteurs des recherches qu'elle a analysées. Ceci relèverait selon elles d'une volonté politique plutôt assimilationniste qui a mené à chercher quels facteurs font qu'un groupe s'intègre (au sens d'assimilation) ou non et montrent que le concept d'acculturation peut être empreint d'idéologie. De plus, du point de vue épistémologique, Clanet (1990, cité par Guerraoui, 2009) remarque que ce concept est marqué par son origine anthropologique et en particulier par le courant culturaliste américain. Ceci a pour conséquence d'une part que ce concept prend sa source dans un courant basé sur le colonialisme instaurant une hiérarchie entre les cultures et d'autre part qu'il se base sur une conception essentialiste de la culture et ne la prend pas en compte comme un « système organisé et structure où tous les éléments sont interdépendants » (*Ibid.*).

Une alternative proposée au concept d'acculturation est l'utilisation du concept de transculturation (Vasquez, 1984, citée par Guerraoui, 2009) qui a été adopté par des chercheurs latino-américains et qui comporte 3 avantages : elle est centrée sur les processus en jeu et ne préjuge pas des résultats de la transformation, elle prend en compte les conflits comme un facteur dynamique de la transculturation et permet ainsi de prendre en compte les exigences contradictoires auxquelles sont soumis les groupes minoritaires et par rapport auxquels ils doivent se déterminer et enfin, ce processus de transculturation est appréhendé à travers les rapports de pouvoir qu'entretiennent les groupes en présence (p. 197). Il s'agit ainsi d'une approche intéressante, mais qui comporte des limites, car ce concept reste centré sur la notion de passage à travers l'emploi du préfixe *trans*. En outre, il ne permet pas de prendre en compte les transformations intervenant sur le groupe majoritaire en même temps que celles intervenant sur le groupe minoritaire (*Ibid.*) A l'issue de sa critique du concept d'acculturation, Guerraoui (2009) conclut qu'il serait plus pertinent de lui privilégier de concept d'interculturalité afin de décrire les processus à l'œuvre dans des situations de contact culturel.

Suite à cette remise en question des concepts d'acculturation et de transculturation, nous allons maintenant nous intéresser au concept d'interculturalité. C'est un concept que l'on doit à Mbojd (1982, cité par Guerraoui) qu'il définit comme « l'équilibre dynamique entre enculturation et acculturation », ce que Guerraoui (2009) résume comme « l'interaction dialectique entre ces deux processus ». Elle ajoute que

Clanet se démarque de cette définition. Pour lui, l'interculturalité recouvre « l'ensemble des processus - psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels...- générés par les interactions de cultures, dans un rapport d'échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle du partenaire en relation. » (1993, p. 21) Pour Clanet (1990, cité par Guerraoui, 2009, p. 197-198), la dynamique interculturelle est complexe puisqu'une rencontre interculturelle se traduit par un double mouvement d'ouverture et de fermeture lié à l'ambivalence des acteurs confrontés à la différence culturelle. En effet, le préfixe inter renvoie aussi bien à la séparation qu'à la relation et à l'échange (Guerraoui, 2009, p.198) ce qui se manifeste par le fait que les systèmes se maintiennent en même temps qu'ils se transforment du fait de leurs interactions. Ainsi, le processus d'interculturalité reviendrait à intégrer « une pluralité de références culturelles subjectivées par la manipulation, réinterprétation, qui vont se combiner, interagir les unes sur les autres, et de ce fait, ne pourraient être réductibles à aucun des pôles culturels en présence. » (*Ibid.*) Ceci a conduit Denoux (2013) à proposer une réflexion méthodologique pour la psychologie du contact culturel dont le fondement est justement ce concept d'interculturalité. Pour lui, « il ne s'agit plus d'identifier les connotations culturelles d'une production interculturelle, pour l'y réduire, mais de comprendre la consistance originale de ces mêmes productions. La question n'est plus de rechercher l'antécédence culturelle d'une réalité interculturelle, mais de comprendre la conséquence interculturelle du contact culturel » (Denoux, 2013, p. 370) Ainsi, dans l'étude des changements intervenant au niveau de l'identité d'un individu en situation de contact culturel, selon cette perspective il n'est pas pertinent de chercher à comprendre quels comportements relèvent de sa culture d'origine et quels comportements relèvent de la culture d'accueil, mais plutôt de comprendre en quoi il s'agit d'une production inédite qui est le fruit d'un processus d'intégration d'un ensemble de traits et de pratiques dans une totalité en leur donnant un sens particulier. Nous voyons ici à quel point la reconnaissance forcée est à prendre en compte dans la mesure où elle constitue un phénomène de négation de cette construction inédite. Ainsi, on ne part plus de deux cultures en contact pour aboutir au sujet, mais de la construction du sujet qui peut nous renseigner sur les deux groupes d'appartenance à travers « l'équilibre ou le déséquilibre interculturel » (*Ibid.*) construit par le sujet.

De plus, selon Denoux, « la perspective interculturelle postule le fondement interculturel de chaque sujet. » (2013, p. 370) Ceci a pour conséquence d'une part que

« l'étude du comportement ou des processus psychiques s'étaie rarement sur la convocation d'une seule culture par le sujet mais le plus souvent sur celle de plusieurs cultures » (*Ibid.*) et d'autre part que « tout sujet en situation de contact culturel, fait appel à des cultures originellement absentes pour réaliser des synthèses originales. » (*Ibid.*) Par conséquent, pour Denoux (2013), il est nécessaire lors de la constitution d'une recherche sur le contact culturel de délimiter au préalable le « périmètre pluriculturel » à l'intérieur duquel le sujet se situe et « élabore son interculturelité », c'est-à-dire quelles sont les cultures qu'il reconnaît, quelles sont celles qu'il exclut, quelles sont les sous-cultures qui ont une importance pour lui et quelles sont celles dont il cherche à se distancier (Denoux, 2013, p. 370). Ceci permet de définir l'*espace culturel* du sujet, c'est-à-dire la « configuration de cultures en présence pour le sujet, sans préjuger du rapport positif ou négatif qu'il entretient avec elle, explicite ou implicite à l'intérieur duquel s'échafaude la co-construction » (Denoux, 1994 cité par Denoux, 2013, p.370). Selon Denoux (2013), en effet, toutes les cultures n'ont pas la même importance pour le sujet et celui-ci opère une hiérarchisation, des évictions, des implications sur lesquelles se fonde cette co-construction caractéristique de l'interculturalité. Denoux définit l'interculturalité comme les processus par lesquels les individus et les groupes appartenant à deux ou plusieurs ensembles culturels, se réclamant de cultures différentes ou pouvant y être référés, dans les interactions qu'ils développent [...] engagent implicitement ou explicitement la différence culturelle (2013, p.371). L'interculturalité est donc un terme générique qui regroupe selon Denoux, un ensemble de concepts rendant compte de l'interculturalité se produisant et produite, dont les stratégies identitaires (Carmel Camilleri et al., 1990) que nous avons présentées, mais aussi les réactions psychologiques transitoires (Teyssier & Denoux, 2013) et l'identité interculturelle (Denoux, 1995) que nous allons aborder dans les prochains paragraphes font partie.

Ainsi selon Troadec (2006), le terme interculturel renvoie à deux significations différentes et opposées qui ont des conséquences sur les modèles théoriques issus de cette approche ainsi que leurs applications méthodologiques. Ces deux significations opposent d'une part les différences de cultures aux contacts de cultures et d'autre part l'universel au culturel. Ces distinctions portent en elles une crainte de penser en des termes empreints de préjugés, risquant d'opérer une hiérarchisation entre les hommes ou les cultures, amenant le jugement de valeur à travers la différenciation. Toutefois, un trop grand relativisme conduirait à des écueils similaires, c'est pourquoi Troadec propose afin de

sortir de cette impasse de considérer que « toute recherche interculturelle est à la fois une rencontre et une comparaison » (2006, p.109) et que l'impasse de l'opposition entre universel et culturel peut être dépassée par « l'intégration de l'universel et du culturel » (*ibid.*). On voit bien ainsi toute la complexité des enjeux idéologiques pouvant être présents dans une recherche en psychologie interculturelle. Nous verrons d'ailleurs à ce propos que certaines critiques formulées en anthropologie à propos du concept d'identité sont liées à des questionnements similaires. Toutefois, cette réflexion nous amène à examiner d'une manière plus approfondie ce que signifie cette notion d'interculturalité. Il s'agit selon Clanet de « l'ensemble des processus psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels...- générés par les interactions de cultures, dans un rapport d'échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle du partenaire en relation. » (1993, p. 21) Cette définition insiste sur la diversité culturelle dans une perspective relativiste dans la mesure où l'accent est mis ici sur le particulier plutôt que sur l'universel. Toutefois, selon Guerraoui (2009), Clanet met l'accent en particulier sur l'ambivalence à l'origine de la complexité des relations interculturelles, entre ouverture et fermeture, entre séparation et relation ou échange. Selon elle, « ce paradoxe se manifeste par la transformation des systèmes, tant personnologiques que culturels, du fait de leurs interactions, mais aussi par leur maintien du fait du désir de chacun de préserver son identité » (Guerraoui, 2009, p. 197-198).

1.2. Dialogicité

Dans ce sous-chapitre, nous allons définir les concepts de dialogicité et de dialogisme en vue de proposer une réflexion sur les apports de ce cadre théorique pour la question de l'identité à travers les travaux de plusieurs auteurs (Marková, Valsiner, Hermans) afin de montrer les apports de ce concept pour notre recherche.

1.2.1. Origines du concept de dialogicité

Bien que Bakhtine²⁹ ne soit pas à l'origine du concept de dialogicité, son utilisation de ce concept ainsi que les développements théoriques qu'il a pu proposer

²⁹ Nous avons connaissance du débat polémique concernant la propriété intellectuelle de certains textes dans le contexte du groupe constitué par Bakhtine et ses proches collaborateurs (le Cercle Bakhtine), spécialement Volochinov (Bronckart & Bota, 2011) Néanmoins, on fera ici mention à Bakhtine comme

autour de celui-ci l'ont amené à la formulation d'un cadre théorique particulier. Il a principalement développé cette question dans le domaine de la littérature, à travers ses travaux sur Rabelais et Dostoïevski. Il insiste en particulier sur les notions d'opposition, d'ambivalence, de diglossie et de polémique ; il a travaillé en particulier sur la polyphonie dans les romans de Dostoïevski. Toutefois, les théories de Bakhtine dépassent la littérature puisqu'il est à l'origine de toute une conception de l'être humain en général où l'autre occupe une place centrale, postulant ainsi qu'« il est impossible de concevoir l'être humain en dehors des rapports qui le lient à l'autre » (Todorov, Bakhtine, & Cercle de Bakhtine, 1981, p. 145). Ainsi, Marková définit la dialogicité comme la « capacité de concevoir, de créer et de communiquer à propos des réalités sociales du point de vue de l'altérité ». (Marková, 2007, p.137) Nous voyons d'emblée que cette théorie donne une place centrale aux relations interpersonnelles, puisque d'après Todorov, l'anthropologie de Bakhtine est articulée autour du devenir, de l'inachèvement, et du dialogue (ce qui met en valeur la nature sémiotique du langage). Il a formulé une théorie de la dialogicité en vue d'étudier le langage et la pensée à travers leur polymorphisme et leur polyphonie, il s'agit ici d'une des caractéristiques principales de sa théorie. Selon Marková (2007, p. 128), « Bakhtine a été l'un des premiers à formuler clairement que la dialogicité implique que chaque individu vit “dans l'univers des mots d'autrui” (Bakhtine, 1979/1984, cité par Marková, 2007, p. 128). » Cela signifie que « les êtres humains construisent le monde dans la perspective des autres, et l'existence entière de la personne est tournée vers le langage des autres et le monde des autres » (*Ibid.*), et ceci depuis les premiers moments de la vie, ce qui renvoie au double mouvement d'individuation et d'identification opéré par l'individu au cours de la construction de son identité.

Ainsi, « notre vie commence en apprenant les mots des autres, le monde polymorphe des autres devient une partie de notre propre conscience, et tous les aspects de la culture remplissent notre vie et tournent notre existence vers les autres. » (Marková, 2007, p. 128) Cela signifie que nous ne pouvons exister sans les autres et que nous vivons dans un monde de sens et de symbolique partagés nous permettant d'agir et d'interagir. En effet, « l'univers social, construit et reconstruit sur un mode dialogique, est l'univers des réalités multiformes et polyphoniques de la culture. » (Marková, 2007, p. p.127)

auteur de certains ouvrages en conformité avec les références jusqu'à présent dominantes dans la production écrite sur les contributions du Cercle Bakhtine.

Ainsi, « tous les systèmes de signes cohérents [...] sont produits par des esprits humains tournés vers d'autres esprits humains. » (*Ibid.*) Cela ne signifie pas que l'individu se tourne de manière consciente vers d'autres individus lorsqu'il agit, pense, écrit, etc., mais que sa production fait partie d'un ensemble plus large, appartenant à l'ensemble de l'humanité. Pour Todorov, en effet, « aucun événement humain ne se déroule et ne se décide à l'intérieur d'une conscience unique. » (Todorov et al., 1981, p. 163) Cela renvoie à la notion d'intertextualité, que l'on doit à Kristeva (1978), lorsqu'elle réalise un parallèle entre l'intersubjectivité et l'intertextualité lorsqu'elle explique « tout texte se construit comme mosaïque de citations, tout texte est absorption et transformation d'un autre texte. À la place de la notion d'intersubjectivité s'installe celle d'*intertextualité*, et le langage poétique se lit, au moins, comme *double*. » (*Kristeva, 1978, p. 85*) Todorov a repris et approfondi cette notion³⁰ en la mettant en lien avec l'importance des énoncés dans le travail de Bakhtine. Ainsi, chaque énoncé produit prend sens par rapport à un ensemble d'autres énoncés se rapportant au même sujet et ne peut donc être compris de manière isolée. Ainsi, « chaque discours entre en dialogue avec les discours antérieurs tenus sur le même objet, ainsi qu'avec les discours à venir dont il pressent et prévient les réactions » (Todorov et al., 1981, p. 8). Ce qui a pour conséquence selon Todorov que « la culture est composée des discours que retient la mémoire collective » (*Ibid.*).

La théorie de la dialogicité a permis à Bakhtine et à ses collaborateurs de formuler un ensemble de réflexions concernant la construction de soi. En premier lieu, « être signifie communiquer [...] Être signifie être pour autrui, et à travers lui, pour soi. » (cité par Todorov et al., 1981, p. 148) Ainsi, « je se cache dans l'autre et dans les autres, il ne veut être qu'un autre pour les autres » (*Ibid.*, p.151), c'est pourquoi « Je ne puis me passer d'autrui, je ne puis devenir moi-même sans autrui, je dois me retrouver dans autrui, trouvant autrui en moi. » (*Ibid.*, p.148). En effet, l'individu est incapable de se voir entièrement, il ne se perçoit que de manière partielle et c'est la raison pour laquelle il a besoin de l'autre et des autres pour se percevoir en totalité (Todorov, p. 146-147).

Pour Bakhtine et le cercle bakhtinien, en effet, « les mots, pour chacun de nous, se partagent en mots personnels et en mots d'autrui, mais les frontières entre ces catégories peuvent être fluctuantes, et c'est aux frontières de ces catégories que se livre le dur combat dialogique. » (Bakhtine, 1984, p. 363), on voit donc ici que l'un des enjeux de la

³⁰ La notion d'intertextualité n'appartient pas à proprement parler à la terminologie Bakhtinienne (Schaeffer, 2005).

construction de soi est de conserver un équilibre entre identification et différenciation à travers la distinction des mots personnels et des mots d'autrui, néanmoins l'autre est toujours nécessaire afin de nous aider à donner sens à ce que nous sommes. Ainsi, cette dialectique entre différenciation et identification est conforme au concept théorique bakhtinien de « stylisation », qui permettra, par exemple, dans le contexte de la littérature, d'appartenir à un genre littéraire et en même temps montrer un style propre. Il s'agit, ici, de la possibilité d'émergence du nouveau à partir du commun, prévisible, partagé. En effet, « l'Homme ne possède pas de territoire intérieur souverain, il est entièrement et toujours sur une frontière ; en regardant à l'intérieur de soi, on regarde dans les yeux d'autrui ou à travers les yeux d'autrui [...] » (Bakhtine, 1984, cité par Todorov et al., 1981, p. 148), ce qui signifie que la conscience et la perception de soi proviennent de l'individu en relation avec les autres, à travers le dialogue entre soi et l'autre. Nous verrons que ces considérations ont un ensemble de conséquences pour l'analyse de la trajectoire de l'individu ainsi que pour la compréhension de la construction de son identité dans les prochains chapitres de ce travail. Nous allons maintenant nous intéresser aux apports de ces théories de la dialogicité pour la psychologie en général et pour les théories psychologiques de l'identité en particulier.

1.2.2. La dialogicité en psychologie

D'après Valsiner (2006, p. 200), ce serait Wertsch qui aurait cherché le premier à intégrer son approche d'une activité médiatisée sémiotiquement dans un contexte sociolinguistique plus large à travers le recours aux travaux littéraires de Bakhtine et en particulier à travers l'approche dialogique. C'est ensuite, dans la seconde moitié des années 1990 que la tradition d'étudier les phénomènes complexes liés à l'identité – au *self* – à travers la dialogicité des différentes « voix » a acquis une popularité plus importante (*Ibid.*), Valsiner cite notamment les travaux d'Hermans que nous présenterons dans la suite de notre travail à propos de l'identité dialogique.

Les travaux de Marková (2007) en psychologie sociale, visant à mettre en lien l'approche dialogique avec la théorie des représentations sociales, présentent un ensemble d'éléments que nous avons utilisés dans ce travail. Elle propose en effet d'introduire une épistémologie de la dialogicité dans la psychologie sociale, et oppose la distinction individu-social à la distinction *Ego-Alter*, ces deux couples d'opposés ayant été développés dans des cadres de référence distincts. Selon elle, la distinction *Alter-Ego*, qui relève de la communication symbolique et est définie par les sciences sociales comme

une interaction dialogique aurait toute sa place en psychologie sociale pour comprendre certains processus. Elle explique que

« l'individu et le social ont été conceptualisés, historiquement et à l'heure actuelle, dans le cadre d'ontologies monologiques qui les présupposaient comme deux éléments qui entrent en interaction. L'Ego-Alter, par contre, s'inscrit dans une ontologie dialogique dans laquelle l'Ego et l'Alter sont interdépendants, constituant l'un de l'autre. » (Marková, 2007, p. 6)

Selon elle, ces deux paires d'opposés proviennent de cadres de référence différents et ne peuvent donc pas être utilisées pour répondre aux mêmes questionnements. Ainsi, « la dialogicité est la faculté qu'à l'esprit humain de concevoir, de créer et de communiquer à propos de réalités sociales en termes « d'Alter. » (Marková, 2007, p. 6) Elle fait référence aux travaux de Valsiner afin de montrer en quoi cette question peut être une source de difficultés pour les théories du développement de l'individu. Ces auteurs ont montré que ces théories conduisent souvent à couper l'individu du social (*Ibid.* p.41) et présentent une difficulté à conceptualiser les interdépendances entre phénomènes personnels et sociaux. Ainsi, bien que les individus possèdent à la fois des attributs personnels et des attributs socioculturels, ces théories excluent fréquemment l'un ou l'autre de ces aspects. Ces théories perçoivent en effet le personnel et le social comme ontologiquement séparés. Cela signifie que l'individu et la société seraient conçus comme deux unités distinctes et il est par conséquent difficile pour ces théories d'expliquer comment ces deux unités peuvent en même temps interagir et maintenir une indépendance (*Ibid.*, p. 40-41). Comme nous l'avons évoqué précédemment, Valsiner et Branco (1997) proposent de les comprendre sous l'angle de la séparation inclusive, c'est-à-dire ni comme deux unités séparées ni comme une seule et même unité, sans séparation. Cela permet de comprendre l'individu en interaction avec son environnement tout en conservant une distinction entre les deux.

De même, Marková avance une réflexion générale sur l'opposition entre stabilité et changement dans les théories de la connaissance sociale et propose de s'appuyer sur la notion de changement plutôt que sur celle de stabilité pour construire sa théorie. Selon elle, le changement ne peut être compris qu'en référence à son opposé, l'absence de changement et nous ne comprenons leur sens que dans leur opposition. De plus, « notre capacité à comprendre et à évaluer les événements en termes de changement et de stabilité est un aspect essentiel de la *connaissance sociale partagée par la communauté* »

(Marková, 2007, p. 20), cette capacité participe à la constitution de l'histoire et de la culture des communautés. En effet, selon Marková, une caractéristique principale de l'esprit est la « capacité des êtres humains à communiquer, à comprendre les signes, les symboles, les significations de leur expérience, et aussi à créer de nouveaux signes, symboles et significations. [...] Cette capacité s'enracine dans l'histoire de la culture. » Cette capacité de communication enracinée dans l'histoire et dans la culture est « mise en œuvre spécifiquement dans des événements sociaux qui comptent pour les humains et que les humains ressentent comme essentiels pour la vie et son expansion. » (Marková, 2007, p. 46), et c'est donc cette capacité qui confère à certains événements ou phénomènes « qui affectent et perturbent fondamentalement, à divers égards, la vie des individus, des groupes ou des sociétés » (Marková, 2007, p. 46) leur qualité d'événements historiques dans le sens où ceux-ci resteront ancrés dans la mémoire collective et participeront au changement social. Or, pour Marková, « il apparaît d'emblée que dans les théories psychologiques de la connaissance sociale, la *stabilité* en tant que concept théorique occupe le premier plan. Le *changement* n'est pas traité de la même façon. » (Marková, 2007, p. 20) Toutefois, « Ce n'est pas que le changement en tant que phénomène social et psychologique ait été négligé. » (*Ibid.*, p.21) Pour Marková, on trouve une quantité non négligeable de travaux sur le changement social, le problème réside dans le fait que ces travaux présupposent la stabilité et cherchent à trouver les causes de la rupture de cette stabilité. Selon elle, nous avons des théories de la connaissance sociale qui décrivent des états stables, mais « pas de théories de la connaissance sociale basée sur le concept de changement ». Selon elle, l'explication vient de l'histoire de la philosophie et des épistémologies sur lesquelles se fondent les théories en psychologie sociale qui privilégieraient le concept de stabilité. Par conséquent « si les phénomènes que l'on cherche à connaître sont conçus comme stables, intemporels ou universels, c'est donc que leur histoire et leur signification ne sont pas pertinentes pour les comprendre. » (*Ibid.*) Marková propose une épistémologie alternative à ce type d'épistémologies ne prenant pas en compte les aspects historiques d'un phénomène, qu'elle qualifie de *dialogique*.

La communication est centrale dans l'approche dialogique, ce qui implique une approche particulière des questions psychologiques que l'on souhaite étudier. Pour Bakhtine, rappelons-le, « être signifie communiquer » (cité par Todorov et al., 1981, p. 148) ; selon Marková, « *l'Ego-Alter* n'existe que dans le domaine de la communication » et « désigne la communication au sein des groupes, sous-groupes, communautés, sociétés

et cultures et aussi entre ces groupes. » (2007, p. 135). Faire l'hypothèse d'une ontologie formulée sur l'*Ego-Alter* a pour conséquence que l'étude d'un phénomène psychosocial ne peut se faire en se centrant uniquement sur un seul partenaire de la relation dialogique, qu'il s'agisse d'un groupe ou d'un individu. Dans une perspective dialogique, les questions que l'on se pose et les réponses que l'on apporte concernent la relation dialogique des deux partenaires, c'est-à-dire leur interdépendance et l'influence qu'ils exercent l'un sur l'autre. (Marková, 2007, p. 136) Selon Marková, cela ne signifie pas qu'une approche dialogique « nie l'existence des individus et des groupes en tant qu'entités distinctes sur le plan physique, biologique, physiologique et social, mais elle lui confère une dimension communicative ». (*Ibid.*) Cela signifie que l'instauration d'une relation dialogique conduit à la construction d'un *Ego-Alter* spécifique entre ces deux partenaires à travers un dialogue particulier, c'est cette relation *Ego-Alter* qui devient objet d'étude dans ses variantes. Cela revient à s'interroger sur l'individu et le groupe dans leur relation communicationnelle plutôt que sur l'influence du groupe sur l'individu ou sur le comportement de l'individu au sein du groupe (*Ibid.*). Marková propose par exemple d'étudier « les modalités selon lesquelles au sein de telle ou telle relation dialogique, l'*Ego* et l'*Alter* préservent leur spécificité, c'est-à-dire leur identité individuelle, leur activité, leur pensée individuelle et leur langage individuel » (*Ibid.*) ou bien à l'inverse « les modalités selon lesquelles au sein de telle ou telle relation dialogique, l'*Ego* et l'*Alter* s'influencent mutuellement ou négocient leurs positions de co-acteurs d'une activité commune ou de co-auteurs d'un discours commun » (*Ibid.*) Ainsi, ce sont les influences mutuelles et les relations qui sont en jeu dans ce type de recherches, ce qui signifie que pour une problématique donnée, on ne va pas chercher à mettre en évidence une cause à sens unique ayant une conséquence sur un seul acteur, mais des modifications co-construites dans la relation et influencées par le produit des caractéristiques de chacun des acteurs. Enfin, Marková souligne que ces relations dialogiques et les modes de pensée qui leur sont associés sont influencés par l'histoire et la culture qui leur imposent des directions spécifiques. (*Ibid.*) Ces contraintes, associées à la diversité des situations dans lesquelles la pensée et la communication s'effectuent, donnent à la dialogicité sa nature multiforme, polysémique et polyphonique. (*Ibid.*)

Enfin, nous venons de voir qu'il existe une multiplicité des formes de pensée et de communication, générée par la dialogicité. Celle-ci révèle ce que Marková appelle une « polyphasie cognitive », c'est-à-dire l'existence d'une multiplicité des modes de pensées,

parfois en contradiction les uns avec les autres, formulés dans divers contextes et adaptés à ceux-ci. Cette hypothèse a pour conséquence « la possibilité de recourir à des modes de pensée et de savoir différents et parfois très divergents, qui peuvent être scientifiques, religieux, métaphoriques, de sens commun, etc. » (Marková, 2007, p. 165), cela signifie que l'individu est capable d'avoir recours à des modes de pensées différents pour comprendre, décrire et interpréter une même situation. Ainsi, la pensée, « loin d'être homogène et monologique, est normalement antinomique et dialogique » (*Ibid.*), ce qui présente un ensemble de conséquences sur la façon dont un individu s'exprime sur une situation donnée, le rendant capable d'en fournir plusieurs interprétations en fonction du contexte. Et d'avoir recours à une multiplicité de mots, de gestes et de symboles spécifiques (*Ibid.*) Enfin, « les rapports *Ego-Alter* sont par définition uniques, et dans chaque cas, ils sont chargés de jugement et d'évaluation. Toute pensée, toute parole est indéterminée, dans la mesure où l'on peut l'interpréter de plusieurs façons selon la nature de l'*Ego-Alter* » (Marková, 2007, p. 166), ce qui a pour conséquence qu'il faut se méfier et éviter de « concevoir les mots et les phrases comme dotés d'un sens littéral et de références facilement identifiables » (Marková, 2007, p. 167) Mais au contraire de toujours les comprendre en fonction des significations partagées par les partenaires impliqués dans une relation dialogique spécifique. En outre, plusieurs rapports dialogiques *Ego-Alter* peuvent être impliqués dans une même confrontation, par exemple, un rapport « Je-une autre personne » peut entrer en confrontation avec un rapport « Je-un groupe donné », ou « Je-nation », etc. Les situations passées peuvent intervenir dans l'échange autant que les expériences présentes et les partenaires peuvent choisir de se concentrer sur eux-mêmes ou de donner la priorité à leur *Alter* dans l'échange (*Ibid.*)

1.3. Réflexions sur le concept d'identité.

Ce sous-chapitre vise à proposer un ensemble de réflexions générales sur le concept d'identité afin de situer ce concept dans notre travail. Nous commencerons par avancer un ensemble d'éléments historiques liés à l'identité puis nous présenterons plusieurs critiques qui ont été faites à propos de l'identité et enfin, sur la base de ces éléments, nous donnerons une définition en lien avec notre approche. Cette définition servira de base au développement ultérieur d'aspects spécifiques de l'identité. Il existe en effet un grand nombre de théories de l'identité, issues de référentiels théoriques divers, et certaines de ces théories opèrent une distinction entre les différentes identités –

personnelle, sociale, culturelle, professionnelle, etc. Dans notre recherche, nous aborderons successivement l'identité personnelle et l'identité professionnelle, mais cela ne signifie pas que nous les considérons comme strictement séparées et distinctes chez l'individu. Ces différentes identités sont au contraire toutes liées et interdépendantes, elles s'influencent mutuellement et se construisent conjointement. Nous montrer ceci à travers la notion de *dialogical self* qui est à même de rendre compte de cette interdépendance.

1.3.1. Histoire et contexte d'émergence du concept d'identité

Dans un premier temps, nous allons revenir sur l'histoire du concept d'identité. Selon Kaufmann (2004), l'émergence du concept d'identité tel qu'il est étudié et défini à l'heure actuelle en sciences humaines est relativement récente puisqu'elle daterait selon lui du milieu du vingtième siècle. Toutefois, il rappelle que la notion d'identité fait l'objet d'interrogations et de discussions de la part des philosophes depuis l'Antiquité opposant différentes conceptions, à savoir l'identité comme « une substance, un transcendantal ou un effet de perception » (Kaufmann, 2004, p. 16). La synthèse des travaux d'Émile Meyerson (1908, cité par Kaufmann, 2004, p. 16) amène à concevoir le concept d'identité comme un « nécessaire instrument de fixation » (*Ibid.*) permettant de résorber la diversité et d'identifier des « permanences créant de l'intelligibilité » dans un « univers devenu insaisissable » (*Ibid.*, p. 17). L'identité serait donc avant tout un outil conceptuel permettant de saisir une partie de la réalité à un moment donné, une sorte de photographie physique et psychique d'un individu donné. Nous verrons que cette conception ne rejoint que partiellement la définition de l'identité que nous proposons dans la mesure où celle-ci peut aussi être conçue comme une dynamique, un ensemble de processus et offre la possibilité à ce titre de décrire une certaine pluralité associée à une malléabilité.

En sciences humaines, Kaufmann (2004) attribue l'introduction de réflexions sur l'identité à Freud, à travers ses travaux sur l'identification appuyés à l'origine sur une logique de « mêmeté »³¹ puis compris comme un processus central de la constitution du sujet. L'identification est en effet un « processus psychologique par lequel le sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme totalement sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue sur une série d'identifications » (Laplanche et Pontalis, 2007). Selon Kaufmann (2004), même si Freud n'a pas parlé au

³¹ Nous verrons dans le chapitre sur l'identité narrative que Ricœur (1991) propose à propos du concept d'identité d'opposer « *ipséité* » et « *mêmeté* » afin d'expliquer les différentes conceptions de l'identité ayant cours dans les recherches scientifiques à l'heure actuelle.

sens strict d'identité, il a amorcé une approche constructiviste de la notion d'identité pouvant « laisser penser que l'identité n'était pas un donné préalable mais se constituait jour après jour par des identifications » (p. 26).

D'après Muchielli (2011, p. 4), le concept d'identité a été introduit dans les sciences humaines par Erikson en 1950, avec son ouvrage *Enfance et Société*. Selon Descombes (2013), Erikson a travaillé à partir de deux terrains différents l'ayant amené à réaliser deux types d'études sur la crise de l'identité : une étude sur des soldats revenant du combat et une étude sur des adolescents sioux. Cette deuxième étude fait écho à notre travail dans la mesure où elle établit un lien entre la confrontation à un contexte culturel nouveau et l'apparition d'une crise identitaire et nous permet de remarquer que le concept d'identité est lié depuis ses premiers développements à la question culturelle. Erikson avait montré dans sa deuxième étude que la crise identitaire était la conséquence des contradictions existant entre la société traditionnelle dans laquelle ils avaient été élevés leurs parents et la société américaine moderne. Nous verrons dans notre développement théorique que certains travaux ont étudié la question des transformations des processus identitaires en situation de contact culturel selon cette approche mettant en évidence un conflit entre tradition et modernité mais que cette seule opposition est insuffisante pour saisir la complexité des différents processus à l'œuvre.

1.3.2. Critiques formulées à propos du concept d'identité

Le concept d'identité, bien que largement utilisé, se voit souvent critiqué. De plus, sa définition diffère d'une discipline à l'autre voire même au sein d'une même discipline même s'il existe un consensus sur certains de ses aspects. Ainsi, il nous semble utile de réfléchir aux critiques qui ont pu être faites à propos de ce concept afin d'en proposer une approche et une définition tenant compte de ces critiques. En effet, pour Lévi-Strauss « l'identité se réduit moins à la postuler ou à l'affirmer qu'à la refaire, la reconstruire ; et [...] toute utilisation de la notion d'identité commence par une critique de cette notion » (2007, p. 331), ce qui signifie qu'un travail construit autour du concept d'identité et proposant une réflexion liée à l'influence d'une situation donnée sur l'identité du sujet nécessite au préalable de s'interroger sur ce concept d'identité, dans ses fondements épistémologiques, afin d'en proposer une définition satisfaisante. Pour Lévi-Strauss, il faudrait rejeter l'hypothèse d'un substantialisme dynamique dans la mesure où l'identité serait une « sorte de foyer virtuel auquel il nous est indispensable de nous référer pour expliquer un certain nombre de choses, mais sans qu'il ait jamais d'existence réelle. »

(*Ibid.*) ; il faudrait ainsi que les sciences humaines dépassent la notion d'identité dont l'existence est selon lui purement théorique puisqu'il s'agit d'une « limite à quoi ne correspond en réalité aucune expérience. » (*Ibid.*) Laplantine (2010, p. 18) poursuit cette critique en ajoutant que l'identité n'a « aucune réalité opératoire » et qu'elle n'est qu'un « énoncé performatif qui se fait passer pour constatatif ». Il reproche à l'identité d'être une « production idéologique qui a contribué à cautionner l'anthropologie coloniale » (p.18) que l'on mobilise « chaque fois qu'il s'agit d'éviter de penser l'altérité qui est en nous, le flux du multiple, le caractère changeant et contradictoire du réel ainsi que l'infinité des points de vue possibles sur ce qui est une potentialité en devenir » (*Ibid.*). Ces critiques sont dirigées vers les dangers de la réification de l'identité, c'est à dire de la « tendance à la considérer comme faisant partie du patrimoine héréditaire de l'individu, immuable, et sans relation avec les contextes dans lesquels elle se construit et se modifie ». Il nous semble qu'il est possible d'adopter une approche évitant cet écueil en intégrant justement la question de l'altérité et des relations entre l'individu et ses contextes au cours du temps dans une théorie de l'identité. Il existe en effet un nombre très important de théories de l'identité, formulées par des chercheurs de différentes disciplines, ce qui engendre parfois un désaccord à propos de sa définition et de son application. Nous voyons par exemple que la critique émise par Laplantine fait directement référence à l'histoire de l'anthropologie dans un de ses aspects largement critiqués. Il critique ici une conception substantialiste de l'identité – qui découle, il nous semble, d'une conception similaire de la culture - ce que nous devons prendre ne compte dans notre développement théorique et qu'il nous semble intéressant de mettre en perspective avec les conceptions de l'identité développées en psychologie. Il insiste notamment sur le « flux du multiple, le caractère changeant et contradictoire du réel » et la notion de « potentialité en devenir », ce qui nous semble à la fois pertinent et proche du point de vue que nous essayons d'adopter.

En effet, nous accordons une grande importance à ce caractère inachevé de l'identité, sans cesse en mouvement et en devenir, devant articuler des paradoxes et des contradictions. Il nous semble que l'approche de la psychologie interculturelle est l'une des plus appropriées pour y parvenir. Nous allons maintenant proposer une définition générale du concept d'identité afin de montrer en quoi celle-ci peut être comprise d'un point de vue historico-culturel et développemental avant de nous intéresser plus spécifiquement à l'identité professionnelle et aux transformations des processus

identitaires en situation de contact culturel, toujours dans cette même optique de comprendre les enjeux développementaux de l'identité et l'influence sur celle-ci de la culture et du milieu de travail.

1.3.3. L'identité, un processus dynamique en constante évolution

Dans un premier temps, nous allons proposer une définition de l'identité de l'individu en insistant sur ses aspects dynamiques et ses mécanismes de construction ainsi que sa qualité de processus régulateur de l'expérience individuelle au cours du temps. En effet, selon Gautheron-Boutchatsky (2002), « chaque être humain est un tout, une entité singulière et complexe qui comporte sa cohérence et sa logique interne constituées autour de son histoire personnelle » et un « système non clos, constamment évolutif puisqu'il s'inscrit dans le temps, c'est-à-dire dans toutes les strates de la dimension historique, de la généalogie, et en interaction permanente dans l'environnement humain. » Il s'agit ici d'une conception de l'identité dépendante de l'histoire de l'individu et donc en perpétuel changement, autant au niveau individuel que social. Nous verrons que l'identité de l'individu participe également de son inscription dans les différents groupes sociaux auxquels il appartient tout en lui conférant une singularité. En effet, Sélosse (1991) définit l'identité personnelle comme un processus actif, affectif et cognitif de représentation de soi dans son entourage. Une définition minimale de l'identité pourrait être *le sens, les significations que l'individu donne au fait d'être lui-même* (Mucchielli, 2011, p. 24). Elle correspond au fait, pour un individu, de se sentir à la fois semblable à autrui et perçu comme un être singulier. Il s'agit donc pour l'individu de parvenir à articuler ces deux facettes, le semblable et le singulier afin de se différencier tout en restant lié au groupe et reconnu par celui-ci comme l'un de ces membres. De plus, les relations intersubjectives, les communications langagières et les expériences sociales occupent d'après Sélosse (1991) une place centrale dans la construction de l'identité. C'est en effet par le biais de ces trois éléments que l'individu parvient à se différencier tout en étant inséré dans des groupes sociaux. Le langage, notamment à travers sa dimension symbolique, permet aux individus d'opérer ce mouvement de reconnaissance, de partager des normes communes et de se sentir semblables les uns aux autres tout en ayant une position singulière et unique au sein du groupe. C'est bien cette symbolique du langage ainsi que les relations entre les individus qui créent le groupe à partir d'une collection d'individus isolés. Le groupe est à la fois au-dedans et en dehors des individus puisque son existence lui est donnée de manière symbolique à travers les interactions et les communications. Et ce sont

ces dernières qui permettent à l'individu de s'identifier aux membres d'un groupe, de sentir une appartenance à différents groupes et de construire son identité. En outre, l'identité individuelle peut être envisagée comme un « système dynamique de valeurs, de représentations du monde, de sentiments nourris par les expériences passées, et des projets d'avenir se rapportant à soi », (Malewska-Peyre 2002, p. 21) articulant un caractère dynamique et un sentiment de continuité à travers le changement afin de maintenir une cohérence de l'identité de l'individu au cours du temps. Malewska-Peyre la décrit par conséquent comme un mécanisme régulant les besoins de changement de l'individu, nécessaires à son adaptation et la constance des valeurs de l'individu, qui donne un sens à son existence. Pour Bonneville, de plus, l'identité émerge de conflits spécifiques et « se constitue en un système interne organisé qui aide chaque individu à réguler le présent, reconstruire le passé et orienter le devenir de sa personne grâce à un corpus de représentations secondaires des rôles et statuts à assumer sur la scène sociale » (p. 7), elle nous permet en effet de « savoir ce que nous avons été, confirmer ce que nous sommes et projeter ce que nous souhaiterions être » (De Oliveira, Rego, Aquino, 2006), ce qui montre ici encore que la temporalité est centrale pour l'identité mais aussi que celle-ci est dépendante des appartenances et des représentations sociales de l'individu et l'identité personnelle est liée à la question de la temporalité puisque le sujet s'inscrit à travers l'identité dans un passé à travers les souvenirs, un présent à travers la régulation de son comportement et de ses interactions et un avenir à travers la formulation d'attentes et de projets. Enfin, ces fonctions sont complétées par l'inscription du sujet dans une lignée à travers la gestion des legs du passé et donc l'inscription de celui-ci dans un passé plus large que le sien propre, en lui attribuant une histoire commune liée à ses appartenances à différents groupes.

De nouveau, on se rend compte que l'identité a pour fonction d'articuler deux aspects opposés de l'expérience de l'individu, la permanence et le changement, dans la mesure où elle garantit à l'individu le sentiment d'être toujours lui-même tout en lui laissant la possibilité d'évoluer et de remanier son identité en fonction des événements. À ce propos, nous pouvons reprendre le terme de processus identitaire employé par Gautheron-Boutchatsky (2002), qui correspond au fonctionnement dynamique de l'identité, au fait que celle-ci est mouvante, et a pour fonction de permettre à l'individu de se définir et de se placer lui-même par rapport à son expérience. Ainsi, la trajectoire de l'individu correspond à la « concrétisation de son processus identitaire en termes de

situations, de choix, d'actes, lesquels influent en retour sur les représentations de soi et le sentiment d'être » (Gautheron-Boutchatsky, 2002, p. 241). Nous voyons donc ici que l'identité personnelle renvoie à la façon dont l'individu se perçoit lui-même, en rapport à son expérience personnelle, aux transmissions qui lui ont été faites par les différents groupes auxquels il appartient, à ses valeurs et représentations du monde ; elle constitue une synthèse des différentes représentations que l'individu a pu avoir de lui-même au cours du temps et pour les différentes interactions auxquelles il a été confronté. En effet, « l'identité personnelle n'est pas tout de la personne. Elle correspond au système des représentations qu'elle s'est appropriées (à partir des dires d'autrui) ou construites à propos d'elle-même. » Ils ajoutent de plus qu'elle « inclut aussi les sentiments et les émotions et les actes associés à ces représentations. » (Tap, Roudès, & Antunes, 2014, p. 396) Elle lui permet en outre, en référence à cette perception qu'il a de lui-même de formuler des projets d'avenir. Il s'agit donc des « significations que l'acteur donne au fait d'être lui-même », (Mucchielli, 2011, p. 10) ces significations dépendent d'un ensemble de sentiments eux-mêmes dépendants de différents contextes et nous verrons que le fait de donner un sens et des significations à soi-même est largement dépendant du langage (Bakhtine, 1984; Benveniste, 1966; Marková, 2007; Ricœur, 1991; Todorov et al., 1981; Vezeanu, 2004). En effet, selon Benveniste (1966, p. 259), « c'est dans et par le langage que l'Homme se constitue comme *sujet*. » Dans la mesure où c'est à travers le langage que le sujet se définit comme « ego » ayant de possibilité de se penser en contraste par rapport à un « Alter » avec qui il entre dans une relation mutuelle qui ouvre la voie pour Benveniste au fondement langagier de la subjectivité (*Ibid.*).

Chapitre 2 : Identité et processus identitaires

Nous avons vu dans le premier chapitre que le concept d'identité est complexe, dans la mesure où il intègre de nombreuses dimensions parfois paradoxales, pouvant être complémentaires ou conflictuelles. Dans le chapitre suivant, nous nous intéresserons en particulier à la place de l'autre et des appartenances multiples dans les processus

identitaires ainsi qu'à la dimension temporelle de l'identité et à l'articulation entre continuité et changement.

2.1. Gestion des appartenances multiples et processus identitaires

Nous aborderons dans ce sous-chapitre un ensemble de considérations concernant les processus amenant le sujet à gérer le rapport aux autres et les différents processus identitaires associés. Cette réflexion nous mènera à la présentation du dialogical self comme une synthèse de ces différentes appartenances, médiée par la culture et située dans l'espace et le temps.

2.1.1. Identité et place de l'altérité dans le rapport à soi

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il est possible de définir une identité personnelle, mais l'identité d'un individu se construit nécessairement dans ses rapports avec d'autres individus et groupes sociaux. En somme, la place du groupe et de l'altérité est essentielle pour formuler une théorie de l'identité. Pour Cohen-Emerique (2012), en effet, l'identité est le « point de rencontre entre l'individu et le groupe social ». Pour Tap (2013, p.396), « elle trouve sa propre dynamique dans son articulation complexe et variable avec de multiples identités collectives, elles-mêmes liées à des groupes d'appartenance, à des catégories de référence, à des activités ou à des statuts sociaux. » Le groupe et l'autre occupent une place centrale dans les différents processus de définition et de représentation de soi, de construction et de modification de l'identité – qu'il s'agisse par exemple des identifications, de l'identisation ou encore des stratégies identitaires – et ont un ensemble de conséquences sur les mécanismes qui leur sont associés.

Ainsi, Dubar (1991, p. 113) distingue deux types d'identité issus de deux processus distincts et ayant des fonctions différentes : l'identité pour autrui et l'identité pour soi. L'identité pour autrui correspond à un processus relationnel et relève d'actes d'attribution provenant d'autrui, elle implique une identification à des institutions jugées structurantes ou légitimes. Elle correspond à la fois à l'identité numérique et générique, c'est-à-dire au nom et au genre que l'on nous attribue, et à l'identité sociale "virtuelle". Elle implique une transaction objective entre les identités attribuées ou proposées et les identités assumées ou incorporées et c'est à son niveau que l'on a une alternative entre les

couples coopération-reconnaissance et conflits-non-reconnaissance. Elle correspond enfin à une expérience relationnelle et sociale du pouvoir. L'identité pour autrui correspond à un processus biographique et relève d'actes d'appartenance, elle implique une identification à des catégories jugées attractives ou protectrices. Elle correspond à la fois à "l'identité prédicative de soi" c'est-à-dire à l'appartenance revendiquée, et à l'identité sociale "réelle". Elle implique une transaction subjective entre les identités héritées et les identités visées et entraîne par conséquent la possibilité d'une alternative entre continuités et rupture c'est-à-dire entre un *processus de reproduction* et un *processus de production identitaire*. C'est à son niveau que l'on retrouve des "expériences de stratifications, discriminations et inégalités sociales". Pour Dubar (1991), la construction des identités résulte de l'articulation de ces deux processus et de l'ensemble de leurs composantes. Ainsi, l'enjeu de la construction identitaire est bien "l'articulation de ces deux processus complexes mais autonomes" (*Ibid.*, p.113). Pour l'auteur, ces deux processus ont en commun le "recours à des schémas de typification" (*Ibid.*, p.114) ce qui signifie que ces deux processus impliquent le recours aux grandes catégories de définition de soi décrites par Mucchielli (2011).

De plus, pour Camilleri (1986) l'identité est une dynamique existant entre deux processus contraires, « un processus d'assimilation ou d'identification par lequel l'individu se rend semblable à l'autre que lui, en absorbant ses caractéristiques ; un processus de différenciation que Tap a appelé "identisation", par lequel l'individu prend distance par rapport à l'autre et les saisit comme distincts de lui. » (p. 331). Pour Lhuilier (2008, p. 86), de plus « l'identité, conçue ici comme un processus et non comme un produit, est l'objet d'une quête constante à travers un double mouvement d'identification et d'individuation.» Ceci amène l'individu à se percevoir comme un être « différencié, séparé des autres, sujet de ses sensations, de ses pensées et de ses actions » (Lipianski, 2008, p. 36) mais aussi comme un être semblable à d'autres, et faisant partie de certains groupes sociaux, de certaines communautés. Ainsi, pour Lhuilier, l'individu est à la recherche « d'un équilibre qui permet l'émergence d'un sentiment conscient de spécificité individuelle, à partir et au-delà de la diversité des identifications. » (2008, p.86) Nous voyons donc que l'identité de l'individu se construit et se reconstruit sans cesse dans ses rapports à l'autre et que l'autre est partie intégrante de chacun des individus, qu'il soit semblable ou différent, c'est ce rapport à l'altérité qui permet de se construire. Pour Taboada-Leonetti (1990, p. 47), « l'identité est produite, non tellement par le regard de

l'autre que par le mouvement dialectique d'intériorisation et de contestation de la situation qui définit les places relatives de l'un et de l'autre », elle insiste sur la complémentarité des acteurs dans la construction de l'identité et sur le fait qu'une identité n'a de pertinence que par rapport à une autre, son sens symbolique étant « défini par le système dans lequel les deux acteurs se situent l'un par rapport à l'autre » (*Ibid.*). Martucelli résume cette idée puisque pour lui, « l'identité [...] n'existe en effet que grâce à une stratégie la posant face à une altérité. Toute identification n'est pensable qu'en tenant compte de la différence dont elle a besoin pour définir sa propre identité. » (2008, p. 34) Il conclut qu'« une identité s'oppose ou périclité. » (*Ibid.*) Toutefois, l'individu étant en permanence confronté à une multiplicité d'individus, de groupes et de contextes, celui-ci est amené à se définir de manière variable selon les situations. Nous allons donc aborder la question du sentiment de cohérence de l'identité.

2.1.2. Identité et multiplicité : besoin de maintien de la cohérence identitaire

Taboada-Leonetti (1990) considère l'identité comme l'ensemble structuré des éléments identitaires qui permettent à l'individu de se définir dans une situation d'interaction et d'agir en tant qu'acteur social. Il s'agit d'éléments, de traits ou de marqueurs identitaires séparables en deux catégories : d'une part ceux qui définissent l'identité personnelle d'un individu (souvent des adjectifs "je suis ambitieux, idéaliste...") et d'autre part, ceux qui définissent son identité sociale, c'est-à-dire les statuts partagés avec d'autres membres d'un groupe social (presque toujours de substantifs qui désignent des catégories sociales). Pour l'auteure, les traits de l'identité personnelle sont en partie façonnés par les caractéristiques attribuées par l'entourage et qui sont intériorisées par le sujet. Les frontières théoriques entre identité personnelle et sociale sont mouvantes et dépendent des évolutions idéologiques des disciplines. De plus, « certains traits de personnalité peuvent [...] jouer le rôle d'attributs sociaux mobilisent l'ensemble de l'identité sociale et permettent l'identification à un groupe social défini par ces mêmes attributs. » (Taboada-Leonetti, 1990, p. 45). Ces éléments forment une structure à la fois stable dans le temps et dotée d'une certaine plasticité qui permet de changer en partie les éléments qui la composent ou d'en intégrer d'autres pour les réorganiser en fonction des situations selon les changements objectifs qui se succèdent. Par exemple, dans le cadre de notre travail, nous pouvons nous interroger sur le trait "étranger" et tenter de comprendre si l'individu se voit attribuer ce trait, s'il se reconnaît dans celui-ci, s'il l'utilise pour se

définir et quelle est la valence de ce trait (est-il positif ou négatif). Cela renvoie au fait qu'une identité est toujours relative à une autre. Ainsi, « chacun de ces marqueurs identitaires se révèle d'une pertinence variable suivant les situations d'interrelation dans lesquelles on se trouve ; le professeur ou la française, face au fils à l'élève à l'étranger, dans une situation familiale, professionnelle ou touristique. » (Taboada-Leonetti, 1990, p.46) Nous voyons bien que chaque identité, chaque façon de se définir est tributaire du contexte et des acteurs en présence, cela signifie que l'individu est capable d'adapter la façon dont il se définit selon la situation, et de mobiliser en les réorganisant les différents traits de son identité qui peuvent parfois entrer en totale contradiction les uns avec les autres. Ainsi, pour Taboada-Leonetti (1990), dans une situation donnée, mobilisant une caractéristique principale du sujet, « les autres éléments de l'identité, devenus secondaires, s'organisent autour en fonction de ce qui apparaît comme un pôle cristallin de l'identité. » (*Ibid.*)

Toutefois, malgré cette capacité à modifier son identité et à la cristalliser autour d'un pôle variable, l'individu doit maintenir un sentiment de consistance ou de cohérence afin de se sentir « le même malgré la diversité de [ses] rôles et des situations » mais aussi au cours du temps. Selon Taboada-Leonetti (1990), dans les rencontres interculturelles, cette recherche de cohérence peut être à l'origine d'incompréhensions mutuelles puisque « ce qui est cohérent aux yeux d'un individu peut ne pas être perçu comme tel de l'extérieur. » (p.84) Ainsi, nous montrerons dans la suite de ce travail quels sont les processus identitaires mis en jeu dans la rencontre interculturelle et quels modèles théoriques permettent de comprendre les processus mobilisés dans ces situations. Toutefois, avant d'aborder cette question, nous allons proposer un questionnement sur les théories en lien avec la dialogicité et leurs apports pour une recherche sur l'identité.

2.1.3. Apports du cadre théorique dialogique pour la question de l'identité et *dialogical self*

Nous allons donc maintenant aborder les liens pouvant être faits entre identité et dialogicité. Nous reprendrons dans ce sous-chapitre un ensemble d'éléments que nous avons présentés précédemment afin de les commenter sous l'angle de la dialogicité et de voir en quoi cette approche apporte une dimension supplémentaire aux théories de l'identité. Nous avons vu précédemment à travers les définitions de Tap et de Cohen-Emerique que l'identité est le « point de rencontre » entre l'individu et le groupe. Cependant, si l'on se réfère à l'approche dialogique, il apparaît plutôt qu'elle est le lieu de

relations dialogiques *Ego-Alter* sur la base desquelles elle se construit et se modifie. Ainsi, si « l'expérience verbale de l'Homme est un processus d'assimilation plus ou moins créatif des mots d'autrui et non pas des mots de la langue eux-mêmes » et si « notre parole est remplie des mots d'autrui et nos énoncés sont caractérisés à des degrés variables par l'altérité ou l'assimilation, par emploi identique ou démarqué, retravaillé ou infléchi des mots d'autrui » (Bakhtine, 1984, cité par Clot, 2008, p. 206), les mots que nous choisissons pour nous définir, les significations que nous attribuons au fait d'être nous-même au sein de notre environnement ainsi qu'à nos actions et aux événements passés possèdent les mêmes caractéristiques. En effet, « les frontières dialogiques fluctuent aussi à l'intérieur des mots personnels eux-mêmes dont l'emploi est aussi identique ou démarqué, retravaillé ou infléchi selon les moments ou les situations. » (*Ibid.*) Ceci conduit à une remise en question de théories consistant à concevoir l'identité comme « le produit d'interactions antérieures et d'expériences passées » et à considérer « l'identité personnelle comme donnée d'avance ou comme une chose que le moi possède en propre » (Marková, 2007, p. 163-164), ce qui amène une définition différente des concepts de crise identitaire et de menace identitaire. En effet, « la dialogicité au contraire ne conçoit pas l'identité comme une chose donnée qui peut être menacée de l'extérieur, mais comme un rapport entre l'*Ego-Alter* » (*Ibid.*), c'est pourquoi Marková propose de « remplacer le concept d'identité vu comme quelque chose de donné ou comme quelque chose qui peut être menacé de l'extérieur par un concept dialogique d'identité » (*Ibid.*) Elle ne remet pas en question le fait que les modifications intervenant dans les caractéristiques personnelles et individuelles des individus et des groupes ont une source mais insiste sur la spécificité de l'expression de ces caractéristiques en fonction des relations dialogiques. Ainsi, « on ne se comporte pas comme la « même » entité dans des rapports dialogiques différents », ce qui a pour conséquence que l'individu est capable d'exprimer ou de réprimer des caractéristiques identitaires spécifiques en fonction du contexte en présence duquel il se trouve, c'est-à-dire en fonction des individus ou groupes en présence desquels il se trouve et des significations qu'il partage avec ceux-ci au sein d'une relation dialogique. Ce qui amène Marková à dire que « paradoxalement, c'est la dialogicité qui confère aux individus leur statut d'individus. Leur originalité dialogique est à la base de leur capacité de changement et de leur créativité par rapport aux autres. » (Marková, 2007, p. 163-164) Ainsi, la question de la pluralité des identités, de leur

caractère changeant en fonction des situations peut s'expliquer par la dialogicité de la pensée.

C'est Hermans (Hermans, 1996; Hermans & Dimaggio, 2007; Hermans, Kempen, & Van Loon, 1992) qui a établi un lien entre dialogicité et identité dans ses travaux à travers le concept de *dialogical self* que nous traduirons par identité dialogique mais qui pourrait être traduit par « soi dialogique » ou « self dialogique », il nous semble toutefois que les théories se rapportant au *dialogical self* se situent dans le cadre général des théories de l'identité et ne renvoient pas exclusivement au concept de Self ou Soi. Il s'est appuyé sur les travaux de James et de Bakhtine pour mettre au point un modèle dialogique de l'identité. Selon lui, elle peut être conceptualisée comme une multiplicité dynamique de positions de soi relativement autonomes ayant la possibilité de se déplacer d'une position à l'autre selon la situation et le moment (Hermans et al., 1992). L'identité comprise comme un ensemble de positions variables, parfois même contradictoires pouvant être adoptées alternativement de manière imaginaire. Chacune de ses positions correspond à une voix, ce qui renvoie à la métaphore du roman polyphonique de Bakhtine. L'identité de l'individu est ainsi conceptualisée comme un ensemble de voix entrant dans un dialogue intérieur. Selon Hermans, ces voix fonctionnent comme les différents personnages d'une histoire, impliqués dans des processus de questions-réponses et d'accord et de désaccord, mais aussi d'échange d'informations (*Ibid.*) Ceci a pour résultat une identité structurée narrativement. Nous aborderons par la suite et de manière spécifique le caractère narratif de l'identité, toutefois il apparaît d'emblée que celui-ci est lié à la dialogicité. Hermans insiste sur l'importance dans une théorie de l'identité dialogique de la prise en compte des aspects spatiaux et temporels, en s'appuyant notamment sur les travaux de Bruner (2006, 2010) sur l'approche narrative de l'identité. Selon Hermans, l'utilisation des notions de position et de positionnement serait plus flexible que la notion traditionnelle de rôle. La spatialisation joue un rôle très important dans la théorie d'Hermans dans la mesure où elle peut également s'appliquer à la temporalité et permettre de comprendre certains processus à l'œuvre dans la construction narrative de l'identité. Ainsi, un individu peut se déplacer dans un espace imaginaire entre le présent et le futur, il peut adopter une position où il s'imaginerait dans l'avenir et parlerait de celui qu'il est dans le présent. Ces positions peuvent être plus ou moins imaginaires et peuvent avoir un degré variable d'altérité. De plus, selon Hermans, cette identité dialogique est sociale dans la mesure où les différentes positions peuvent être

occupées par d'autres individus et dans la mesure où l'individu peut imaginer qu'il est un autre. (Hermans, 1996) Cette identité est enracinée dans un contexte culturel et historique fait de significations partagées, ce qui a été développé en particulier par Valsiner et Han (2008). La culture a donc un rôle dans la signification que le sujet attribue à chacun des positionnements de lui-même. Enfin, dans des travaux plus récents, Hermans et Dimaggio (2007) ont montré l'importance de cette théorie dans le contexte actuel où l'augmentation constante des contacts entre individus de cultures différentes amène à un accroissement très important des positions possibles et des voix entrant en dialogue. Ils soulignent la nécessité de développer une capacité dialogique afin de parvenir à communiquer entre individus provenant de contextes culturels différents et donc aux significations parfois éloignées et donc d'introduire de nouvelles positions possibles de soi. Ainsi, cette théorie de l'identité dialogique fait référence à la fois à un Autre imaginaire et à un Autre réel et que les relations dialogiques peuvent s'instaurer à ces deux niveaux d'altérité.

2.2. L'identité, construction de sens et temporalité

Nous avons vu depuis le début de cette partie théorique que la dimension temporelle dans notre définition de l'identité dans la mesure où celle-ci évolue sans cesse au cours du temps et se trouve modifiée par les événements auxquels l'individu est confronté. Nous allons commencer par replacer cette question par rapport aux théories générales de l'identité puis nous ferons un parallèle entre la question de la temporalité et l'importance de la narration pour la construction de l'identité et la mise en sens de l'expérience du sujet.

2.2.1. Identité et continuité dans le temps

Nous avons évoqué précédemment de manière succincte la question de la temporalité en lien avec l'identité, et avons évoqué la nécessité pour le sujet de maintenir un sentiment de continuité dans le temps, c'est-à-dire d'avoir le sentiment d'être toujours la même personne malgré les changements intervenus au cours du temps et les événements auxquels le sujet a pu être confronté. Il s'agit de l'une des deux facettes du processus de conservation de l'identité (Lipianski in Kaddouri, p. 36). Celui-ci fait référence à la fois au maintien de la continuité temporelle et de la cohérence de l'identité malgré les différentes facettes – ou positions de soi – que celle-ci comprend. Il s'agit donc

de deux mouvements complémentaires visant à assurer un sentiment d'unité de permanence à l'individu à travers les changements permanents qui interviennent dans sa trajectoire. Cela signifie que nous pouvons nous adopter deux regards différents sur la construction identitaire d'un sujet, un regard synchronique et un regard diachronique (Teyssier & Denoux, 2013). Le regard synchronique nous donne à voir l'instant, l'immédiateté, il est figé dans le présent, il s'agirait en quelque sorte de prendre une photographie de l'identité de l'individu et de se demander comment il se définit à cet instant présent. Ceci a pour conséquence que nous aurons tendance à accorder une attention plus importante aux « moments d'incertitudes, de doutes, de conflits intrapsychiques et de crises » (Teyssier & Denoux, 2013, p. 257). À l'inverse, si nous portons un regard diachronique, il sera possible de mettre en évidence une certaine cohérence dans la façon dont l'individu a articulé les différents événements survenus au cours du temps, et ceux-ci « prennent leur place au sein d'un continuum de vie » (*Ibid.*) et « s'organisent en un tout logique et intelligible » (*Ibid.*) Ainsi, ce point de vue conduit à se concentrer sur le cheminement de l'individu et à insister sur son besoin de cohérence identitaire. En effet, « la personnalité se construit comme une histoire, de telle manière que tout individu qui « regarde en arrière » est amené à percevoir sa vie comme une sorte de continuum logique » (*Ibid.*)

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que cette construction n'est pas donnée *a priori*, et que ce cheminement n'est pas conditionné par un programme préétabli. Il est le fruit d'un processus de reconstruction et d'attribution d'une cohérence aux événements à travers leur mise en sens. En effet, pour qu'un événement vienne intégrer la trajectoire d'un individu de manière cohérente, pour qu'il s'y trouve *à sa place*, le sujet doit effectuer un travail d'attribution de sens à son expérience (Baraud, 2012). Il nous semble que c'est là qu'intervient la dialogicité, à travers l'intégration sur un mode narratif des différentes positions et expériences du sujet. En effet, ces événements peuvent entrer en conflit, en tension, ils peuvent sembler incohérents et c'est à travers la reconstruction narrative de leur enchaînement qu'ils deviennent partie intégrante de la trajectoire et de l'identité du sujet. Nous avons vu précédemment que le sujet est sans cesse confronté à une multitude de possibilités, et qu'une seule perdure, ce qui demande également de renoncer aux autres. Cela montre encore une fois la pertinence de la prise en compte du contexte et des rapports aux autres et à l'altérité dans une théorie de l'identité. En effet, celle-ci insiste sur la capacité d'innovation du sujet, or, celle-ci lui est donnée notamment

par le caractère imprévisible des interactions et des situations. Selon Bronckart, Vygotski avançait la thèse suivante : « on se développe parce qu'on rencontre la contingence » (Bronckart, 2002, p. 50). Ainsi, « c'est la rencontre de situations nouvelles, largement imprévisibles pour le sujet, qui seule peut permettre de comprendre le rôle de l'expérience dans le développement cognitif. » (*Ibid.*, p. 51), c'est cette imprévisibilité qui amène le sujet à devoir mettre en œuvre des solutions nouvelles, en partie à partir de ce qu'il connaît déjà. Cela offre au sujet une possibilité de modifier la façon dont il se perçoit et donc de remanier son identité, notamment à travers le dialogue, avec un interlocuteur réel ou imaginaire.

À cela, il faut ajouter une autre dimension temporelle qui est celle de l'histoire des groupes sociaux dans lesquels s'inscrit le sujet, par des processus d'identification, de transmission de significations partagées, à travers la mémoire collective faite des énoncés retenus par le groupe. En effet, le sujet n'est pas dissociable de l'histoire des groupes auxquels il appartient, elle lui a été transmise et oriente les significations partagées par les membres du groupe. Ainsi, le passé du sujet et l'histoire des groupes auxquels il appartient, réinterprétés et resignifiés, en fonction des événements présents, viennent influencer sa construction identitaire et s'intègrent dans son histoire personnelle. Enfin, une dernière dimension à aborder en ce qui concerne les questions temporelles en lien avec l'identité est celle de l'avenir. Nous avons en effet montré que le sujet a la capacité d'imaginer des alternatives pour son devenir identitaire (Markus & Nurius, 1986) et s'imaginer à la place de son « Je du futur » (Hermans et al., 1992). C'est en effet la façon dont le sujet se représente qui il est aujourd'hui, qui il a été par le passé et qui il sera à l'avenir, c'est-à-dire toutes les positions de Soi plus ou moins imaginaires qu'il a la possibilité d'occuper, qui lui permettent de formuler des projets d'avenir. Ce que le sujet formule, ce sont des projets comportementaux, des actes qu'il va mettre en œuvre, par exemple il va choisir une certaine trajectoire professionnelle, ou bien il va choisir de développer des connaissances dans un domaine ou un autre. Ces choix sont liés à la façon dont le sujet se perçoit, et même lorsqu'il est confronté à l'imprévisible, sa réaction est issue du dialogue entre ses différentes positions, ses différentes facettes identitaires. Il nous semble en effet que la trajectoire renvoie à une dimension présente dans les travaux de Bakhtine qui est celle de l'inachevé et de la plasticité. Comme l'a écrit Marková (2007), l'identité n'est pas figée et construite une fois pour toutes, elle évolue et se modifie en permanence même si elle a une certaine stabilité. Ainsi, l'enjeu pour le sujet

est d'articuler les éléments nouveaux de son identité avec ceux qui étaient déjà présents, ceux-ci pouvant entrer en tension les uns avec les autres. Pour Hermans, ce processus est narratif, c'est pourquoi nous allons maintenant aborder les liens pouvant exister entre identité et récit.

2.2.2. Identité et récit : se raconter

Le récit a une fonction essentielle dans la construction de soi, en effet « la construction de la personnalité ne semble pouvoir se faire sans cette capacité de raconter. » (Bruner, 2010, p. 77). Pour Bakhtine, le récit autobiographique a pour fonction d'organiser les expériences vécues et de donner du sens à la vie, puisque « la valeur biographique pourrait être le principal organisateur de ce que j'ai moi-même vécu, du récit que raconte ma propre vie, et peut donner forme à la conscience, à la vision, au discours que j'aurai sur ma propre vie. » (Bakhtine, 1992, p. 166, cité par Kohl De Oliveira, Rego, & Groppa Aquino, 2006). Ainsi, l'identité comporte une dimension narrative, la capacité à mettre en récit son identité, son expérience est nécessaire pour la construction identitaire du sujet parce lui permet de se relier aux autres, de revenir sur son passé de façon sélective et de se préparer au futur qu'il imagine (Bruner, 2010, p. 78). Ainsi, c'est dans « le langage du récit et selon cette logique de configuration narrative que se construisent - que s'écrivent - tous les espaces-temps de l'expérience humaine » (Delory-Momberger, Niewiadomski, Autès, Daunay, & Champy-Remoussenard, 2013, p. 50). Selon ces auteurs, le narratif est « le lieu où l'expérience et l'existence individuelle singulière *prennent forme et ont lieu.* » (*Ibid.*) Par le récit, celles-ci s'articulent avec l'espace-temps social, cela ne s'explique que parce que « la séquence narrative que nous construisons, dans ses formes et ses contenus, implicite une connaissance des contextes, des institutions, des pratiques, parce qu'elle *intrigue* une rationalité sociale à laquelle nous sommes mêlés. » (*Ibid.*) Selon Bruner en effet, les récits que nous permettent de nous raconter nous-mêmes proviennent de notre culture, le narratif étant un système symbolique qui permet aux individus d'exprimer leur expérience et leur existence (Delory-Momberger et al., 2013). Pour Bruner, les histoires que l'on construit pour se raconter soi-même sont « guidées par des modèles culturels qui relèvent du non-dit, de l'implicite, concernant ce que devrait être la personnalité, ce qu'elle pourrait être et, bien entendu, ce qu'elle ne dit pas être » (Bruner, 2010, p. 59). Ainsi, la culture conditionne ce qui peut ou non être exprimé, du point de vue affectif et de manière plus ou moins consciente, mais aussi ce qu'il est possible ou non de penser et de conceptualiser. Acioly-

Régnier (2010, p. 151) a proposé une théorisation de ces questions en s'appuyant sur l'inconscient cognitif selon Piaget, qu'elle a cherché à mettre en perspective avec les concepts de refoulement cognitif et de répression cognitive (Piaget, 1971, cité par Acioly-Régnier, 2010, p. 148). Elle a montré dans ses travaux sur l'enseignement-apprentissage qu'il serait pertinent de parler de *niveaux de conscience* et de considérer qu'il existe une relation dialectique entre *conscient* et inconscient plutôt que de les opposer de manière dichotomique. Elle a montré que ces niveaux de conscience pouvaient être d'une nature différente selon le contexte et les caractéristiques affectives d'une situation d'apprentissage, amenant des mécanismes de prise de conscience différents. Elle s'appuie sur le refoulement cognitif de Piaget pour qui en ce qui concerne les structures cognitives, le sujet a une « conscience relative du résultat et une inconscience presque totale des mécanismes intimes conduisant à ces résultats. » (Piaget, 1971, p. 16, cité par Acioly-Régnier, 2010, p. 151) Selon elle, il est possible de définir une forme de refoulement inconscient cognitif pouvant empêcher le sujet de mettre en œuvre certains processus de conceptualisation parce que ceux-ci ont été empêchés par la culture (Acioly-Régnier, 2010, p.151). Ainsi, le sujet ne refoule plus seulement un affect ou une pulsion, il peut être amené à refouler une hypothèse, une forme de pensée avant que celle-ci parvienne à la conscience de manière conceptualisée, c'est-à-dire avant même qu'il n'ait opéré une prise de conscience des mécanismes impliqués. En effet, pour Piaget, la prise de conscience peut être « contrecarrée par un mécanisme inhibiteur que l'on peut comparer au refoulement « affectif ». » (Piaget, 1971, p.14, cité par Acioly-Régnier, 2010) Si le sujet avait écarté l'hypothèse en question de manière consciente, on aurait parlé de répression cognitive. Cette approche, bien qu'elle puisse paraître éloignée de notre développement théorique, nous paraît apporter un éclairage pertinent sur certains mécanismes à l'œuvre lors des processus de construction narrative auquel se livre le sujet à propos de son expérience vécue. Cela se traduit dans le récit par des formes d'explication des événements et de leur logique relevant de modèles fournis par la culture et pouvant entrer en concurrence avec d'autres modèles antérieurs ou postérieurs. Par exemple, dans le récit de vie, cela peut se traduire par l'apparition d'une explication « magique » ou « irrationnelle » mais culturellement répandue face à un événement. Ces processus participent à la mise en sens de l'expérience du point de vue de sa conceptualisation. Nous verrons également à propos du travail et de son influence sur l'individu que celui-ci a la capacité de reconfigurer les formes de pensée de l'individu,

l'amenant à interpréter les situations et les événements selon les nouvelles formes de pensées acquises au travail.

Selon Delory-Monberger et al. (2013), le sujet est multidéterminé, il est soumis à des influences multiples, issues de ses divers groupes d'appartenance, qui peuvent entrer en contradiction et c'est de cette manière que le sujet se construit, à travers les conflits qu'il a rencontrés au cours de son développement psychique. Ainsi, ces différentes influences, ces différentes positions entrent en dialogue comme les personnages d'un récit pour constituer l'histoire que raconte l'individu à propos de lui-même. Ce dialogue est lui-même inséré dans les dialogues de la culture, il est influencé par ceux-ci et c'est le langage qui permet l'articulation entre l'individu et le collectif, dans des relations *Ego-Alter* variées. La mise en récit de l'expérience de l'individu ne peut toutefois se faire sans les autres, ce sont les récits que font ceux-ci de certaines parties de la vie de l'individu qui assurent l'unité de sa biographie. (Bakhtine, 1992, cité par Kohl De Oliveira et al., 2006) En effet, rappelons-le, pour Bakhtine, il est impossible de se voir en totalité et ce sont les autres qui nous permettent d'accéder à une perception plus complète de nous-mêmes (Todorov et al., 1981, p. 146).

Enfin, l'individu est en permanence confronté à l'imprévu et c'est le fait de construire des histoires qui lui permet d'« affronter les surprises, les hasards de la condition humaine, mais aussi pour remédier à la prise insuffisante [qu'il a] sur cette condition. » (Bruner, 2010, p. 79) La narration permet à l'individu de se saisir de l'imprévu, de la contingence, et de l'intégrer dans un tout, de lui donner une logique, une raison. Elle produit une inversion de l'effet de contingence dans le sens où l'événement surgissant de manière imprévue, incontrôlable, et qui aurait pu se passer autrement ou ne pas arriver du tout, devient nécessaire à l'histoire (Ricœur, 1991, p. 167). Cette mise en récit permet donc de réduire le caractère étranger de certains événements en leur attribuant un sens pour soi et en les intégrant à son histoire.

2.2.3. L'identité narrative

Nous allons nous intéresser au concept d'identité narrative tel qu'il a été développé par Ricœur (1991) afin d'en montrer les apports pour l'identité dialogique. Au commencement de son développement théorique, Ricœur met en lumière deux significations majeures du terme « identité », l'identité au sens de l'identique, du même et l'identité au sens de l'ipséité, c'est-à-dire de ce qui fait qu'une personne est unique, non réductible à une autre du fait de ses caractères individuels, qui n'implique pas l'existence

d'un noyau non changeant de la personnalité (Ricœur, 1991, p. 13) mais dans laquelle l'altérité prend sa place, non seulement pour réaliser une comparaison, mais aussi en tant qu'élément constitutif de celle-ci. Il réalise une série d'études (Ricœur, 1991), à la suite desquelles il aboutit à la mise en évidence d'une lacune majeure de ces développements théoriques pour la question du soi qui est celle de la dimension temporelle, autant de l'individu que de l'action. Il s'agit pour lui d'une problématique à part entière dans la mesure où l'identité personnelle « ne peut précisément s'articuler que dans la dimension temporelle de l'existence humaine » (Ricœur, 1991, p. 138). Il l'aborde par le biais de la permanence dans le temps afin de distinguer *Ipséité* et *Mêmeté*. Dans le cas de la mêmeté, qui correspond à une mise en relation de deux objets, le fait qu'un individu change et se développe au cours du temps pose problème pour établir une relation d'identité, toutefois ce problème peut être résolu par la notion de continuité ininterrompue, selon laquelle un être humain donné (au sens de un représentant pris au hasard de l'espèce) est toujours le même, quel que soit le moment de sa vie, ce qu'il rapproche du concept kantien de substance, qui autorise le changement des propriétés tout en maintenant le même substrat de base, devenant ainsi l'invariant relationnel servant à déterminer une relation d'identité. Toutefois, l'identité personnelle ne pouvant être considérée sous l'angle de la substance puisqu'elle ne peut être réduite à un substrat, il est nécessaire de mettre en évidence l'invariant relationnel qui permet une forme de permanence dans le temps permettant de répondre à la question « qui suis-je ? » (Ricœur, 1991, p. 142) C'est là qu'intervient l'*ipséité* en tant que « maintien de soi-même ». Pour Ricœur, nous disposons de deux modèles de la permanence dans le temps : le caractère qui correspond à l'ensemble des marques distinctives et de dispositions acquises qui permettent d'identifier un individu, c'est à dire à la fois les habitudes et les identifications acquises par lesquelles « de l'autre entre dans la composition du même » (Ricœur, 1991, p. 146) ; et la parole tenue dans la mesure où son maintien malgré les changements intervenant en soi assure la fidélité à soi. La première constitue un recouvrement quasi total des notions de mêmeté et d'*ipséité* alors que la deuxième les oppose, et s'affranchit de la mêmeté. Pour Ricœur, c'est dans la dialectique entre *ipséité* et *mêmeté* que se révèle la nature véritable de l'identité narrative (Ricœur, 1991, p. 167), notamment à travers le trait d'union que celle-ci permet de faire entre la mêmeté du caractère et l'*ipséité* de la parole tenue.

Pour Ricœur, la mise en intrigue permet d'une part d'intégrer à la permanence dans le temps la variabilité, la diversité, la discontinuité et l'instabilité. Celle-ci permet

d'aboutir une composition du récit qui réalise une médiation entre concordance et discordance aboutissant à une « concordance discordante » à travers la « synthèse de l'hétérogène ». Cela signifie que l'intrigue permet de réaliser une médiation entre les différents événements et l'unité temporelle de l'histoire que l'on raconte, quitte à « bouleverser la chronologie au point de l'abolir » (Ricœur, 1991, p. 168-169). Ici, l'événement occupe un statut particulier, puisqu'il est générateur à la fois de discordance lorsqu'il surgit et de concordance parce qu'il permet à l'histoire d'avancer, participant ainsi de la « structure instable de concordance discordante caractéristique de l'intrigue elle-même. » (*Ibid.*) Comme nous l'avons évoqué précédemment, ceci a pour conséquence que la mise en intrigue inverse la contingence en rendant l'événement imprévisible nécessaire dans sa compréhension après coup. Ricœur souligne également l'existence d'une corrélation entre action et personnage du récit, de laquelle résulte une dialectique interne au personnage, qui est selon lui le « corollaire de la dialectique de concordance et de discordance déployée par la mise en intrigue de l'action » (Ricœur, 1991, p. 175). Il propose ensuite d'inscrire cette dialectique de concordance discordante du personnage dans celle de la mêmeté et de l'ipséité en faisant appel à la fonction médiatrice de cette identité narrative du personnage, attestée par les « variations imaginatives auxquelles le récit soumet cette identité » (*Ibid.*)

Il souligne également un ensemble de caractéristiques (Ricœur, 1991, p. 190-192) de la théorie de l'identité narrative qui posent problème lorsqu'il cherche à les confronter à la théorie de McIntyre sur l'« unité narrative d'une vie », mais qui nous semblent avoir un intérêt particulier pour la question de l'identité et de son caractère narratif. Premièrement, la vie ne peut être saisie comme une totalité singulière dans la mesure où rien dans la vie réelle n'a valeur de commencement narratif, l'individu étant incapable de se souvenir de sa naissance et ne pouvant raconter sa propre mort. Ces événements appartiennent à l'histoire des autres. Ainsi, « les histoires vécues des uns sont enchevêtrées dans les histoires des autres. Des tranches entières de ma vie font partie de l'histoire de la vie des autres » (Ricœur, 1991, p. 191). Deuxièmement, il est possible de tracer plusieurs itinéraires, de tramer plusieurs intrigues et ainsi de raconter plusieurs histoires auxquelles manque toujours la conclusion. Ce qui amène un troisième problème dans la mesure où ce récit doit articuler les événements révolus de la vie avec des projets et des anticipations. Ricœur commente ces objections et propose de les « intégrer à une intelligence plus subtile » (*Ibid.*) et ajoute qu'il n'y a « pas d'absurdité à parler d'unité

narrative d'une vie, sous le signe des récits qui enseignent à articuler narrativement rétrospection et prospection. » (Ricœur, 1991, p. 193), c'est du parce que la vie réelle nous échappe que la fiction nous est nécessaire pour organiser nos expériences dans l'après-coup tout en sachant que celles-ci restent toujours révisables.

Il nous semble que ces dernières caractéristiques, mais aussi l'ensemble du développement théorique de Ricœur à propos de l'identité narrative peuvent être mis en relation avec la dialogicité et de l'identité dialogique. En premier lieu, les deux théories accordent une place importante au langage. De plus, nous l'avions évoqué précédemment à travers les travaux d'Hermans, c'est à travers le récit et la narration que l'individu réalise la synthèse des voix qui composent son identité. Cette dimension des voix et de la multiplicité des positions possibles n'est pas présente explicitement dans la théorie de Ricœur, il évoque le changement au cours du temps, la nécessité de l'autre et de l'altérité pour se construire et la notion de concordance discordante mais cette question du polymorphisme de l'identité n'est pas présente puisqu'il insiste plutôt sur l'unité narrative de la vie. Il nous semble que cette dimension de la concordance discordante, en tant que synthèse de l'hétérogène, et bien qu'elle fasse référence aux événements, possède des similitudes avec la synthèse des voix proposée par Hermans lorsqu'il s'inspire de Bakhtine. De plus, Ricœur évoque aussi la possibilité pour l'individu de raconter plusieurs histoires à propos de lui-même parce que sa vie est inachevée. Ceci nous renvoie au travaux d'Hermans (1996) lorsqu'il évoque les apports de la métaphore du roman polyphonique aux théories liées au récit de vie, celui-ci permettant au même individu de vivre dans une multiplicité de mondes, où chacun raconte sa propre histoire et où plusieurs auteurs peuvent entrer en dialogue. Le fait que Ricœur évoque un enchevêtrement des histoires des autres avec son histoire propre ajoute une dimension supplémentaire allant dans le sens de la dialogicité et de l'intertextualité (Kristeva, 1969), ces fragments d'histoire entrant en dialogue avec l'histoire de l'individu. Enfin, Ricœur n'évoque pas directement l'influence de la culture sur la construction de l'identité de l'individu mais il fait référence à l'influence des histoires lues pour la constitution de son histoire propre, notamment à travers les commencements possibles et les fins provisoires que la littérature peut offrir (Ricœur, 1991, p. 192), ce qui fait écho aux développements de Bruner (2010). Il nous semble que la théorie de l'identité narrative de Ricœur présente des points de contact avec la théorie de l'identité dialogique d'Hermans et il nous semble possible de faire dialoguer ces deux théories. En effet, Vezeanu (2004, p. 118)

appréhende la question de l'identité personnelle et de sa construction à travers la question du langage qu'il conçoit comme le principal critère d'identité personnelle et propose de passer de l'approche de l'identité narrative à « une *identité pragmatique* (voire dialogique) qui octroie un rôle décisif à la *communication intersubjective* et au *dialogue* dans la constitution active de la personne » (*Ibid.*) Pour cet auteur, en effet, la constitution de soi se fait dans les interactions langagières dialogiques avec autrui, dans un processus de co-construction et de transformation de soi, du monde et d'autrui. Ainsi selon lui, « l'identification dialogique est la condition principale de constitution et de cognition de la personne, l'expression la plus riche du double rapport réunissant le corps et l'esprit » (Vezeanu, 2004, p. 122). Il s'agit d'une question complexe dont nous retiendrons principalement que si l'identité est narrative, si l'individu se construit à travers des processus narratifs, il le fait en présence d'autrui, à travers le dialogue dans des processus de transformation de son expérience par le langage qui permet d'attribuer des significations à son expérience. Il s'agit d'une co-construction et c'est pourquoi comme nous le montrerons dans notre réflexion méthodologique, nous nous efforcerons de mettre en place une méthode prenant en compte cet aspect.

2.3. Synthèse sur l'identité appréhendée du point de vue de l'individu

En conclusion de ce développement à propos de l'identité centré sur sa dimension individuelle, nous souhaitons insister sur quelques points centraux. Ainsi, l'identité personnelle, dans ses aspects individuels, est nécessairement dépendante des autres et donc des relations interpersonnelles ainsi que du contexte social, historique et culturel dans la mesure où celui-ci influence tous les individus susceptibles de communiquer et d'interagir. Les théories de l'identité que nous avons présentées dans le premier chapitre insistent sur l'importance du changement dans la construction identitaire mais elles sont centrées sur le changement vu comme rupture d'une stabilité. L'approche dialogique, qui se concentre sur le changement et la plasticité ainsi que sur la relation dialogique dans laquelle sont engagés deux partenaires nous semble proposer une voie pertinente dans les recherches sur l'identité en psychologie. Dans la suite de ce développement théorique, nous allons aborder de manière plus spécifique les liens entre culture et identité ainsi que les processus à l'œuvre dans une situation de confrontation à la différence culturelle, qui

est une forme particulière d'altérité. Nous ne parlerons pas toutefois d'une identité culturelle qui serait séparée d'une identité sociale ou d'une identité personnelle dans la mesure où nous avons choisi dans ce travail une orientation basée sur la dialogicité, avec pour conséquence que l'identité est la synthèse du positionnement de l'individu dans différents contextes et où les aspects culturels sont transversaux, et nous montrerons dans quelle mesure dans le chapitre consacré aux liens entre la culture et l'identité. De plus, nous avons tenté de montrer à travers l'approche dialogique toute la complexité et toute la profondeur de l'identité de l'individu. Il nous semble que cette approche mettant l'accent sur l'inachevé, le multiple, la plasticité et la créativité des individus propose une perspective intéressante pour la recherche sur l'identité en psychologie. Elle nous paraît d'autant plus enrichissante lorsqu'il est question de trajectoires individuelles, afin de comprendre les processus en jeu lorsque l'individu est confronté au changement, vu comme une voix supplémentaire, une position nouvelle à intégrer dans son identité et notamment dans l'étude des trajectoires migratoires et professionnelles qui font l'objet de ce travail. Enfin, étant donné que notre travail concerne une population dont l'une des caractéristiques communes est la profession, puisque nous travaillons avec des médecins, nous allons aborder la question du travail et de ses liens avec l'identité afin de questionner la place de celui-ci dans la construction identitaire des individus. En effet, l'identité professionnelle a fait l'objet de développements théoriques spécifiques et le travail, nous le verrons, occupe une place non négligeable dans la définition de soi et dans la façon dont la trajectoire des individus se façonne et s'oriente. Toutefois, nous tenterons au cours de notre chapitre sur l'identité en lien avec le travail, nous essaierons de faire des liens avec l'approche dialogique.

Chapitre 3 : Travail et identité

Ce chapitre a pour objectif d'établir un lien entre identité et travail. Dans un premier temps, nous présenterons un ensemble de questions générales puis nous développerons de manière plus approfondie les relations entre travail et identité à travers les travaux de sociologues (Dubar, 1992, 1998, 2010; Sainsaulieu, 1988), puis nous relierons l'identité professionnelle aux définitions de l'identité que nous avons proposées précédemment. Ensuite, nous verrons en quoi le milieu professionnel et les relations au sein de celui-ci

participent à la construction de l'identité de l'individu. Enfin, nous aborderons la question de la reconnaissance et de ces liens avec l'identité professionnelle.

3.1. Le travail en psychologie

D'après Lhuilier (2002, p. 275), le travail fait l'objet d'un débat au sein de la communauté scientifique opposant les auteurs annonçant la fin du travail à ceux pour qui il reste « le vecteur principal de l'intégration et de la cohésion sociale » mais aussi de l'identité et de l'accomplissement de soi à travers la reconnaissance sociale. Pour elle, ce débat proviendrait d'un ethnocentrisme dans nos définitions du travail conduisant à assimiler le travail à l'emploi et au salariat et le transformant en une « entité abstraite, indépendant de son contenu et conçue comme une marchandise échangée contre un salaire » (*Ibid.*) Elle propose de s'interroger sur le double caractère du travail humain, à la fois comme rapport universel entre l'Homme et la nature mais aussi support de rapports sociaux. C'est cette deuxième dimension qui va nous intéresser de manière spécifique. Selon Lhuilier, en effet, l'activité de travail n'est en aucun cas une activité immédiate et solitaire mais qu'il est au contraire « réalisé avec d'autres, pour d'autres » (*Ibid.*) et « subordonné à un but collectif, organisé, coordonné, canalisé, géré... » (*Ibid.*) Elle ajoute qu'il est l'objet d'affrontements et de conflits, notamment parce qu'il existe un décalage entre les représentations du travail et le réel physique mais aussi le réel des rapports sociaux. Ainsi, autrui est toujours présent dans l'activité, il médie la rencontre entre le sujet et une situation concrète, c'est pourquoi le travail est pour Lhuilier « la scène où se jouent simultanément et dialectiquement le rapport à soi, le rapport à autrui et le rapport au réel » (2002, p. 276).

3.1.1. Le travail comme rapport à l'autre et projet commun

Pour Lhuilier (2002, p. 278), parce que le travail suppose un but commun et une collaboration avec les autres, il est fondamentalement rapport à autrui. Il suppose une coordination collective et « comprend toujours une référence à l'autre comme destinataire, comme co-auteur, comme prescripteur. », il comprend donc un ordre symbolique. En effet, il réside dans le travail un « projet commun fondé sur une interprétation de la situation » (Lhuilier, 2002, p. 279) et l'objet du travail est au « carrefour de la représentation individuelle et collective » (2002, p. 280). De plus, cet ordre symbolique se traduit dans la façon dont les tâches sont réparties dans la mesure où

cette répartition des tâches témoigne de manière symbolique de la place qui est accordée à chacun dans les relations de travail, ce qui fait dire à l'auteure que « travailler donne accès à un espace social où trouver place en s'inscrivant dans un échange avec d'autres. » (*Ibid.*)

3.1.2. Le travail comme rapport à soi en lien avec identité

De plus, Lhuilier (2002) pose la question du rapport à soi dans le travail, à travers la place que celui-ci occupe dans la construction et la déconstruction du sujet, et donc de la place du travail dans la construction de l'identité. Cette construction commence lors de la formation initiale et se poursuit au moment de la « mise au travail qui est une « mise à l'épreuve des représentations du travail, des idéaux professionnels, de la part de soi engagée dans la rencontre avec le modèle initial » (*Ibid.*, p. 278). Ainsi, le travail est le lieu d'une quête identitaire qui se joue notamment dans le rapport à l'autre à travers l'investissement d'espaces sociaux et de collectifs de travail. Cette quête identitaire se manifeste à la croisée des rapports sociaux et des pratiques du sujet, amenant celui-ci à « faire reconnaître sa singularité à travers ses pratiques » (Lhuilier, 2002, p. 277). L'identité met ainsi en jeu le couple similitude et différence à travers l'expérimentation de « l'unité et la division, l'appartenance et l'autonomie, la conformité et la singularité... » (*Ibid.*) De plus, Lhuilier décrit le travail comme un espace de créativité et de développement possible pour l'individu, notamment à travers l'écart entre le rôle et la tâche prescrite mais aussi à travers l'écart entre les pratiques du sujet et celles du groupe. L'auteure souligne le fait que pour qu'un écart soit possible, il faut qu'il existe « un appui commun, une référence partagée à partir de laquelle pourra s'engager l'individuation » (*Ibid.*). On retrouve ici cette tension entre différence et similitude que nous avons évoquée précédemment à propos de l'identité et l'on voit que le travail fournit un ensemble de références communes que les individus peuvent remettre en question pour s'affirmer en tant qu'individus mais qui marquent leur appartenance au groupe en tant qu'elles sont partagées.

3.2. L'identité professionnelle

Nous allons présenter ici un ensemble de développements théoriques autour des liens pouvant être faits entre travail et identité. Nous allons dans un premier temps présenter des travaux classiques réalisés en sociologie avant de replacer cette question

dans une approche psychologique mais aussi afin de proposer un questionnement autour de la question de la dialogicité.

3.2.1. Sainsaulieu et l'identité au travail

Parmi les travaux souvent cités lorsque l'on cherche à parler de l'identité professionnelle, on retrouve ceux de Sainsaulieu (1988) sur l'identité au travail. Il a cherché à analyser la façon dont les enjeux de pouvoir au travail se retrouvent dans les modalités des relations entre individus au travail et donc ses modalités de relations influencent l'identité des individus. Il identifie quatre types de relations principaux : la fusion, le retrait, la négociation et l'exclusion. Dans la postface à l'édition de 1988 (p. 436), il résume ces quatre types de relations et les confronte à l'actualité dix ans après les avoir décrits. Le modèle de fusion se caractérise par une « solidarité conformiste à la collectivité des pairs » associée à « une dépendance envers l'autorité du chef ou du leader » (*Ibid.*) Il avait observé le développement de ce type de relation et de l'identité qui en découle chez des ouvriers spécialisés français qui ne disposaient d'aucun pouvoir sur leurs conditions et leurs relations de travail mais observe qu'elle peut se retrouver dans d'autres situations à partir du moment où le sujet est soumis à de fortes contraintes et voit sa liberté considérablement réduite. Le modèle de négociation, quant à lui, avait été observé chez de individus très qualifiés et confrontés à des tâches d'une importante complexité qui « trouvent dans la richesse des compétences et des responsabilités de leurs fonctions le moyen constant d'affirmer leurs différences, de négocier leurs alliances, et leur reconnaissance sociale » (*Ibid.*) Le modèle des affinités correspond à des relations où les appartenances de groupe sont délaissées au profit de quelques alliances et connivences affectives. L'individu s'insère dans des réseaux réduits, limités à quelques collègues et aussi à quelques chefs. Cela correspond à des positions plus individuelles et interpersonnelles (*Ibid.*) Enfin, il décrit le modèle du retrait qui revient pour l'individu à se retirer de « tout engagement personnel dans les rapports collectifs, de groupes ou interpersonnels que l'on rencontre nécessairement dans les organisations » (Sainsaulieu, 1988, p. 436). Ce sont des individus dont le travail se réduit à une nécessité et qui trouvent des investissements affectifs ailleurs, dans d'autres domaines. Selon Sainsaulieu, il existe « diverses catégories de retrait liées à la pluralité des structures sociales d'investissement dans nos sociétés modernes plus complexes. » (1988, p. 438) Il a également analysé ces styles de relations au travail en termes de perception des différences interpersonnelles et identifié deux positions extrêmes, une « mise en retrait à

l'égard du groupe et des collègues » (Sainsaulieu, 1988, p. 304) accompagnée d'un rapprochement obligé avec les chefs parce que du fait de cette mise en retrait ils deviennent le seul lien avec le milieu du travail et à l'inverse une opposition forte à l'autorité qui amène des capacités de négociations et une forte perception des différences objectives et cognitives. Entre ces deux extrêmes, Sainsaulieu dégage trois déviations possibles :

- une appréhension surtout affective de l'autre, pas de perception des différences cognitives. Cela correspond à une vie de groupe grégaire, très soudée avec l'acceptation d'une autorité commune ;
- une appréciation des différences intellectuelles seulement, ce qui rend l'investissement affectif plus faible. En conséquence, on a une constitution de noyaux hétérogènes et autorité officielle subie en même temps qu'elle devient un support face au manque de cohésion collective ;
- une sensibilité aux relations interpersonnelles affaiblie par méfiance et compromis permanent entre positions divergentes. Le groupe existe mais il est faible parce qu'il est centré sur la négociation et l'obligation de cohabiter. L'autorité est crainte et sollicitée pour résoudre les problèmes de rapports humains.

Ces modalités de relation donnent lieu à l'émergence de logiques d'acteurs, c'est-à-dire à des processus identitaires qu'il analyse en termes d'identifications. Selon lui (Sainsaulieu, 1988, p. 306), les expériences des psychologues sociaux ont permis de mettre en évidence trois conditions pouvant affecter l'identification :

- une condition de similitude selon laquelle « l'identification est facilitée par la présence d'éléments communs entre le sujet et le modèle » (*ibid.*) ;
- une condition de puissance selon laquelle « l'identification est plus importante si le modèle a du prestige » (*Ibid.*)
- une condition d'affectivité selon laquelle on s'identifie d'autant plus au modèle qu'il est sympathique.

Il s'appuie sur les travaux de psychanalystes pour séparer ces conditions en deux catégories, la puissance, le prestige et la puissance étant de l'ordre de la gratification alors que la sympathie ou son absence et l'absence de différences culturelles ou socio-économiques relèvent de la sécurité et soulève le problème de la liaison entre gratification et sécurité. Elles sont non nécessaires, non suffisantes, et dans un rapport de non-

additivité trop simple, pour provoquer l'identification. (Sainsaulieu, 1988, p. 306). Il évoque les travaux de Leyens (1969, cité par Sainsaulieu, 1988, p. 306) pour qui le concept de distance psychologique permet de comprendre la liaison entre gratification et sécurité. Il postule l'existence d'une distance optimale, c'est à dire avec un écart ni trop faible, ni trop élevé entre sécurité et gratification. C'est-à-dire que d'une part, si la sécurité augmente, la distance perçue diminue mais la gratification diminue aussi. Par conséquent, un rapprochement trop important avec le sujet entraîne une diminution de la gratification et empêche l'identification. A l'inverse, un éloignement trop important entraîne un danger à s'identifier, aboutissant à la même impossibilité d'identification. Par ailleurs, il fait référence aux travaux de Mulder (1959, cité par Sainsaulieu, 1988, p. 307) ainsi que d'autres psychologues sociaux pour qui les individus ont tendance à se différencier de leurs inférieurs et à s'identifier à leurs supérieurs. Pour Sainsaulieu ces processus d'identification aux puissants, aux détenteurs du pouvoir, nous renseignent sur la difficulté de l'accès à la différence dans les relations humaines. Ce qui l'amène à conclure que « s'identifier à l'autre est le résultat d'un constat de sa faiblesse dans les échanges que l'on peut avoir avec lui, parce qu'on n'a pas les moyens de soutenir sa différence dans le système social des échanges humains où l'on est placé » (Sainsaulieu, 1988, p. 308). Il analyse donc les relations de travail et les processus identitaires qui en découlent en termes d'enjeux de pouvoir. Il évoque ensuite la question de la place du conflit dans l'accès à l'identité en insistant sur son importance pour l'accès à la différence de soi (p. 316) et s'appuie sur les travaux existants en clinique afin de montrer qu'un conflit trop fort, trop peu régulé et où le sujet ne possède pas d'armes suffisantes peut conduire à une perte d'identité (p. 318), ce qui l'amène à explorer la question de la reconnaissance. En effet, selon lui, « s'il y a identité personnelle, c'est qu'il y a reconnaissance par les autres, mais celle-ci n'est pas obligatoirement accordée, elle s'inscrit elle-même dans un jeu de forces sociales. » (p. 319). Il place le conflit au cœur des enjeux de reconnaissance et s'appuie sur les travaux de Hegel pour développer ce concept, et centre la question de l'accès à l'identité sur celle de la lutte pour l'accès à la différence. Il replace les relations interindividuelles au cœur de cette lutte et admet que « l'un des moteurs du système de la personnalité est certainement situé dans l'expérience conflictuelle et sociale des relations humaines. C'est à ce point précis que le système social rencontre le système de la personnalité. » (Sainsaulieu, 1988, p. 333) Il redonne donc une place prépondérante aux relations entre individus dans la constitution de l'identité et poursuit plus loin sa réflexion en ajoutant que le concept d'identité permet de

désigner « cette part du système du sujet qui réagit en permanence à la structure du système social » (*Ibid.*), évoquant ainsi la dimension adaptative de l'identité. Cet aspect l'amène à dire que les relations de pouvoir dans l'organisation traduisent au niveau des comportements la façon dont le sujet obtient la reconnaissance. Il nuance son propos en ajoutant que ce n'est pas toute l'identité du sujet qui est prise dans ces rapports de pouvoir mais que chercher l'obtention de la reconnaissance est une activité permanente de l'individu et l'organisation de travail est l'un des lieux où cette lutte s'exprime fortement. A tel point que l'expérience même du travail peut amener le sujet à modifier ses priorités et sa rationalité à travers l'apprentissages de normes propres à l'organisation (Sainsaulieu, 1988, p. 345). Ainsi, du point de vue de la construction de soi, nous pouvons dire que l'expérience professionnelle amène une réactualisation de tout un ensemble de normes, de valeurs et de traits que l'individu a acquis précédemment, et que celles-ci peuvent amener une transformation importante de son identité à travers la modification de la façon dont il donne sens à son expérience.

3.2.2. L'identité professionnelle selon Dubar

En ce qui concerne l'approche théorique de Dubar (2010), il applique les différentes catégories de définition de soi que nous avons évoqués dans le chapitre sur les rapport entre identité et altérité à l'identité professionnelle en expliquant que bien qu'il ne faille pas réduire l'identité sociale d'un individu à son statut d'emploi ou à son niveau d'étude, c'est dans le milieu scolaire que l'enfant fait l'expérience de sa première identité sociale" (p. 116) à travers les catégorisations des autres, pairs et enseignants. Et c'est de la "dualité entre notre identité pour autrui conférée et notre identité pour soi construite, mais aussi entre notre identité sociale héritée et notre identité scolaire visée, [que] naît un champ du possible dans lequel se déploient [...] tout au long de la vie, toutes nos stratégies identitaires" (*Ibid.*). De plus, pour Dubar, si la scolarité et la formation construisent des identités virtuelles, ce sont la sortie du système scolaire et la confrontation au marché du travail qui constituent un "moment essentiel de la construction d'une identité autonome" (*Ibid.*, p.11') et c'est cette première confrontation au marché du travail qui va définir les modalités de construction d'une "identité professionnelle de base" qui est à la fois une identité au travail et une projection dans l'avenir. Selon Dubar, la formation professionnelle et le temps de latence entre la sortie du système scolaire et l'embauche constituent une identité professionnelle pour soi qui n'implique pas seulement de choisir un métier mais constitue une "construction

personnelle d'une stratégie identitaire mettant en jeu l'image de soi, l'appréciation de ses capacités, la réalisation de ses désirs" (*Ibid.*, p. 118). Toutefois, cette identité n'est pas définitive, elle est au contraire susceptible de subir des transformations liées à l'évolution professionnelle des sujets. Elle est de plus liée non seulement au processus biographique que nous venons de décrire mais aussi à un processus relationnel. En effet, d'après Dubar (1991, p. 118) "pour réaliser la construction biographique d'une identité professionnelle et donc sociale, les individus doivent entrer dans des relations de travail, participer sous une forme ou une autre à des activités collectives dans des organisations", ce qui implique que l'identité professionnelle se construit également à travers l'implication de l'individu dans des relations professionnelles mettant en jeu la question de la reconnaissance.

Ainsi, pour Dubar, il existe une temporalité dans la construction de l'identité professionnelle. Nous avons vu en effet que le milieu professionnel peut amener une modification importante de l'identité de l'individu à travers l'apprentissage de normes de relation, de normes comportementales, de valeurs et même d'une rationalité différente. Ainsi, les savoirs professionnels sont des « machineries conceptuelles comprenant un vocabulaire, des recettes, un programme formalisé et un véritable « univers symbolique » véhiculant une conception du monde mais qui, contrairement aux savoirs de base de la socialisation primaire, sont définis et construits en référence à un champ spécialisé d'activités » (Dubar, 1991, cité par Blin, 1997, p. 184). Il nous semble que ces savoirs acquis dans le milieu professionnel sont à même de remettre en question ce que l'individu avait appris lors de la socialisation primaire et de l'amener à modifier son identité. De plus, la place centrale accordée au travail dans notre société en fait une modalité privilégiée de construction et de définition de soi. Selon Dubar, il existe quatre moments identitaires de l'identité professionnelle : la *construction* qui correspond à la formation, la *consolidation* qui correspond à l'insertion et à l'acquisition progressive de la qualification dans le métier, la *reconnaissance* qui marque l'accès à des responsabilités dans l'entreprise et enfin le *vieillessement*, c'est-à-dire le passage progressif à la retraite (Dubar, 2010, p. 181). Cependant, il identifie différents types de configurations identitaires où l'on ne retrouve pas forcément chacune de ces configurations. Donc, les différentes configurations identitaires qu'il a relevées correspondent plus à des temporalités professionnelles distinctes qui constituent des modes de structuration d'identités professionnelles différents et des façons différentes de se projeter dans un

avenir professionnel. Il nous semble de plus que ces différents moments peuvent se succéder de manière variable en fonction des trajectoires.

3.2.3. Liens entre l'identité professionnelle et l'identité personnelle

Tap, Roudès et Antunes (2013) distinguent un ensemble de processus internes de l'identité professionnelle. L'*identisation* et l'*identisation professionnelle*, l'identisation désigne le processus par lequel l'individu modifie la structure de son identité tout en maintenant sa cohérence, ce que nous avons développé dans le chapitre précédent. Appliquée de manière spécifique au domaine professionnel, elle influe sur les aspirations, les motivations techniques, promotionnelles et relationnelles de l'individu, ses orientations et ses intérêts, par lesquels il accède à du pouvoir (d'agir, de dire, d'obéir), etc. (Tap et al., 2013, p. 395). Elle s'appuie sur les compétences et les capacités mais aussi sur les *capabilités*, qui conditionnent le sentiment de liberté d'agir de l'individu. Ces capabilités s'actualisent à travers la mobilisation qui permet à l'individu de donner un sens et une valeur à son activité professionnelle. Celles-ci conduisent à une autonomie à travers une capacité à surmonter ses vulnérabilités mais aussi une adaptabilité, une capacité de transformation prenant en compte le milieu et les contraintes extérieur et tournée vers l'avenir. On voit donc ici un ensemble de processus imbriqués les uns dans les autres dont la finalité est d'aboutir à une capacité de transformation et de développement d'un pouvoir d'agir. Nous verrons par la suite comment ceci peut être mis en lien avec l'approche dialogique.

Pour Tap et al. (2013) « l'*identité professionnelle* n'est pas tout de la personne » (p. 396), elle fait partie d'un système de représentations que l'individu s'est approprié à partir des dires d'autrui ou construites à propos d'elle-même (*Ibid.*). Elle s'articule avec une multiplicité d'identités collectives liées à « des groupes d'appartenance, à des catégories de référence, à des activités ou à des statuts sociaux » (*Ibid.*) En effet, d'après (Blin, 1997, p. 184), chaque individu est porteur de plusieurs identités professionnelles construites au sein de groupes différents faisant partie de l'organisation et il procède à la mobilisation de l'une ou l'autre de ses identités professionnelles à travers d'une part un « zapping identitaire » et d'autre part en fonction des « assignations identitaires » qui lui sont adressées par l'Autre. Dans une approche dialogique, nous dirions qu'il s'agit de positions différentes que l'individu adopte en fonction de la relation dialogique dans laquelle il se trouve. Ainsi, le zapping identitaire et les assignations identitaires décrites par Blin (1997) sont deux composantes de la relation dialogique qui amène l'individu à se

positionner d'une certaine manière. Blin (1997) propose de considérer l'identité professionnelle comme une dynamique, à comprendre et à conceptualiser à travers l'interaction et non seulement comme le marqueur de l'appartenance de l'individu à une organisation.

Enfin, cette identité fait partie d'une dynamique à laquelle participe l'individu en vue de l'élaboration d'un projet professionnel réaliste. Aux deux extrêmes de cette dynamique se trouvent l'aliénation et la personation, l'individu se débat entre ces deux pôles aux conséquences opposées afin de construire un projet professionnel réaliste, lui conférant un degré raisonnable de pouvoir, ayant un sens, lui amenant une autonomie et cohérent avec ses valeurs en vue de la réalisation de soi. Le sujet peut se trouver dans des situations d'impuissance, confronté à une perte de sens, à l'anomie, se sentir étranger aux valeurs du travail qu'il exerce et être dans l'incapacité de se réaliser. Ce trajet professionnel se trouve influencé par le couple, la famille, la situation économique, sociale et culturelle environnante, ce qui amène une grande complexité des facteurs influençant cette dynamique. Enfin, Tap et al. (2013) attirent l'attention sur l'importance de l'influence de la mobilité et de son influence sur l'ensemble de l'identité de l'individu dans la totalité de ses aspects.

Selon Tap et al. (2013), l'objet du processus de professionnalisation est de « favoriser, par apprentissage, l'appropriation [...] des compétences, des expériences, attendues par les employeurs à propos d'un poste, d'une profession ». Il dégage trois conditions nécessaires pour cet apprentissage, qui nous semblent être ce que le professionnel va acquérir au long de ce processus : des « ressources ou dispositions nécessaires à la mise en œuvre de compétences », des dispositifs « permettant d'optimiser les pratiques » et des règles en lien avec une éthique professionnelle, ces trois conditions correspondent à des aspects internes aussi bien qu'externes et contextuels pour le sujet en cours de professionnalisation. Il distingue ensuite trois professionnalisations, ce qui nous paraît intéressant dans la mesure où leurs effets se retrouvent à différents niveaux de l'identité professionnelle. Premièrement, on peut repérer la professionnalisation des acteurs, la professionnalisation de l'organisation et la professionnalisation des activités, tâches et pratiques. La professionnalisation des acteurs correspond à la formation initiale et à l'entrée dans le métier ou bien à la formation continue, tout au long de la vie. La professionnalisation d'une organisation consiste à la mise en œuvre de dispositif visant à son institutionnalisation et à la reconnaissance des personnes en tant que professionnels

par la rétribution financière de leur travail et par la valorisation de leurs compétences. Elle conduit aussi à l'émergence de règles, de normes et de valeurs qui participent à l'élaboration de l'identité professionnelle et personnelle des individus. Le troisième type de professionnalisation amène l'émergence de bonnes pratiques, qui deviennent attendues par chacun et transmises par l'expérience et la formation. (Tap et al., 2013, p. 394).

3.3. Style et genre professionnel (Clot, 2008)

Nous allons nous intéresser ici plus particulièrement aux apports possibles de la clinique de l'activité³² pour notre travail, sans toutefois adopter pleinement ce modèle dans la mesure où nous ne visons pas ici une intervention en milieu professionnel mais cherchons à conduire un travail sur la question identitaire en milieu professionnel. Cette approche, de par ses développements théoriques, présente toutefois de nombreux intérêts pour notre travail et nous permet d'adopter un position différente, de « faire un pas de côté » tout en prenant garde à ne pas tomber dans l'écueil d'un éclectisme théorique et méthodologique excessif. En d'autres termes, nous allons recourir à la notion de genre professionnel comme un éclairage supplémentaire et non pas comme le concept central de notre travail.

3.3.1. Définition du concept de genre professionnel

Le concept de genre professionnel provient des travaux de Bakhtine sur les genres du discours. Les genres « fixent, dans un milieu donné, le régime social de fonctionnement de la langue. » (Clot, 2008, p. 104), ils peuvent être définis comme « un stock d'énoncés attendus -, prototypes de manières de dire ou de ne pas dire dans un espace-temps socio-discursif. » (*Ibid.*). Selon Clot, ils retiennent la mémoire transpersonnelle d'un milieu social, ce sont eux qui indiquent aux sujet quels sont les signes à utiliser dans une situation donnée et quels sont ceux qui ne sont pas appropriés, pour Clot, ils sont toujours associés à une situation. (*Ibid.*) Ainsi, « nous moulons notre parole dans de formes précises de genres standardisés, stéréotypés, plus ou moins souples, plastiques et créatifs » (Clot, 2008, p. 104) sans pour autant en avoir conscience. Ces genres sont transmis et nous les modifions mais ne les créons pas, ils sont sociaux et ils sont prêtés au sujet pour que celui-ci puisse parler et être entendu des autres (Clot, 2008,

³² Approche développée en psychologie du travail par l'équipe d'Yves Clot au Conservatoire National des Arts et Métiers centrée sur l'activité humaine.

p. 105). Clot transpose ce concept de genre au travail, concevant le genre comme un « corps symbolique [qui] s'interpose entre les hommes, en même temps qu'entre eux et l'objet de leurs actions » (*Ibid.*) et qui en définissant « les frontières mouvantes de l'acceptable et de l'inacceptable dans le travail, en organisant la rencontre du sujet avec ses limites, sollicite le style personnel ». (*Ibid.*) Clot définit le genre comme un intercalaire social, un « corps d'évaluations partagées qui organise l'activité personnelle de façon tacite. » (Clot, 2008, p. 106), qui s'élabore à travers la mémoire transpersonnelle et collective donner à l'activité personnelle en situation des « manières de se tenir, manières de s'adresser, manières de commencer une activité et de la finir, manières de la conduire efficacement à son objet » (Clot, 2008, p. 107) qui forment « un répertoire des actes convenus ou déplacés que l'histoire de ce milieu a retenus » (*Ibid.*) définissant ainsi des normes de relations sociales pour le collectifs mais aussi les « façons de travailler acceptable » (*Ibid.*).

3.3.2. Le style, appropriation du genre professionnel et construction de l'identité professionnelle

Toutefois, selon Clot (2008, p.106), le genre n'est pas amorphe, il est « constamment exposé à l'épreuve du réel ; pas seulement contrainte à respecter mais ressource à renouveler et méthode à ajuster. » (*Ibid.*) C'est à travers les styles que s'opèrent les métamorphoses des genres professionnels dans la mesure où ils sont « le retravail des genres en situation » (*Ibid.*). Ainsi, le genre est toujours inachevé, et même s'il se répète dans chaque situation de travail, « il ne prend sa forme achevée que dans les traits particuliers, contingents, uniques et non réitérables qui définissent chaque situation vécue. » (*Ibid.*) Ainsi, le style est ce qui transforme le genre pour l'adapter à la situation réelle de travail à un moment donné et en présence d'acteurs donnés. Ainsi, « les genres restent vivants grâce aux re-crétions stylistiques. Mais, inversement, la non-maîtrise du genre et de ses variantes interdit l'élaboration du style. » (*Ibid.*) Cela signifie qu'un sujet qui ne maîtriserait pas le genre s'expose à une incongruence par rapport au collectif, et donc à des incompréhensions. Ainsi, avant de pouvoir transformer le genre à travers le style individuel, le sujet doit maîtriser le genre, c'est-à-dire qu'il doit « apprendre » les normes relationnelles et pratiques, techniques, en vigueur pour une profession donnée. Le style est à la fois collectif et personnel, tourné vers le collectif en même temps que vers le sujet lui-même (Clot, 2008, p. 111), il n'est pas qu'un affranchissement du sujet par rapport au collectif, il lui permet aussi de s'affranchir de son action et de sa propre

histoire, qu'il ajuste, retouche, ce qui amène Clot à affirmer qu'il y a dans le style un rapport avec « l'histoire personnelle du développement psychologique » (2008, p.111). Il nous semble ainsi possible de faire un parallèle entre le genre professionnel et l'identité professionnelle. En effet, le genre s'applique à l'activité mais définit des normes relationnelles et comportementales, des valeurs, etc. qui sont autant de façons pour le sujet de donner du sens à sa profession et à la façon dont il s'identifie à celle-ci, dont il peut se définir à travers elle. Il nous semble que le genre et le style participent à la construction de l'identité professionnelle du sujet, le genre étant rattaché à un ensemble de traits que le sujet partage avec son groupe professionnel et le style étant le témoin des variantes et de la plasticité individuelle.

3.4. L'identité et la reconnaissance, un rapport dialogique

Nous allons maintenant aborder la question de la reconnaissance et de ses implications pour la construction identitaire du sujet. Nous avons choisi de développer le concept de reconnaissance en lien avec le travail de manière spécifique du fait de notre objet d'étude qui concerne des professionnels ayant entrepris une démarche migratoire en lien avec leur profession. Nous verrons toutefois à travers la réflexion théorique menée dans ce sous-chapitre que la reconnaissance occupe une place centrale dans les processus identitaires des sujets. Nous commencerons par présenter les travaux d'Honneth (2013) et de Ricœur (2004). Ensuite, nous présenterons des approches appliquées au domaine du travail afin de comprendre de quelle manière ce concept peut permettre une compréhension de certains processus en lien avec le domaine professionnel. Enfin, après avoir proposé un ensemble d'approches théoriques liées à la reconnaissance et à l'identité, nous proposerons une synthèse afin de montrer en quoi la reconnaissance peut s'inscrire en tant que concept important dans une théorie dialogique de l'identité.

3.4.1. La reconnaissance, ses trois formes et son rôle pour la construction de l'identité

Afin de donner une définition du concept de reconnaissance, nous nous appuyons sur les travaux d'Honneth (2004a, 2004b, 2008, 2013) et de Ricœur. En lien avec les théories de l'école de Francfort et de l'école de Chicago, Honneth s'est inscrit dans la continuité des travaux de Mead et Hegel afin de formuler sa théorie de la reconnaissance. Cette théorie repose sur le principe selon lequel « *le rapport positif à soi d'un individu étant intersubjectivement constitué, il est également intersubjectivement vulnérable, de*

sorte que l'identité personnelle est intimement liée à un besoin de reconnaissance, au sens d'un besoin de voir reconnue notre propre valeur par autrui. » (Renault, 2007, p. 125)

Il distingue trois formes ou trois niveaux de reconnaissance, l'amour, la reconnaissance juridique et la reconnaissance sociale ce qui revient à « différencier les formes d'intégration sociale selon qu'elles reposent sur les liens affectifs, sur la reconnaissance de droits ou sur l'adhésion à des valeurs communes ». L'amour ne correspond pas dans sa théorie au modèle érotique et romantique mais à « toutes les relations primaires qui, sur le modèle des rapports érotiques ; amicaux ou familiaux, impliquent des liens affectifs puissants entre un nombre restreint de personnes. » (*Ibid.*). Ceci renvoie aux travaux d'Hegel (cité par Honneth, 2013) pour qui « l'amour représente le premier degré de reconnaissance réciproque, parce que les sujets s'y confirment mutuellement dans leurs besoins concrets comme des êtres nécessiteux : dans l'expérience de leur sollicitude mutuelle, les deux sujets se savent unis pour autant qu'ils sont l'un comme l'autre dépendants de leur partenaire respectif. Ces besoins et ces affects ne pouvant en outre être « confirmés » que dans la mesure où ils sont directement satisfaits ou partagés, la reconnaissance est nécessairement liée à l'existence corporelle d'êtres concrets, qui se portent mutuellement une estime particulière. Hegel (cité par Honneth, 2013) parlait « d'être soi-même comme dans un étranger » ce qui nous évoque le travail de Ricœur (1991).

La reconnaissance juridique est décrite par Honneth comme une expérience faite par le sujet lui permettant de « se considérer comme une personne qui partage avec tous les autres membres de sa communauté les caractères qui la rendent capable de participer à la formation d'une volonté discursive. » Cela se rapporte au fait de se voir accorder par le groupe social des droits et des devoirs, de faire partie de la société en tant qu'acteur et citoyen possédant une voix, une faculté d'être entendu par le groupe, et ainsi de participer aux prises de décision. Selon Honneth, il s'agit d'une « faculté de se rapporter positivement à soi-même » qu'il appelle « respect de soi ». Enfin, selon lui, « pour parvenir à établir une relation ininterrompue avec eux-mêmes, les sujets humains n'ont pas seulement besoin de faire l'expérience d'un attachement d'ordre affectif et d'une reconnaissance juridique, ils doivent aussi jouir d'une estime sociale qui leur permet de se rapporter positivement à leurs qualités et à leurs capacités concrètes. » (p. 206) Il s'agit ici d'un processus de valorisation lié à l'identité et à l'investissement affectif du soi

(Lipianski, 2008, p. 36) qui a pour conséquence que l'identité est une source d'estime de soi, le sujet se sentant valorisé par le groupe, il se valorise lui-même. L'estime sociale se rattache aux caractéristiques personnelles de l'individu mais aussi à la capacité que celui-ci a de « concrétiser les valeurs culturellement définies par la collectivité. » (*Ibid.*) Ainsi, les sentiments d'appartenance et de valeur sont tributaires de la reconnaissance, et la privation de celle-ci débouche sur des expériences de mépris ou d'humiliation qui ont des conséquences sur son identité (*Ibid.*). Ainsi, « la possibilité même de la formation de l'identité de la personne est tributaire des relations de reconnaissance dont la constitution est forcément de nature intersubjective. » (Voirol, 2008, p. 20). En effet, pour Ricœur la formation de l'identité est à lier à la reconnaissance ou à l'absence de reconnaissance, ce qui a pour conséquence qu'un défaut de reconnaissance porte atteinte à l'image que se font d'eux-mêmes les membres des groupes lésés, image qu'ils perçoivent comme « dépréciative, méprisante, voire avilissante » (Ricœur, 2004, p. 312).

En outre, au niveau professionnel, la reconnaissance dans le travail amène une valorisation de l'individu, un sentiment de valeur et une augmentation de l'estime de soi. C'est pourquoi la reconnaissance peut être vue comme le noyau central des processus de construction identitaire mais aussi de la santé et du bien-être au travail (Bendassolli, 2012), elle permet en effet au sujet de s'inscrire dans une histoire collective (*Ibid.*). Elle permet à l'individu d'avoir un sentiment de légitimité professionnelle. Ainsi, lorsque Clot évoque la question du statut social des chirurgiens et la logique de la rentabilisation, il affirme que « la technicité visible et la beauté du geste, qui, à la fois s'offre à l'observation directe et suscite la fascination de tout ce qui touche à la vie et à la mort » (Clot, 2010, p. 75) protège ces professionnels, c'est pourquoi « tant qu'ils ne douteront pas eux-mêmes de la qualité de ce qu'ils font, la considération sociale attachée à ce métier permettra d'en défendre efficacement la qualité d'exercice » (*Ibid.*). Finalement, à travers la non-reconnaissance du diplôme, c'est à la capacité à *être* médecin, à agir en tant que tel, et finalement l'identité. En effet, l'identité ne se résume pas uniquement à la façon dont l'individu se définit, se dénomme à un instant donné, elle est le résultat d'un parcours, qui a rendu l'individu capable et compétent pour affirmer ce qu'il affirme, faire ce qu'il fait mais aussi le faire évoluer, le critiquer, le questionner.

3.4.2. Etre reconnu...ou méprisé : absence de reconnaissance et lutte pour la reconnaissance

Honneth (2013) a proposé de distinguer trois types de non-reconnaissance. Notre travail s'articulera plus spécifiquement sur deux types de non-reconnaissance :

- la non reconnaissance juridique, qui est une forme de mépris qui se manifeste dans la privation de droits ou l'exclusion sociale. Pour Honneth, non seulement elle constitue une « la limitation brutale de l'autonomie personnelle » (2013, p.208), mais engendre chez le sujet le sentiment de « ne pas avoir le statut d'un partenaire d'interaction à part entière, doté des mêmes droits moraux que ses semblables » (*Ibid.*),
- la non-reconnaissance sociale « qui consiste à juger négativement la valeur sociale de certains individus ou de certains groupes » (*Ibid.*) qui est un « regard de dénigrement porté sur des modes de vie individuels et collectifs » (*Ibid.*). Selon Honneth, « si la hiérarchie sociale est ainsi faite qu'elle juge inférieurs tel ou tel mode de vie, telle ou telle conviction, alors elle interdit aux individus concernés d'attribuer à leurs capacités personnelles une quelconque valeur sociale. » (*Ibid.*). Il nous semble que ce type de non-reconnaissance renvoie dans le cadre culturel à des comportements de discrimination.

Selon l'auteur, ces formes de mépris peuvent porter atteinte au rapport à soi de ces individus, et éventuellement une « perte du respect de soi comme membre d'une communauté d'égaux en droits, et à la perte de l'estime de soi comme sujets contribuant par leurs pratiques à la vie commune » (Voirol, 2008, p. 20). A travers ces privations de la reconnaissance, le sujet se voit refuser des conditions positives à la formation de son identité. Ainsi, pour Honneth (2013), la reconnaissance occupe une place centrale dans la constitution de l'être humain, ce qui a pour conséquence que lorsque celle-ci lui est refusée, c'est-à-dire lorsqu'il fait l'expérience du mépris, un individu peut développer des émotions négatives telles que la honte ou la colère (p. 231).

Une réaction possible face à cette privation est la lutte pour la reconnaissance. Elle prend ses origines dans la lutte des minorités en vue d'être reconnues, elle est liée aux mouvements de luttes initiés par des groupes culturels minoritaires et a été popularisée par le multiculturalisme (Honneth, 2013, p. 310). Ces luttes avaient pour enjeu la reconnaissance de l'identité de ces minorités au niveau collectif (*Ibid.*). Ainsi, Ricœur (2004, p. 35-36), propose un renversement de la voix active à la voix passive de la

reconnaissance. On passe ainsi de « reconnaître » à « être reconnu, demander à être reconnu », ce qui a pour conséquence une « prédominance progressive de la problématique de la reconnaissance mutuelle » (p. 36). Cette question de la reconnaissance mutuelle l'amène à la question de la reconnaissance-identification, liée à la reconnaissance mutuelle. Pour Chrysochoou (2003, citée par Licata & Heine, 2012, p. 9'), « l'identité constitue le résultat des négociations que l'individu ou le groupe entreprend afin d'être reconnu. C'est là qu'interviennent les autres et plus précisément leurs réactions face aux affirmations identitaires des individus. », on voit bien qu'il s'agit d'un mouvement réciproque où l'individu formule des affirmations identitaires que le groupe acceptera ou non. Que le groupe accepte ou refuse cette affirmation identitaire, l'individu reçoit une réponse, et un refus peut l'amener à de nouvelles explorations identitaires ; par contre, l'absence de réponse de la part du groupe à ces tentatives d'affirmation identitaire témoigne d'une attitude de déni et donc de refus de reconnaissance, qui peut s'avérer problématique (Chrysochoou, 2003, citée par Licata & Heine, 2012, p. 98). Par conséquent, « notre identité se forme non seulement par la reconnaissance sociale mais peut être encore plus par son contraire, c'est-à-dire lorsqu'on n'est pas reconnu ou qu'on est mal reconnu par les autres » (Marková, 2007). C'est à ce moment là qu'apparaît la lutte pour la reconnaissance, afin de combattre le sentiment que le sujet peut avoir d'être « opprimé, maltraité, emprisonné dans une humanité réduite » (Taylor, 1995, cité par Marková, 2007, p. 272). Ainsi, nous voyons ici que la reconnaissance et l'absence de reconnaissance sont un enjeu majeur pour l'identité et pour l'identité au travail en particulier.

3.4.3. Se reconnaître dans ce que l'on fait

Enfin, en plus du fait d'être reconnu, de ne pas être reconnu et de lutter pour se voir reconnu, il nous semble essentiel d'évoquer une autre dimension du concept de reconnaissance qui est le fait de se reconnaître soi-même. En effet, selon Ritz, Honneth et Renault entendent l'identité dans le sens de rapport à soi, « la reconnaissance par autrui, mais aussi se reconnaître soi-même est essentielle pour se construire une identité positive ou un rapport à soi positif » (2012, p. 55). Ce statut particulier de la reconnaissance a été théorisé par Clot (2008) à travers le fait de se reconnaître dans son travail. Selon Bendassoli (2012, p. 38) Clot se base sur le concept de genre professionnel pour penser la

reconnaissance non plus au niveau interpersonnel³³ mais au niveau transpersonnel du genre et du sur-destinataire, où le sujet se reconnaît dans ce qu'il fait du point de vue du genre professionnel et est donc assuré de la qualité de son travail indépendamment de l'évaluation des supérieurs. Dans cette perspective, selon Bendassoli (2012, p 42), l'absence de reconnaissance se manifeste lorsque le genre ne remplit plus son rôle de médiateur et n'est plus capable de fixer les critères de qualité du travail. Dans cette perspective, la reconnaissance dépend de la réflexion du sujet sur ce qu'il fait en référence aux critères du genre professionnel, c'est ainsi le collectif, en tant qu'il est situé à l'intérieur de l'individu, et pas seulement externe, qui joue le rôle d'un interlocuteur interne sur lequel appuyer cette réflexion (Bendassoli, 2012, p. 42). Selon Clot en effet, « même la performance réalisée peut perdre de son attrait si on ne s'y reconnaît pas. La visée du travail exigé devient psychologiquement étrangère à l'activité des sujets, dont l'objet est ailleurs. » (Clot, 2008, p. 112). Pour lui, le socle de la reconnaissance se situe dans la « possibilité de se retrouver dans ce qu'on fait [...] à la vérification répétée à plusieurs voix qu'on peut se reconnaître dans quelque chose qui transcende les circonstances intersubjectives et en quoi on peut laisser son empreinte » (Clot, 2010, p. 176). Lorsque se reconnaître dans quelque chose, à travers le genre et le collectif, n'est plus possible, le sujet va chercher une « compensation factice » au niveau interpersonnel ; par conséquent pour la clinique de l'activité, la reconnaissance signifie se reconnaître dans quelque chose en dehors de soi et de l'autre (Bendassoli, 2012, p. 43). Il nous semble ainsi que le fait de se reconnaître dans son travail, dans son activité - mais aussi de manière générale dans ce que l'on fait – est essentiel pour la construction et l'évolution de l'identité professionnelle dans la mesure où d'une part nous avons montré que la reconnaissance est indispensable à la formation de l'identité et d'autre part parce que dans une approche dialogique la reconnaissance renvoie au genre professionnel. Cela nous amène à conclure que le fait de reconnaître est nécessaire à la construction de l'identité dialogique dans la mesure où cela permet au sujet d'entrer dans un dialogue interne avec le collectif et le genre professionnel. Nous pouvons penser que cette reconnaissance de l'individu dans son travail est l'un des éléments qui permet au style de se développer et de modifier le genre, lui assurer sa plasticité.

³³ Clot distingue quatre niveaux de rapports au travail, le niveau personnel qui concerne le sujet lui-même, le niveau interpersonnel qui concerne les rapports de travail, le niveau transpersonnel qui concerne le genre et le surdestinataire et le niveau impersonnel qui relève de la tâche.

3.4.4. Du refus de reconnaissance à la souffrance identitaire

Dans la mesure où nous avons évoqué le fait qu'un refus de reconnaissance a des conséquences sur l'identité pouvant amener à des luttes, nous allons maintenant explorer la question des menaces identitaires. Selon Malewska-Peyre (1990), l'image de soi peut être influencée par les jugements des autres si le comportement de l'individu ne correspond pas aux attentes des autres ou si une représentation négative stéréotypée est attribuée aux groupes d'appartenance de l'individu. Ces attentes négatives s'adressent à toutes les caractéristiques, capacités et possibilités de l'individu, et peuvent concerner ses croyances religieuses, politiques et philosophiques intériorisées et pouvant amener de l'angoisse et une anticipation de l'échec (Malewska-Peyre, 1990, p. 114-115), ce qui renvoie à la non-reconnaissance sociale telle que l'a décrite Honneth. Dejours (1998) a travaillé sur les liens entre reconnaissance et souffrance au travail. Pour lui, en effet, « La reconnaissance n'est pas une revendication marginale de ceux qui travaillent. Bien au contraire, elle apparaît comme décisive dans la dynamique de la mobilisation subjective de l'intelligence et de la personnalité dans le travail » (p. 36) dans la mesure où le sujet peut rapatrier cette reconnaissance du travail dans le registre de la construction de soi, permettant alors au travail de s'inscrire dans la dynamique de l'accomplissement de soi (p. 37). Cette place de la reconnaissance dans la construction de l'identité est essentielle, nous l'avons déjà évoqué, « l'identité constitue l'armature de la santé mentale : pas de crise psychopathologie qui ne soit centrée par une crise d'identité » (*Ibid.*). Ainsi, une crise de l'identité liée à un refus de reconnaissance pourra être source de souffrance pour le sujet. Pour Dejours en effet, « faute des bénéfices de la reconnaissance de son travail et de pouvoir accéder aussi au sens de son rapport vécu au travail, le sujet est renvoyé à sa souffrance et à elle seule [...] capable de déstabiliser l'identité et la personnalité et de conduire à des maladies mentales. » (*Ibid.*) Face à cette souffrance, le sujet va mettre en place des stratégies défensives qui sont nécessaires pour protéger la santé mentale de l'individu mais peuvent aussi « fonctionner comme un piège qui désensibilise contre ce qui fait souffrir. » (Dejours, 1998, p. 40). Ces stratégies peuvent parfois rendre tolérable la souffrance éthique, en plus de la souffrance psychique, c'est-à-dire « la souffrance qui résulte non pas d'un mal subi par le sujet mais celle qu'il peut éprouver de commettre, du fait de son travail, des actes qu'il reproche moralement. » (*Ibid.*) Il en vient ainsi à se protéger lorsqu'il ne se reconnaît plus dans son travail, et se défend en anesthésiant sa pensée (Clot, 2010, p. 155).

Toutefois, selon Lhuilier (2008, p. 220), « l'expérience de dépossession d'une inscription sociale peut être réparée dans le cadre familial ou dans celui d'autres groupes », à travers le partage et l'échange qui « font exister parce qu'ils offrent une place » et permettent d'exister pour soi et les autres dans le champ du désir. Selon Lhuilier, « la réappropriation de soi passe par une réinvention du travail » (*Ibid.*) en sortant de l'isolement pour recréer un espace social où trouver sa place et ainsi s'inscrire dans l'échange. (*Ibid.*) Il est ainsi possible pour le sujet de retrouver une reconnaissance dans d'autres cadres que celui du travail et pour pouvoir ainsi s'inscrire à nouveau dans le travail, cela renvoie au modèle du retrait de Sainsaulieu (1988) mais Lhuilier (2008) propose une issue conférant à l'individu une marge de manœuvre supplémentaire qui lui permettrait de réinvestir son travail plutôt que de s'en retirer totalement.

3.4.5. Reconnaissance au travail : la reconnaissance et la rétribution

La reconnaissance au travail amène pour le sujet une rétribution symbolique « qui peut s'inscrire au registre de l'accomplissement de soi, dans le champ social. » (Dejours, 1998, p. 121), c'est à dire qu'elle n'est pas limitée aux échanges économiques mais fait intervenir dans les relations avec les autres la générosité, le désintéressement et le don de soi (Bendassoli, 2012, p. 40). Dans le cadre de l'organisation de travail, la reconnaissance doit être intégrée aux pratiques de gestion et à la culture de l'organisation à travers la reconnaissance de la personne comme être singulier, des résultats qui amène la question de la rétribution financière, la reconnaissance de l'effort qui est indépendante de la rétribution financière et enfin la reconnaissance des compétences. (*Ibid.*) Selon Bendassoli, la reconnaissance dépend pour Dejours (Dejours, 2009, cité par Bendassoli, 2012) des jugements qui portent sur ce qui a été fait et pas sur la personne mais la reconnaissance de la qualité du travail peut s'inscrire au niveau de la personnalité en tant que gain identitaire. Cela amène une conceptualisation importante pour Bendassoli (2012) : la relation entre travail et identité est médiée par l'autre dans le jugement de la reconnaissance. Après avoir confronté les approches de Clot et Dejours, Bendassoli conclut que le point commun entre ces différentes approches est la question de l'intersubjectivité et l'interdépendance entre l'identité et la différence c'est-à-dire entre soi-même et l'altérité est réactualisée dans la dynamique de la reconnaissance. Ainsi, nous voyons donc que le sujet bénéficie dans le travail de plusieurs formes de rétribution symbolique et que celles-ci peuvent faire défaut, mettant en jeu son identité.

3.4.6. La reconnaissance comme relation dialogique

Nous avons vu à travers les travaux d'Honneth (2004a, 2004b, 2008, 2013) que le concept reconnaissance est impliqué dans plusieurs formes de liens sociaux, de plus, il intervient au niveau interpersonnel mais aussi transpersonnel tout en ayant une influence personnelle pour le sujet comme nous l'avons montré à travers les travaux de Clot. En outre, nous avons pu montrer que le couple reconnaissance/non reconnaissance intervient sur l'identité et sa construction de différentes manières et notamment que le déni de reconnaissance peut causer une souffrance identitaire puisqu'il constitue une entrave à l'affirmation de l'identité du sujet. L'ensemble des approches que nous avons présentées traitent de la reconnaissance comme d'une relation dialogique où le sujet est impliqué dans une relation *Ego-Alter* dont les deux acteurs détiennent chacun des clés de l'échange dialogique. Nous avons vu avec le travail de Chrysochoou (2003, citée par Licata & Heine, 2012) que l'individu négocie son identité dans la relation à l'autre qui lui confère ou non une reconnaissance et peut éventuellement l'amener à reconfigurer son identité. Bien que nous ayons abordé des approches liées à la menace identitaire, il nous semble que le concept de reconnaissance permet une théorisation plus vaste. A travers ses différentes modalités, mais aussi à travers le fait de se reconnaître ou non dans une identité, ou plutôt dans un positionnement de soi, il offre la possibilité d'une interrogation sur les échanges dialogiques qu'il implique. Il permet ainsi de réfléchir à la manière dont l'individu renégocie la reconnaissance dans ces échanges au sein d'une relation dialogique. Nous avons abordé cette question dans le domaine du travail mais il nous semble également applicable à la question de la culture et des aspects culturels de l'identité. En effet, la reconnaissance est impliquée également en ce qui concerne l'appartenance culturelle du sujet, ce que nous montrerons dans le chapitre suivant à propos des menaces identitaires mais aussi à propos de la reconnaissance forcée d'un aspect de l'identité. Dans le cadre de notre problématique, mais aussi de toute recherche en psychologie portant sur l'identité, la question de la culture – qu'elle soit abordée sous l'angle des migrations, des contacts de cultures ou de la place de la culture dans la formation de l'identité – occupe une place centrale et c'est pourquoi nous avons choisi de lui consacrer un chapitre complet.

Chapitre 4 : L'identité dans un contexte migratoire

Dans ce chapitre, nous traiterons des différents modèles visant à théoriser les transformations que subissent les processus identitaires des individus en situation de contact culturel. Nous nous appuyerons sur un ensemble de perspectives issues de la psychologie interculturelle afin de construire notre modèle théorique mettant en lien le parcours migratoire des sujets avec leurs processus identitaires dans une approche prenant en compte la dialogicité. Nous avons vu dans le premier chapitre de notre développement théorique que l'interculturalité est donc un terme générique qui regroupe selon Denoux, un ensemble de concepts rendant compte de l'interculturalité se produisant et produite et dont les stratégies identitaires, (Carmel Camilleri et al., 1990) mais aussi les réactions psychologiques transitoires (Teyssier & Denoux, 2013) et l'identité interculturelle (Denoux, 1995) que nous allons aborder dans ce chapitre en vue d'aboutir à une théorie de l'identité dialogique prenant en compte les spécificités des processus à l'œuvre dans les situations interculturelles.

4.1. Facteurs déclencheurs de la migration et profils migratoires

Il nous semble pertinent de commencer ce développement en nous intéressant aux dynamiques et aux projets migratoires ainsi qu'à leurs conséquences pour les processus identitaires. Entreprendre une démarche migratoire suppose en effet de formuler un projet ou, au moins, prend ses racines dans un événement ou une série d'événements, de facteurs ayant déclenché cette démarche, qu'il s'agisse de facteurs d'attraction ou de répulsion. Parmi les sociologues ayant conduit des recherches sur les migrations, nous retenons particulièrement les travaux de Richmond (1988, 1993) qui a tenté d'établir différents profils migratoires en fonction de variables contextuelles liées au pays d'origine ainsi qu'au pays d'accueil des sujets afin de montrer qu'un nombre important de variables entre en jeu dans la trajectoire migratoire des groupes sociaux et des individus. Le travail de Richmond sur les réfugiés s'est appuyé sur une remise en question de l'approche classique consistant à distinguer migration volontaire et migration forcée. Selon lui, en effet, cette distinction tant à signifier que le comportement humain peut être entièrement volontaire, rationnel et dénué d'influence extérieure et occulte l'influence du

contexte social et relationnel sur la prise de décision. Selon Richmond (1988) en effet, la distribution des rapports de pouvoir et des ressources économiques occupe toujours une place centrale dans la prise de décision. C'est pour cette raison qu'il propose de qualifier les décisions relatives à la migration de *proactives* ou *réactives* en fonction du degré d'autonomie des individus impliqués dans la prise de décision. Richmond inclut dans les modèles existants la motivation et l'importance du sentiment de sécurité ontologique pour le développement de l'identité. Ainsi, selon lui, il existe un continuum entre le comportement de choix rationnel des migrants proactifs qui cherchent à maximiser les avantages nets (en termes de sécurité, d'estime de soi, de buts à atteindre, de rétribution symbolique et matérielle, de conception de soi et de compréhension intersubjective) et les comportements migratoires réactifs de ceux dont le degré de liberté est considérablement atteint. Plus que cette distinction entre différents profils migratoires, ce qui nous paraît pertinent en termes d'apport pour la présente recherche, ce sont les différents facteurs identifiés par Richmond dans la mesure où ceux-ci sont à même d'apporter un éclairage supplémentaire sur le lien existant entre le contexte dans lequel les sujets ont envisagé leur départ et les processus psychiques — et notamment les processus identitaires — à l'œuvre au cours de leur trajectoire.

À ce propos, une étude récente concernant les facteurs influençant la migration des cadres marocains et congolais (Mokoukolo, Fouquereau, Pasquier, & Dumond, 2012) apporte un ensemble de pistes de réflexion intéressantes concernant la formulation des projets migratoires de professionnels hautement qualifiés. Le parcours des sujets de cette étude est qualifié à plusieurs reprises de mobilité internationale professionnelle. D'après les résultats qu'ils ont obtenus à travers l'utilisation d'un ensemble d'échelles, il n'existe pas de corrélation chez leurs sujets entre la mobilité et la satisfaction par rapport à la carrière. En revanche, ils ont montré une corrélation entre la mobilité et l'attente d'une satisfaction supplémentaire liée à une carrière internationale, à l'inverse ils ont montré une corrélation négative entre la mobilité et la croyance d'une satisfaction supplémentaire apportée par une carrière nationale. C'est-à-dire que les participants à l'étude croient qu'une carrière internationale leur apporterait plus de satisfaction qu'une carrière dans leur pays d'origine. Enfin, ils n'ont pas montré de lien entre la mobilité et la satisfaction par rapport à la vie, mais ils ont montré l'existence d'un lien positif entre la mobilité et l'envie de changement. Ainsi, selon eux, les sujets ayant pris la décision d'entreprendre une mobilité ne l'ont pas fait à cause de la situation dans leur pays

d'origine, mais plutôt du fait d'une recherche de changement et en lien avec la croyance selon laquelle une carrière internationale leur apporterait plus de satisfaction. Ainsi, leur désir de mobilité était lié selon les auteurs, non pas à leurs conditions de travail, mais à leurs attentes quant à leur carrière. Ces auteurs concluent sur le fait que les études sur les mobilités internationales pourraient tirer bénéfice de réflexions visant à les envisager comme étant liées au processus d'acculturation qui résulte de la mondialisation. Pour eux, la mobilité internationale professionnelle est devenue une caractéristique essentielle de l'économie contemporaine. Nous verrons que Teyssier et Denoux (2013) proposent une réflexion similaire quant au lien entre mondialisation et acculturation. Il semblerait ainsi que le contexte actuel de mondialisation fasse émerger des formes spécifiques de migration.

Cette étude nous amène un ensemble de pistes de réflexion concernant le projet migratoire des sujets. Toutefois, notre objet de recherche étant axé sur l'identité et les processus liés à l'identité, il nous faut faire appel à d'autres travaux visant à comprendre les processus identitaires intervenant chez professionnels une fois qu'ils ont mené à bien ce projet et quelles sont les négociations impliquées du point de vue de l'identité par la situation à laquelle ils sont confrontés dans le pays d'accueil. Il nous semble toutefois que la question du projet migratoire a sa place dans notre recherche dans la mesure où elle nous renseigne sur les attentes identitaires du sujet, sur la façon dont il imagine les différentes positions de lui-même qu'il pourrait adopter dans le cadre d'une migration.

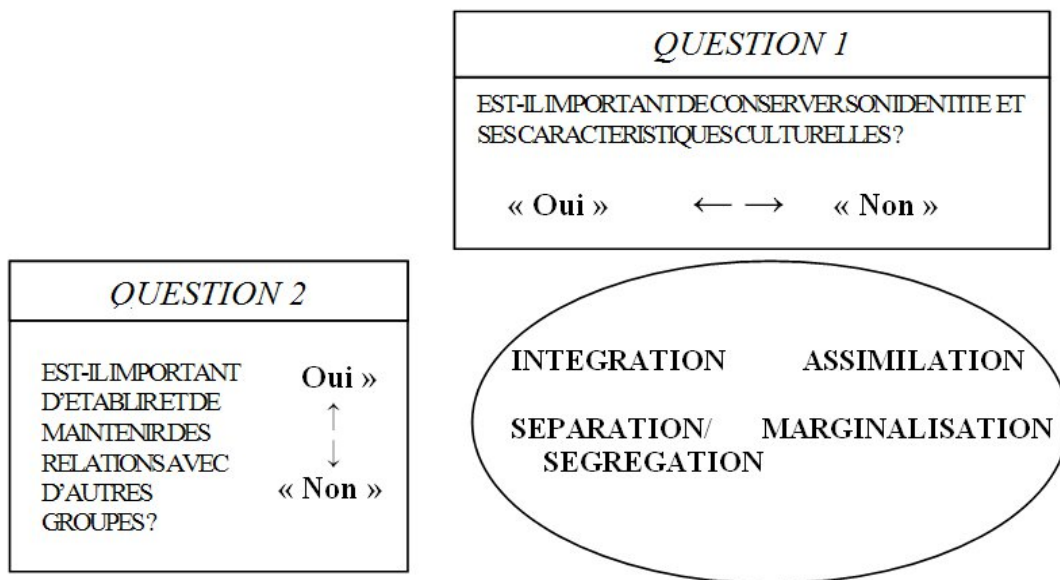
4.2. Stratégies d'acculturation et stratégies identitaires

Nous allons dans un premier temps aborder deux modèles classiques que sont le modèle des stratégies d'acculturation et le modèle des stratégies identitaires, puis nous présenterons un ensemble de critiques et d'actualisations de ces modèles. Ces deux modèles nous apportent en effet un ensemble d'éléments de compréhension liés aux processus identitaires intervenant lorsqu'un sujet se trouve confronté à la différence culturelle. Ils comportent néanmoins des lacunes du point de vue de l'identité si l'on se réfère à ce que nous avons présenté dans le premier chapitre de cette partie. Nous proposerons ainsi une réflexion à partir de plusieurs approches afin de voir comment conserver certains aspects de ces modèles, mais aussi afin de justifier les raisons pour lesquelles nous avons choisi de ne pas travailler avec certains autres modèles.

4.2.1. Les stratégies d'acculturation

Lorsque l'on souhaite étudier les modifications identitaires des individus en situation de contact culturel, l'un des premiers modèles auxquels il est fait référence est celui de Berry (2000). Ce modèle vise à expliciter les stratégies d'acculturation mises en place par les membres du groupe non dominant face à ceux du groupe dominant, toutefois ce modèle suppose que le groupe non dominant ait le choix quant à la stratégie à adopter, ce qui n'est pas toujours le cas. Il propose quatre types de stratégies différents répartis selon les deux axes que sont l'importance accordée aux relations avec d'autres groupes et l'importance accordée à la conservation de son identité et de ses caractéristiques culturelles, comme le montre la figure 5. Il propose une théorisation du point de vue du sujet migrant seulement.

Figure 5 — Quatre stratégies d'acculturation en rapport avec deux problématiques interculturelles (Berry, 2000, p. 83)



L'assimilation consiste pour les individus appartenant au groupe non dominant à adopter les caractéristiques culturelles du groupe dominant afin d'entretenir de bonnes relations avec celui-ci, ce qui suppose d'abandonner ses propres caractéristiques culturelles. Les stratégies de type séparation ou ségrégation sont à l'opposé de l'assimilation dans la mesure où elles consistent pour l'individu à conserver ses caractéristiques culturelles et à ne pas adopter celles du groupe dominant. L'intégration consiste à réaliser une combinaison de différents traits culturels afin de conserver son identité tout en s'assurant de bonnes relations avec le groupe dominant, et enfin, la

marginalisation consiste à ne se situer dans aucune de ces trois possibilités et à se sentir rejeté à la fois par la société d'accueil et par son propre groupe culturel, menant à l'anomie et rendant difficile l'adaptation à la société d'accueil (Bourhis & Bougie, 1998). Ces quatre modèles ne décrivent l'attitude des individus d'un groupe « non dominant » que dans le cas où le choix leur serait entièrement laissé. Cependant, Berry (1999) a montré que la volonté et l'attitude du groupe « dominant » face à l'intégration du groupe « non dominant » influence les modalités d'acculturation de celui-ci. L'attitude de la société d'accueil est donc à prendre en compte dans la description des stratégies d'acculturation des individus. En effet, ces stratégies peuvent s'appliquer à trois niveaux : national, individuel et institutionnel, par le groupe en cours d'acculturation ou par le groupe d'accueil. Cela signifie que les attitudes de la société d'accueil envers ses migrants ont une influence sur leurs stratégies d'acculturation. Toutefois, des facteurs individuels entrent en jeu, tels que l'expérience d'une discrimination, le fait d'avoir une différence physique visible avec les membres de la société d'accueil ou le fait que le contact ne soit pas volontaire. Berry cite également des facteurs socioculturels, tels que la présence d'un nombre important de membres du pays d'origine dans le pays d'accueil ou le fait qu'ils aient tendance à vivre ou non au même endroit.

Ces questions ont fait l'objet d'un travail de théorisation par Bourhis et Bougie (Bourhis & Bougie, 1998) qui les a conduits à formuler leur Modèle d'Acculturation Interactif. Ce modèle cherche à intégrer trois dimensions dans un cadre théorique commun :

- « les stratégies d'acculturation des groupes d'immigrants dans la communauté d'accueil ;
- les stratégies d'acculturation adoptées par la communauté d'accueil envers de groupes spécifiques d'immigrants ;
- les relations interpersonnelles et intergroupes qui sont le produit de combinaisons entre les stratégies d'acculturations des immigrants et celles de la communauté d'accueil. » (Bourhis & Bougie, 1998, p. 84)

Ils s'appuient notamment sur le modèle de Berry pour les stratégies d'acculturation, qu'ils renomment stratégies d'acculturation, tout en ajoutant une nuance à la stratégie de marginalisation et faisant ainsi apparaître une cinquième stratégie qui est celle de l'individualisme. Selon eux, en effet, tous les migrants qui se dissocient à la fois de leur groupe d'origine et de la majorité d'accueil n'adoptent pas une stratégie de

marginalisation. Certains agissent de cette manière du fait d'une préférence pour l'affirmation individuelle, rejetant ainsi les catégorisations groupales. Pour Bourhis et Bougie, dans le cas d'une immigration volontaire, « ce sont souvent les personnes les plus individualistes, tous pays confondus qui décident de se déraciner pour tenter leur chance dans un pays d'accueil. » (1998, p. 83) Ils ont résumé ce modèle dans le tableau suivant qui montre le caractère interactif des stratégies d'acculturation de la société d'accueil et du groupe de migrants, les trois types de relations présentées étant plutôt à envisager comme un continuum allant de consensuel à conflictuel, problématique étant le point médian.

Tableau 2 — conséquences relationnelles potentielles de la combinaison des stratégies d'acculturation des immigrants et de la société d'accueil (Bourhis & Bougie, 1998, p. 88)

COMMUNAUTÉ D'ACCUEIL	COMMUNAUTÉ IMMIGRANTE				
	Intégration	Assimilation	Séparation	Marginalisation	Individualisme
Intégration	Consensuelle	Problématique	Conflictuelle	Problématique	Problématique
Assimilation	Problématique	Consensuelle	Conflictuelle	Problématique	Problématique
Ségrégation	Conflictuelle	Conflictuelle	Conflictuelle	Conflictuelle	Conflictuelle
Exclusion	Conflictuelle	Conflictuelle	Conflictuelle	Conflictuelle	Conflictuelle
Individualisme	Problématique	Problématique	Problématique	Problématique	Consensuelle

Selon ce modèle, il est nécessaire de déterminer les différentes configurations entre les stratégies d'acculturation de la communauté d'accueil et celle du groupe immigrant. Les stratégies d'acculturation de la communauté d'accueil ne sont pas uniformes, elles peuvent varier d'un groupe à l'autre et sont liées aux stéréotypes, mais aussi à l'histoire. Ces auteurs étant canadiens, ils ont réalisé leurs recherches sur les immigrants dans la société canadienne avec les spécificités historiques et sociales liées à ce contexte. Dans le cadre français, nous pensons notamment à la colonisation comme un facteur pouvant influencer les stratégies d'acculturation de la société d'accueil. Ainsi, la position de la France se rapprocherait fortement d'une idéologie assimilationniste (Licata & Heine, 2012). De plus, pour un même groupe, les stratégies d'acculturation de la société d'accueil peuvent évoluer au fil du temps et selon la conjoncture démographique, économique et politique (Bourhis et Bougie, 1998, p.87). L'exemple donné par Bourhis et Bougie est le suivant : la société d'accueil peut avoir une orientation intégrationniste envers un groupe donné et adopter progressivement une orientation ségrégationniste si le

nombre des immigrants de ce groupe augmente ou si ceux-ci « deviennent la cible d'un parti politique raciste qui les désigne comme étant responsables du chômage ou de l'insécurité croissante dans certaines zones urbaines » (*Ibid.*). Toutefois, la communauté d'accueil n'est pas la seule concernée par ces variations. Ainsi, les membres d'un même groupe d'origine pourront adopter différentes configurations d'acculturation en fonction « de leur origine culturelle et socio-économique, de leur vitalité ethnolinguistique, de la reconnaissance de leur formation professionnelle au pays d'origine et des orientations de la communauté d'accueil à leur égard. » (*Ibid.*) Ce modèle nous semble apporter un élément extrêmement pertinent dans la compréhension des processus liés à l'acculturation chez des individus migrants, il montre en effet l'importance des relations dans lesquelles les sujets sont impliqués. Ce qui nous semble crucial du point de vue de la dialogicité. L'accent est mis sur le produit et la relation entre chacun des acteurs et ouvre une possibilité de réflexion concernant les ajustements et les négociations que chacun doit entreprendre ainsi que les conflits pouvant survenir. Il nous semble que cette relation constitue un enjeu crucial dans la compréhension des processus identitaires des sujets confrontés à la différence culturelle.

4.2.2. Les Stratégies identitaires

Les théories des stratégies identitaires ont été développées pour expliquer notamment de quelle manière des individus confrontés à une situation de contact ou de changement culturel modifient leur identité. Taboada-Leonetti (1990, p. 49) définit les stratégies identitaires comme « le résultat de l'élaboration individuelle et collective des acteurs et expriment, dans leur mouvance, les ajustements opérés, au jour le jour, en fonction de la variation des situations et des enjeux qu'elles suscitent, c'est-à-dire des finalités exprimées par les acteurs et les ressources de ceux-ci. » En effet, du fait des changements rapides de références, de situations, les immigrants sont confrontés dans le pays d'accueil à « des regards qui leur assignent des identités nouvelles, le plus souvent dévalorisantes » (Taboada-Leonetti, 1990, p. 50). Taboada-Leonetti donne l'exemple prototypique d'une femme qui dans son village était sage-femme ou marabout, et donc occupait une place importante et valorisée dans son pays d'origine, et qui se retrouve femme de ménage analphabète à son arrivée en France. Celle-ci se retrouve « dépossédée par l'institution médicale et légale et par la société française dans son ensemble de la reconnaissance de son savoir, de sa fonction sociale et des rapports qui définissaient sa place, elle est privée d'une part de son identité même, qu'elle est conduite à

réaménager ». (*Ibid.*) Cet exemple permet de faire un parallèle avec notre problématique dans la mesure où il montre qu'un sujet ayant une fonction définie, reconnue par la société d'origine — et en l'occurrence, dans notre cas, sanctionnée par un diplôme — se retrouve dans une situation de dépossession, de non-reconnaissance de son identité l'amenant à transformer son identité. La migration peut ne pas s'accompagner d'une dévalorisation, mais des remodelages de l'identité, « souvent douloureux » (Taboada-Leonetti, 1990, p. 51) seront toutefois nécessaires du fait de « la confrontation entre les projets de migration — ou de retour — et les possibilités réelles, entre l'identité mythique et les rapports objectifs des exilés avec le pays de départ et le pays d'immigration » (*Ibid.*).

Pour Kastersztein (1990, p. 31), ces stratégies, sont des actions coordonnées mises en œuvre afin d'atteindre un but, une finalité et supposent de la part des acteurs la mise en œuvre d'un ensemble de « tactiques », c'est-à-dire des « comportements individuels ou collectifs, conscients ou inconscients, adaptés ou inadaptés » (Kastersztein, 1990, p. 31), mis en œuvre pour « tenter de faire accepter, reconnaître, valoriser puis imposer une structure » (*Ibid.*), ce qui nécessite une adaptation constante de la part de ces acteurs. Ceux-ci vont « réagir en fonction de la représentation qu'ils se font de ce qui est mis en cause dans la situation, des enjeux et finalités perçus, mais également en fonction de l'état du système dans lequel ils sont impliqués et qui fait peser sur eux une pression constante à agir dans tel ou tel sens », les individus anticipant toujours les effets de leur action et adoptant toujours des réponses finalisées. (*Ibid.*) Cependant, les représentations sont parfois divergentes avec celles des acteurs de l'autre groupe, comme nous l'avons vu avec le modèle de Bourhis et Bougie (1998), ce qui amène parfois des incompréhensions, des problèmes d'ajustement. De plus, les situations elles-mêmes peuvent réajuster ces représentations. Ainsi, il se peut que la réponse obtenue ne soit pas celle qui était escomptée. Toutefois, la finalité de la mise en place d'une stratégie identitaire est toujours « l'existence même de l'acteur, la reconnaissance aux yeux des autres et aux siens d'une place qui lui soit propre et comme le dit Maslow (1984) : la réalisation. » (Taboada-Leonetti, 1990, p. 51). De plus, ces stratégies ne découlent pas nécessairement d'un processus conscient et volontaire et le sujet peut tout à fait adopter une réponse purement réactionnelle face à une situation où les affects sont sollicités, et mobiliser un aspect de soi qui n'est pas le plus adapté d'un point de vue rationnel ; il peut arriver également qu'une « sorte de rigidification de la structure identitaire » (Taboada-Leonetti, 1990, p.

54) empêche la modification de l'identité « face à des situations différentes exigeant d'autres définitions de soi. » (*Ibid.*) En d'autres termes, il se peut que face à un conflit mobilisant certains affects, le sujet soit dans l'incapacité de fournir une réponse adaptée. Celui-ci pourra alors mettre en place une réponse inadaptée ou sortir de ce conflit en ayant recours à des mécanismes de défense.

Une autre approche des modifications des processus identitaires intervenant chez un individu dans un contexte de contacts culturels est celle proposée par Carmel Camilleri (1990). Elle se base sur une conception dynamique de l'identité, dont la fonction et le but sont le maintien du sentiment de cohérence de l'individu au cours du temps et malgré les changements auxquels il peut être confronté. Elle est également basée sur l'opposition entre identité de fait et identité de valeur, c'est-à-dire entre une identité constatée et une identité idéale à laquelle le sujet aspire ; ainsi que sur la notion d'identité prescrite étroitement liée à la notion d'identité sociale. Il résulte de cette compréhension de l'identité que les individus confrontés à une situation de contact culturel représentant une menace potentielle à leur identité, c'est-à-dire une atteinte à sa cohérence, mettent en place différents types de stratégies identitaires. Camilleri distingue deux types d'atteintes possibles à l'identité des sujets : les « atteintes à l'autoattribution de la valeur » (Camilleri, 1990, p. 88), qui menacent l'estime de soi des sujets et les « atteintes à l'unité de sens » (Camilleri, 1990, p. 92) qui mettent en péril le sentiment de cohérence des individus en les confrontant à des termes contradictoires.

Concernant les atteintes à l'unité de sens, Camilleri décrit trois catégories principales de stratégies : celles visant à éviter le conflit d'identité par la « cohérence simple », celles ayant recours à la « cohérence complexe » et enfin les stratégies de « modération des conflits de codes » (Camilleri, 1990, pp. 95-107). À chacune de ces catégories correspondent plusieurs sous catégories. Il est intéressant de remarquer à ce sujet que certaines de ces catégories se rapprochent de celles introduites par Berry tout en cherchant à les complexifier afin de rendre compte plus finement de toutes les stratégies de gestion pouvant apparaître chez les individus. Ainsi, le maintien de la cohérence simple correspond à deux extrêmes, d'un côté les individus auront tendance à privilégier une « préoccupation ontologique », et donc à conserver et à survaloriser les traits de leur culture d'origine – cela peut être rapproché de la ségrégation de Berry — ; alors que de l'autre côté, les individus auront tendance à privilégier une « préoccupation pragmatique », en visant une intégration maximale des traits culturels de la culture

d'accueil (ou dominante) – ce qui correspond à l'assimilation selon Berry. Ces deux types de stratégies ont pour but l'élimination de la contradiction par le rejet de l'un de ses termes, quel qu'il soit (Camilleri, 1990, p. 97). C'est pourquoi Camilleri les oppose aux stratégies ayant recours à une cohérence complexe, permettant d'articuler la préoccupation ontologique et la préoccupation pragmatique des individus. Ces stratégies, elles-mêmes divisées en plusieurs catégories et sous-catégories, se répartissent selon deux tendances : certaines visent à lier les différents traits et aspects culturels entre eux indifféremment à la logique rationnelle alors que les autres s'établissent en tentant de maintenir une logique rationnelle (Camilleri, 1990, pp. 101-102). Ce type de stratégies se rapproche de l'intégration du modèle de Berry, en effet, dans ce type de stratégies, les sujets cherchent à faire cohabiter les codes et les valeurs des deux groupes, selon différentes modalités afin d'assurer de bonnes relations avec les autres groupes tout en conservant son identité et ses caractéristiques culturelles. Enfin, Camilleri propose un troisième type de stratégies qui sont les stratégies de « modération des conflits de codes ».

De plus, dans des situations portant atteinte à la valeur de l'identité, les individus vont avec recours à différents types de stratégies visant à reconstituer leur estime de soi. Ces situations sont asymétriques et fondées sur une évaluation *a priori* des groupes. Selon Camilleri (1990, p. 89), les stratégies identitaires mises en place par les individus reflètent une acceptation plus ou moins importante de cette évaluation et vont de la constitution d'identités négatives (où l'individu intériorise le jugement dépréciatif) à la constitution d'identités polémiques suraffirmées de manière plus ou moins agressive. Certains individus vont, afin de conserver une loyauté à leur origine, mettre en place une identité de principe : ils vont se revendiquer comme appartenant à un groupe donné tout en rejetant ses valeurs traditionnelles. Enfin, certains individus ne perçoivent pas l'aspect stigmatisant de la prescription identitaire, il s'agit selon Camilleri (1990) d'une « déréalisation de la dévalorisation ».

Ainsi, en plus de complexifier le modèle de Berry, Camilleri introduit la notion de contradiction et s'interroge sur la façon dont les sujets vont résoudre cette contradiction et propose plusieurs possibilités. Enfin, la notion de stratégie identitaire peut être complétée pour rendre compte de la notion de prescription identitaire et de l'écart entre ce que le sujet perçoit de lui-même et ce qui lui est renvoyé par le groupe à travers la notion de « stratégie interculturelle de représentation de soi » (Franchi et Androkinof-Sanglade,

2001, p. 63) afin de mettre l'accent sur les processus d'interculturalisation à l'œuvre dans la construction identitaire.

4.2.3. Complémentarité des approches

Ces deux approches ont fait l'objet d'un certain nombre de critiques, d'après Ogay et Dasen (2010, cités par Licata & Heine, 2012, p. 252) il est notamment reproché à l'approche de Camilleri de rester quelque peu « culturaliste » dans la mesure où sa théorie des stratégies identitaires s'appuie sur « une vision dichotomique des différences entre modernité et traditionalisme. » ; le conflit de valeurs entre les cultures peut, s'il est poussé à l'extrême, amener à « accepter le concept d'incompatibilité entre cultures ». De plus, ce modèle semble difficilement généralisable dans la mesure où « les exemples qui illustrent la théorie des stratégies identitaires sont visiblement rattachés à des conflits culturels assez spécifiques » (Licata & Heine, 2012, p. 253). En effet, la typologie des stratégies identitaires de Camilleri « a été théorisée et élaborée essentiellement en France, et uniquement avec une population maghrébine, c'est-à-dire dans un contexte sociopolitique de type assimilationniste et auprès d'une population ayant une relation historique et culturelle particulière avec la société d'accueil » (Amin, 2013, p. 110), à l'inverse du modèle des stratégies d'acculturation qui a été testé dans plusieurs pays. En ce qui concerne Berry, il peut lui être reproché de parler de « choix » à propos des stratégies d'acculturation que les sujets peuvent adopter, « sans prendre en compte le conditionnement social, historique, idéologique et culturel, qui dépasse souvent l'individu, ainsi que les paramètres psychologiques inconscients qui s'imposent à lui » (Amin, 2013, p. 110), toutefois, le Modèle d'Acculturation Interactif (Bourhis & Bougie, 1998) prend en compte ces aspects. De plus, Amin (2013, pp. 110-111) critique la trop grande simplicité du modèle de Berry qui empêche de prendre en compte toute la complexité de l'être humain et résulte en un cloisonnement des stratégies d'acculturation même si les auteurs ont tenté de prendre en compte la dynamique de ces stratégies dans ce modèle. En effet, un individu peut « osciller d'une stratégie à l'autre tout au long de sa vie » (Amin, 2013, p. 111), il peut aussi « se situer à un niveau plus ou moins intermédiaire entre elles en fonction de ses interactions avec le contexte dans lequel il se retrouve » (*Ibid.*) A l'inverse, il a été reproché à la typologie de Camilleri d'être difficile à opérationnaliser dans de recherches empiriques (Licata & Heine, 2012, p. 253). Pour Amin (2013), il s'agit plutôt d'un atout de la théorie de Camilleri puisqu'elle rend compte de la flexibilité et de la variabilité inhérentes aux stratégies identitaires. Ainsi, au-delà des

critiques formulées à l'encontre de ces deux théories, Amin (2013) propose une réflexion visant à mettre en évidence la complémentarité de ces deux approches nécessaire à la compréhension des conduites en situations interculturelles. Il propose de garder le caractère interactif des stratégies d'acculturation développé avec le Modèle d'Acculturation Interactif et montre que les deux approches rendent compte des aspects multidimensionnels de ces stratégies, celle de Berry croise les deux dimensions suivantes : « la volonté d'avoir des contacts et des participations avec la société d'accueil et d'adopter ses valeurs, et la volonté de maintenir sa culture d'origine. » (Berry, 1989, 2000, cité par Amin, 2013, p. 111) Amin (2013) propose de faire le lien entre ces deux dimensions et le modèle des stratégies identitaires, ainsi, la première dimension correspondrait au pôle pragmatique de l'identité (fonction adaptative) et la deuxième renvoie au pôle ontologique (fonction intégratrice). Il articule les deux modèles en faisant correspondre les attitudes décrites par Berry et qui « renvoient aux préférences individuelles et à des positionnements d'« idéal type » dans la société » (Amin, 2013, p.112) aux stratégies identitaires, c'est-à-dire aux comportements, que l'individu met en place dans la réalité afin d'atteindre ces idéaux. Il envisage donc les stratégies identitaires comme des « moyens [...] mis en œuvre en vue de finalités » (*Ibid.*) Par conséquent, « les stratégies identitaires illustrent les processus d'acculturation et permettent de saisir la dynamique de la restructuration identitaire à l'œuvre dans ces processus. » (Camilleri, 1990, cité par Amin, 2013, p. 113) Il cherche à travers l'articulation de ces deux modèles à intégrer les processus psychiques individuels et les influences sociales.

Tableau 3 — Articulation des stratégies d'acculturation et des stratégies identitaires
(Amin, 2013, p. 112)

		Processus d'acculturation : Maintien de la culture d'origine (Est-il important de conserver son identité et ses caractéristiques culturelles ?)	
		Processus identitaires : Valoriser le pôle ontologique de l'identité	
		OUI	NON
Processus d'acculturation : Contact et participation avec l'environnement socioculturel (Est-il important d'établir les relations avec la société d'accueil ?)	OUI	Attitude d'intégration Stratégies identitaires pour rétablir une unité de sens par la cohérence complexe : tenir compte de tous les éléments culturels en opposition. Logique rationnelle : réappropriation, dissociation, articulation organique des contraires, suspension de l'application de la valeur, valorisation de l'esprit aux dépens de la lettre.	Attitudes d'assimilation Stratégies identitaires pour rétablir une unité de sens pour la cohérence simple : résolution de la contradiction par la suppression de l'un de ces deux termes Survvalorisation de la fonction pragmatique : Investissement plus ou moins exclusif dans le système d'accueil, primauté de la volonté d'adaptation (opportuniste complet).
	NON	Attitude de séparation Stratégies identitaires pour rétablir une unité de sens pour la cohérence simple. Survvalorisation de la fonction ontologique : Investissement plus ou moins exclusif dans le système d'origine (communautariste, fondamentaliste, conservateur).	Marginalisation Situation ne permettent pas d'éviter le conflit Perte totale de la cohérence : délinquance, errance, exclusion (violence, agressivité, drogue...) L'agressivité devient un mode de communication.

Le tableau 3 montre l'articulation de la théorie des stratégies identitaires de Camilleri et des stratégies d'acculturation de Berry. Toutefois, il ne prend pas en compte l'attitude individualiste décrite par Bourhis et Bougie et souligne les limites du croisement de ces modèles : la marginalisation n'a pas d'équivalent dans le modèle de Camilleri de même que la stratégie de modération des conflits n'a pas d'équivalent dans la théorie de Berry. De plus, cette articulation des deux modèles ne prend en compte que la dimension de la mise en péril du sens et de la cohérence et ne permet pas d'intégrer la dimension des attaques au sentiment de valeur. L'introduction de la question de la reconnaissance pourrait permettre l'intégration de cette dimension dans ces deux

modèles. En effet, nous allons voir dans la section suivante que le concept de reconnaissance est impliqué à la fois dans la question de la cohérence de l'identité et du sentiment de valeur. De plus, nous avons montré précédemment que ce concept permet d'articuler la dimension individuelle de l'identité et ses dimensions sociales et historiques.

4.3. Menaces identitaires, reconnaissance et stratégies associées

Comme nous l'avons évoqué dans notre chapitre sur la reconnaissance, l'image de soi peut être influencée par les jugements des autres dans le cas où le comportement de l'individu ne correspond pas aux attentes des autres ou si une représentation négative stéréotypée est attribuée aux groupes d'appartenance de l'individu et concerne toutes les caractéristiques, capacités et possibilités de l'individu, et notamment ses croyances religieuses, politiques et philosophiques intériorisées (Malewska-Peyre, 1990, p. 114-115). Les individus peuvent ainsi être confrontés à des messages négatifs engendrés par des stéréotypes racistes et xénophobes. Selon Malewska-Peyre (1990, p. 116), « les immigrés sont souvent assimilés dans la société française aux fauteurs de troubles, chômeurs, délinquants et considérés comme encombrants, désagréables et presque jamais perçus comme citoyens à part entière », c'est-à-dire que ces stéréotypes négatifs entraînent un refus de reconnaître l'individu qui est assimilé à un groupe général auquel sont associées des représentations stéréotypées.

4.3.1. Stratégies mises en place face aux menaces identitaires

Malewska-Peyre a dégagé deux types de stratégies mises en place dans des situations où l'identité est menacée : d'une part des « stratégies intérieures » dont certaines pourraient être appelées « réactions défensives ou mécanismes de défense » et qui sont des mécanismes psychologiques visant à éviter la souffrance et d'autre part des « stratégies dirigées vers l'extérieur qui impliquent le changement de la réalité : sa propre réalité ou la réalité de son groupe d'appartenance » (1990, p. 122). Ces dernières sont souvent beaucoup plus élaborées que les stratégies intérieures, elles peuvent être individuelles ou collectives et dépendent du rapport de l'individu à sa propre différence. En plus de ces deux types de stratégies, Malewska-Peyre (1990, p.122) a identifié un ensemble de stratégies intermédiaires :

- Une stratégie de suppression de l'angoisse, soit consciemment en écartant ou en supprimant l'information ou l'expérience angoissante, soit inconsciemment en refoulant l'objet de l'angoisse
- Une stratégie individuelle d'assimilation aux nationaux, qui vise à ressembler le plus possible autant physiquement que culturellement, on peut parler de conformisme culturel. Cette stratégie consiste en une recherche de similitudes avec les groupes majoritaires sans renoncer à sa propre différence. Elle a pour caractéristiques une insistance sur la communauté de classe d'âge, d'idéologies et de croyances ou encore de statut social pour minimiser les différences problématiques.
- Une stratégie d'intériorisation des stéréotypes racistes : si la pression extérieure est très forte et qu'on n'a pas d'appui sur une minorité résistante, ni une identité suffisamment forte
- Une stratégie de revalorisation de sa singularité au niveau individuel qui témoigne d'une forte préoccupation de sauvegarder les liens avec son pays et sa culture, et de préserver sa nationalité d'origine, au besoin par l'acquisition de la double nationalité.
- Une stratégie de valorisation de l'identité collective pouvant mener à l'engagement dans des mouvements collectifs, des mouvements sociaux. Ceci renvoie à ce que nous avons évoqué à propos des luttes pour la reconnaissance qui sont nées à l'origine de mouvement sociaux visant à faire reconnaître des groupes minoritaires.
- Une réaction d'agressivité à mi-chemin entre une réaction intérieure et extérieure, elle peut être dirigée vers soi à travers des conduites autodestructrices ou envers autrui.

Ces stratégies peuvent avoir un coût non négligeable pour l'individu, ainsi, « le conformisme culturel peut être plus ou moins superficiel, mais il peut aller jusqu'au renoncement à son identité, à son prénom, à son nom, à ses parents, ses amis, ses valeurs, ses croyances » (Malewska-Peyre, 1990, p. 126). De même, « les stratégies d'assimilation mettent en cause les liens avec la communauté d'origine et peuvent provoquer des ruptures familiales. Pour éviter l'angoisse et la culpabilité qui en résultent, l'individu doit procéder à un vrai travail de “déliasion” et construire des rationalisations. » (*Ibid.*) La

revalorisation de la singularité quant à elle, intervient en réaction à la dévalorisation d'un groupe ethnique ou d'une culture, et mène parfois à l'idéalisation de son propre groupe ou à l'adoption d'une attitude critique envers la société occidentale. Elle permet au sujet d'éviter un sentiment de culpabilité ou de trahison et prévient la rupture des liens familiaux. Enfin, elle peut devenir globale et concerner l'ensemble d'une culture dans la mesure où « chaque trait culturel, chaque coutume ou “savoir-faire” peut devenir l'objet de cette valorisation » (p.127).

4.3.2. Statut social et identité

En plus de ces contradictions entre les valeurs culturelles, des contradictions dans le statut de l'individu, c'est-à-dire « les divergences des éléments de la position sociale d'un individu qui provoquent un jugement négatif à cause de leur non-conformité aux attentes sociales et relancent le questionnement sur soi » (Malewska-Peyre, 1990, p. 130) peuvent elles aussi être à l'origine d'une dévalorisation de l'image de soi. Ainsi, « l'individu dont certains éléments du statut sont perçus positivement tandis que les autres le sont négativement aurait des difficultés, d'une part pour définir son appartenance aux groupes sociaux, d'autre part pour donner une image de soi cohérente et valorisante. » (Malewska-Peyre, 1990, p. 131) Ainsi, Malewska-Peyre (1990, p.131) cite Malinowski (1963) qui « constate que plus le statut d'une personne est incohérent, plus il est incertain ; les autres ont tendance à réagir comme si son statut était inférieur à un statut réel ; ceci incite à changer les éléments du statut qui provoquent l'incohérence. » Malewska-Peyre remarque que certains éléments du statut sont durablement liés à la personne et ne peuvent pas être changés, ou difficilement : le sexe, la couleur de peau, certains traits physiques. Par contre, s'il est possible de modifier les éléments « infériorisants », alors l'individu tentera de changer ces éléments. Elle donne un exemple intéressant de ce phénomène qui est celui des Afro-américains exerçant des professions libérales aux Etats-Unis dans les années d'après-guerre :

« Le médecin noir résidant dans un quartier blanc était souvent traité non selon ses compétences professionnelles mais selon son appartenance à la population noire, dont le statut de classe était bas. Il lui était difficile d'avoir une clientèle blanche. Il n'avait pas, bien entendu, la possibilité de changer sa peau mais pouvait prendre la décision d'exercer dans un quartier noir, il pouvait également entreprendre une lutte contre les inégalités dont souffrent

les Noirs dans la société américaine ? La première stratégie est individuelle, la deuxième est collective. » (Malewska-Peyre, 1990, p. 135)

Cet exemple nous semble intéressant dans la mesure où il montre que les enjeux de la reconnaissance sont complexes et nous voyons qu'ici le groupe dominant donne une « priorité » à une facette de l'identité au détriment d'une autre, rendant impossible pour l'individu la possibilité d'affirmer son identité de la manière dont il le souhaite. Cette question de l'incongruité du statut peut aussi s'appliquer dans des cas où un type de reconnaissance est accordé alors qu'un autre est refusé, rendant impossible la pleine affirmation de l'identité de l'individu. Par exemple, cette question de l'incongruité du statut peut se manifester à travers la reconnaissance sociale d'un statut – qui se manifeste par la reconnaissance des capacités, des qualités et compétences – associée en même temps au refus de reconnaissance juridique de ce statut.

4.3.3. Minimisation de la différence culturelle et reconnaissance forcée

À l'inverse de ce refus de reconnaissance, Cohen-Emerique (2011) a mis en évidence deux phénomènes qui peuvent eux aussi être source de déstabilisation, voire de souffrance pour l'individu. Des stéréotypes négatifs, racistes, xénophobes peuvent témoigner d'un ethnocentrisme, qui est « d'abord un processus cognitif, une incapacité à (re)connaître la différence de l'autre qui glisse très vite vers un processus évaluatif introduisant une hiérarchie. [...] aux appréciations erronées s'ajoutent des actions inadéquates qui peuvent produire de la discrimination. » (Cohen-Emerique, 2011, p. 103-105) Il peut se manifester de deux manières, soit à travers la projection de modèles, c'est-à-dire l'utilisation de ses propres cadres de références pour appréhender une situation ou un comportement, soit le transfert de concept qui consiste à utiliser les mêmes mots mais en leur donnant un sens différent, ce qui risque de causer des malentendus et des incompréhensions (Lê Thaành-Kôi, 1980, cité par Cohen-Emerique, 2011, p. 105).

À l'inverse de l'ethnocentrisme se trouve l'exotisme qui consiste à valoriser l'autre et l'ailleurs, mais un autre idéalisé et mythique. Cet exotisme conduit à des phénomènes pouvant être problématiques pour l'individu. Le premier est la minimisation voire la négation des différences. Il s'agit d'une attitude qui peut prendre son origine dans un désir de se rapprocher de l'autre provenant d'une attitude humaniste ou bien, d'une idéologie visant à rejeter le racisme au profit de l'égalitarisme et de l'universalisme, c'est-

à-dire une idée positive de l'altérité mais qui en vient à gommer les différences (Cohen-Emerique, 2011, p. 106-107). Selon Ogay (2000, citée par Cohen-Emerique, p. 107), ces attitudes tendent à produire l'effet inverse de celui escompté, et au lieu de valoriser l'autre, elles deviennent un obstacle à la reconnaissance de l'autre et à la rencontre des cultures. Et, par conséquent, elles deviennent un obstacle à la reconnaissance et à l'affirmation de son identité. La deuxième attitude relevant de l'exotisme est la reconnaissance forcée. Il s'agit d'une « référence valorisante à la culture de l'autre qui lui est directement adressée mais que celui qui la reçoit peut très mal ressentir » (Cohen-Emerique, 2011, p. 109). Cette attribution d'une identité peut être mal perçue par l'individu dans la mesure où elle constitue pour lui une injonction à se conformer à une identité dans laquelle il ne se reconnaît pas ou qu'il juge inappropriée à la situation dans laquelle elle a lieu. Elle peut aussi être mal vécue parce qu'elle l'enferme dans une identité unique « alors qu'il se considère comme porteur d'identités multiples. » (Cohen-Emerique, 2011, p. 109) Nous avons mis en évidence cette problématique de la reconnaissance forcée chez des adolescents adoptés à l'étranger par des familles françaises et porteurs d'une différence physique qui avaient pour conséquences que ceux-ci étaient fréquemment renvoyés à leur origine alors qu'ils ne le souhaitaient pas forcément. (Baraud, 2012).

4.4. De l'identité interculturelle à l'identité dialogique

Dans ce sous-chapitre, nous présenterons le modèle de l'identité interculturelle développé par Denoux (1995) ainsi que le modèle des réactions psychologiques transitoires (Teyssier et Denoux, 2013) afin d'aboutir à une réflexion sur la place de la culture et des phénomènes interculturels dans une théorie dialogique de l'identité. En effet, même si nous avons appuyé notre théorie de l'identité sur l'approche dialogique et les travaux de Valsiner pour qui la culture constitue un principe organisateur de l'individu, il nous semblait nécessaire de reprendre les travaux existants en psychologie interculturelle qui apportent un ensemble considérable de conceptions des processus identitaires dans des contextes interculturels.

4.4.1. L'identité interculturelle

Denoux (1995) a décrit un modèle de l'identité qui nous paraît particulièrement pertinent pour l'étude des contacts entre individus de cultures différentes et qui s'appuie

sur le modèle de l'interculturalité de Clanet. À travers ce modèle, Denoux remet en question cette conception de la gestion de la disparité culturelle en termes de stratégies en proposant la notion d'identité interculturelle. Cette conception repose sur une volonté de se défaire de l'aspect trop rationnel de la notion de stratégie et de rétablir l'aspect en partie contingent de l'identité. Pour Denoux, l'adaptabilité de l'identité peut être comprise comme une « accommodation à partir d'un socle polyréféréncé » (1995, p. 266) plutôt que comme la préservation d'une unité spatio-temporelle. Celui-ci insiste en effet sur le caractère illusoire de cette continuité, toutefois, nous avons pu montrer précédemment que ce sentiment de continuité est nécessaire au bien-être psychique de l'individu. Ainsi, selon lui, l'identité de l'individu est composée de différents traits identitaires, tous dépendants d'aspects culturels, pouvant être activés ou non selon les situations. Elle peut être comprise comme un réseau de traits identitaires reliés entre eux par des liens culturels et constituant des identités virtuelles, que l'on peut rapprocher des *possible selves* (Markus et Nurius, 1986) susceptibles d'être activés à différents moments, mais aussi de l'identité dialogique dans la mesure où ces réseaux de traits identitaires peuvent être compris comme des voix, des positionnements identitaires que l'individu est susceptible d'adopter et de faire dialoguer. Les traits identitaires ne sont pas toujours cohérents, ils sont évolutifs et l'individu est amené à les réactualiser, à abandonner certains d'entre eux et à en intégrer de nouveaux, parfois contradictoires. Cette intégration de traits nouveaux n'est cependant pas aléatoire et l'individu n'intègre pas tous les traits se présentant à lui de manière indifférenciée. Ce qui a pour conséquence que l'identité peut être vue plutôt comme une façon de traiter l'incohérence de ces traits plutôt que comme l'établissement d'une cohérence complexe. L'identité peut donc être comprise comme différents moments identitaires où le sujet laisse apparaître certains traits alors que d'autres resteront silencieux, et l'expression de ces traits se fait selon des modalités définies par la culture (Denoux, 1995), ainsi, l'ensemble des possibles dessine les contours de la culture. La notion d'identité interculturelle paraît donc intéressante pour rendre compte des mécanismes à l'œuvre dans tous les processus de construction identitaire. Celle-ci doit cependant être mise en lien dans une certaine mesure avec la question des identifications, notamment culturelles dans la mesure où l'intégration de nouveaux traits se rapproche largement de cette notion.

4.4.2. Réactions Psychologiques Transitoires

Le concept de réactions psychologique transitoire a été développé par Teyssier et Denoux (2013) afin de fournir un modèle de la transformation de la personnalité à travers la socialisation, l'enculturation et l'interculturalisation. Son développement théorique vise à comprendre de quelle manière les individus parviennent à conserver un sentiment d'unité biographique de leur vie malgré des épisodes de rupture (culturelle, symbolique, etc.) à travers une activité psychologique tendant à la réduction et au dépassement de ces ruptures et visant à « rendre intelligible le lien entre ce qu'il était et ce qu'il advient » (Teyssier & Denoux, 2013, p. 258). Ainsi, pour eux, la socialisation, l'enculturation et l'interculturalisation à l'origine des transformations de la personnalité s'appuient sur des réactions psychologiques transitoires « se succédant, s'entrecroisant et se combinant » (*Ibid.*). Elles sont des moyens réactionnels, des outils intrapsychiques permettant au sujet de faire face aux difficultés qu'il peut rencontrer à unifier des significations qu'il rencontre dans des moments de tension identitaire. C'est-à-dire qu'elles peuvent lui permettre de faire face aux contradictions auxquelles il peut être soumis dans une situation de contact culturel. Elles ne sont donc pas des stratégies réfléchies mais des « moyens réactionnels » permettant « l'accommodation perpétuelle de la personnalité à l'extériorité [...] et aux différents changements qui la touchent » (Teyssier et Denoux, 2013, p. 261). Elles garantissent ainsi la cohérence de l'identité à travers le temps. Cette approche théorique des relations psychologiques transitoires se base sur l'idée selon laquelle « la construction identitaire résulte, en grande partie, de l'appropriation subjective ininterrompue de l'extériorité avec laquelle les individus sont en contact » (*Ibid.*) Dans ce cadre, la socialisation correspond à l'appropriation par le sujet des aspects sociaux de l'environnement, l'enculturation à l'appropriation des aspects culturels de l'environnement et l'interculturalisation à l'appropriation des aspects interculturels de l'environnement. Ainsi, si l'on se réfère à notre développement précédent sur l'interculturalisation, les réactions psychologiques transitoires correspondent en fait aux processus qui vont mener à une nouvelle configuration de l'identité intégrant les éléments de la différence culturelle auxquels le sujet a été confronté afin de garantir l'unité et la cohérence de son identité. En cela, elles conduisent à la constitution de la « personnalité interculturelle » (Teyssier et Denoux, 2013, p. 263). Toutefois, le concept de réaction psychologique transitoire ne rend compte que partiellement des processus d'interculturalisation puisqu'il ne s'applique qu'à l'adaptation identitaire du sujet alors que

l'interculturalité décrit un processus de transformation mutuelle, ce concept ne permet pas de décrire la transformation du contexte par le sujet.

Afin d'illustrer la manière dont ces réactions psychologiques transitoires peuvent être mises en évidence, les auteurs présentent une étude de cas à partir de laquelle ils parviennent à dégager un ensemble de processus par lesquels le sujet en question passe au cours du processus d'interculturalité ; ils identifient que le sujet passe par un processus de socialisation à travers les liens tissés avec le groupe d'accueil, puis par un processus d'interprétation à travers l'interprétation des transformations qui se produisent à l'aide des savoirs premiers. Ce sujet passe ensuite par un processus d'identification à travers la création de liens privilégiés avec un membre de la société d'accueil. Le sujet passe enfin par un processus de légitimation lorsqu'il cherche à faire reconnaître ses transformations par le groupe d'origine. Dans cet exemple, la suite des processus psychiques de socialisation, interprétation, identification, légitimation, reconstituée de manière diachronique, constitue la réaction psychologique transitoire du sujet étudié et qui l'a conduit à transformer son identité dans un contexte de contact culturel (Teyssier & Denoux, 2013, p. 260). Ce concept de réaction psychologique transitoire nous semble pertinent bien qu'il ne rende pas compte de la transformation opérée par le sujet sur le groupe. En effet, il permet d'étudier de manière diachronique, historique, la façon dont le sujet transforme son identité. Il permet de bien comprendre que cette transformation est progressive, qu'elle a lieu par une succession d'étapes qui correspondent à chaque fois à des processus psychiques et que le sujet intègre ensuite dans son histoire personnelle et dans son identité comme si elles avaient été nécessaires, rejoignant ainsi la théorie de l'identité narrative de Ricœur (1991).

4.4.3. Conclusion au chapitre : les contacts de culture, un ensemble de relations dialogiques qui transforment l'identité de l'individu

Nous allons maintenant tenter de voir en quoi une conception interculturelle de l'identité peut être compatible avec une approche dialogique. Il nous semble en effet possible de faire un parallèle entre le concept d'interculturalité et la dialogicité afin de venir éclairer le concept d'interculturalité par une compréhension dialogique des phénomènes dont il rend compte. Il ne s'agit donc en aucun cas de montrer une équivalence entre les deux concepts mais d'apporter un éclairage théorique différent aux processus décrits par Clanet. Si l'on reprend la définition de Clanet, selon laquelle l'interculturalité est « l'ensemble des processus — psychiques, relationnels, groupaux,

institutionnels... — générés par les interactions de cultures, dans un rapport d'échanges réciproques » (1993, p.21). Selon Camilleri, « chaque personne l'intègre dans son identité individuelle, avec des options, des aménagements et des compromis avec l'identité qu'il élabore au fil de sa vie, en fonction des diverses influences subies et de ses modèles d'identification » et « prend part à une multitude de groupes selon son sexe, son âge, sa classe sociale, sa profession. » (1990, pp.23-34) Nous pouvons dire ainsi que l'objet de notre étude, ce sont des contacts entre des individus, porteurs de cultures différentes et donc ne partageant pas forcément les mêmes significations.

Nous analyserons ces contacts sous l'angle de la dialogicité, c'est-à-dire en concevant la culture comme un principe organisateur de tous les esprits humains (Valsiner & Han, 2008, p. 3) à travers la création, l'usage et le partage de signes et de significations, on peut penser qu'une grande partie de ces échanges constituent des échanges de significations, à travers le langage, mais aussi à travers des comportements et des manifestations non verbales. Ces échanges vont transformer les acteurs en présence à travers leur dialogue, mais aussi par l'insertion de ce dialogue dans des dialogues précédents de l'histoire, de la culture et des sociétés. La mise en relation de ces deux partenaires dialogiques va les amener à créer de nouvelles significations qui vont ensuite les amener à reconfigurer leur identité. En effet, la culture se trouve dans chaque acte de création de positions de soi, définissant les tensions présentes dans le contraste et surmontant cette tension (*Ibid.*). Cela signifie que la culture a un effet régulateur sur les conflits intrapsychiques et donc personnels mais aussi entre les individus, au niveau interpersonnel et transpersonnel à travers les significations partagées par les individus appartenant à un même groupe. Or, pour Valsiner et Han (2008), même si on rencontre des significations variées et des traditions sociales différentes d'un pays à l'autre, le processus de création de significations et d'utilisation de significations en vue de la régulation de son identité est universel. Il nous semble que c'est bien ce processus qui est à l'origine de l'interculturalisation dans la mesure où il confère aux individus la capacité de transformer les significations attribuées à une situation, à travers la relation et le dialogue. Ceci, afin de co-construire un sens nouveau qui viendra modifier l'identité de chacun tout en ayant la possibilité d'en conserver la cohérence par l'intégration de ces significations nouvelles dans l'histoire personnelle du sujet.

Enfin, « toute communication interculturelle se fonde sur une démarche fondamentale mais paradoxale : elle suppose que celui qui s'y engage reconnaisse l'autre,

à la fois comme unique et comme multiple, comme semblable et comme différent, proche et lointain, en relation et séparé » (Cohen-Emerique, 2011, p. 109), nous voyons donc de nouveau que le cœur du problème est le caractère paradoxal de ces contacts entre individus que l'on peut résumer à travers le concept de séparation inclusive qui, s'il ne résout pas ce paradoxe, permet de l'expliquer. L'Autre est à la fois en dedans et au-dehors, dans l'environnement, et Je suis en interaction avec lui à travers des échanges dialogiques. Il s'agit d'un processus qui n'a pas de fin, le sujet était constamment obligé de reproduire ce processus en fonction des significations nouvelles qui se présentent à lui, l'identité de l'individu repose donc sur la contingence et sur sa capacité à intégrer cette contingence dans sa trajectoire à travers la création de significations à partir desquelles l'individu peut transformer son identité.

Partie 3 : Méthodologie

« Seul le type de théorie utilisé détermine si un phénomène donné devient une donnée pour telle science particulière plutôt que pour telle autre. » (Devereux, 2012, p. 43)

Chapitre 1 : Rappel de la problématique et formulation des hypothèses

Au cours de notre développement théorique, nous avons présenté plusieurs approches théoriques de l'identité, qu'elles concernent l'individu, les liens qu'il entretient avec son travail ou encore la place de la culture et du changement culturel dans sa construction identitaire. Nous allons maintenant procéder à une synthèse de ces différentes approches afin d'entreprendre une démarche méthodologique visant à répondre à notre problème de recherche. Dans un premier chapitre, nous avons proposé une conception dynamique de l'identité, permettant d'envisager celle-ci comme un ensemble de processus en mouvement et en interaction au cours du temps, caractérisés par une polyphonie au sein de l'individu et une capacité à articuler des dimensions parfois contradictoires et conflictuelles. Nous avons ensuite montré dans ce même chapitre que l'Autre occupe une place centrale dans cette dynamique de constitution et de renégociation continue de l'identité de l'individu. Il permet en effet de nourrir le dialogue entre les différentes voix qui participent à la construction de l'identité de l'individu à travers les relations dialogiques se mettant en place dans les relations *Ego-Alter* dans lesquelles il est impliqué. Il importe ici de rappeler que l'étude de ces relations doit prendre en compte leur dimension socio-historique dans la mesure où celle-ci influence

les processus identitaires de l'individu. Ensuite, nous avons montré dans le troisième chapitre que le contexte professionnel occupe une place non négligeable dans la construction identitaire de l'individu dans la mesure où il constitue un espace de socialisation, mais aussi de relations dialogiques entre les professionnels impliqués dans un collectif, notamment à travers le genre professionnel et sa stylisation. De plus, l'un des enjeux majeurs pour les individus impliqués est d'accéder à la reconnaissance, à la fois à travers la reconnaissance de soi-même dans son activité, et à travers la reconnaissance accordée par les autres et le collectif. Un refus de reconnaissance peut être à l'origine d'une souffrance identitaire et l'individu peut mettre en place des mécanismes de lutte pour la reconnaissance en réponse à cette menace. C'est-à-dire qu'il va s'employer à faire reconnaître l'identité dans laquelle il se reconnaît. Enfin, nous avons cherché à montrer dans notre troisième chapitre que la culture occupe une place centrale dans la construction de l'identité de l'individu dans la mesure où elle est un principe organisateur de l'esprit humain, constituée de significations symboliques partagées. Ceci qui a pour conséquence que les individus confrontés à la différence culturelle développent des processus identitaires interculturels en lien avec ces significations symboliques nouvelles qui émergent dans l'échange. Ces processus peuvent prendre différentes formes, différentes orientations liées aux spécificités des échanges dialogiques dans lesquels les individus sont impliqués.

Cette citation constitue une synthèse intéressante des liens entre la dimension individuelle, la dimension professionnelle et la dimension culturelle :

« N'importe quel médecin, aussi bien dans sa pratique du diagnostic, dans le traitement qu'il administre et évidemment dans sa propre expérience de la maladie, a aussi une compréhension non (bio)médicale de la pathologie et de la thérapie. Quotidiennement confronté à la maladie, il ne peut s'en tenir à un comportement strictement rationnel. Aussi, les processus d'échange entre soignants et soignés ne s'effectuent-ils pas seulement, nous le montrerons, entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin, mais aussi entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin. Autrement dit, le corollaire du fait que la représentation la plus affective de la maladie chez le premier n'est jamais complètement fictive, est que la compréhension la plus "scientifiquement

neutre” du second n'est jamais intégralement scientifique, c'est-à-dire indemne de représentations. » (Laplantine, 1993, p. 23)

Cette affirmation montre en effet que même si l'identité professionnelle se construit dans le milieu professionnel, et même si le savoir acquis lors de la socialisation professionnelle peut reconfigurer complètement la rationalité d'un individu, celle-ci est influencée d'une part par les expériences affectives de l'individu, et d'autre part par les significations culturelles qu'il a partagé avec les différents groupes auxquels il appartient, sans cesse remises en question au cours de son existence. Ainsi, au lieu de constituer des identités séparées, ces trois dimensions sont en interrelation et dialoguent constamment, non seulement entre elles, mais aussi avec celles des autres individus avec lesquels ils sont en relation. Nous voyons donc qu'il s'agit d'un enchevêtrement de processus complexes et en constante transformation. Comme nous l'avons vu, l'identité telle que nous la concevons implique nécessairement l'existence de l'autre et la relation à l'autre, dans la mesure où l'altérité et le rapport à l'autre font partie intégrante de la construction identitaire. Par conséquent, l'identité de l'un se construit toujours en référence à l'autre, à ce qui rend semblable, différent, et que l'autre reconnaît comme tel ; elle se construit en référence à son implication contraire. Ainsi, je ne deviens étranger que lorsque je suis dans un lieu et au sein d'un groupe où je me considère et où je suis considéré comme tel par le groupe, en opposition aux membres du groupe. Toutefois, il importe ici de faire un pas en avant concernant l'opposition étranger-non étranger : celle-ci fonctionne en réalité selon un rapport d'indétermination versus détermination. Lorsque l'on se trouve parmi un groupe qui n'est pas notre groupe d'appartenance, on se voit attribuer dans un premier temps le qualificatif d'étranger, générique et indéterminé. Celui-ci marque une non-reconnaissance de l'appartenance à un groupe différent en attribuant d'emblée à l'autre, le différent, un terme générique ne lui conférant pas d'identité propre, si ce n'est celle d'étranger. Ce n'est que dans un deuxième temps que l'étranger va se voir attribuer une appartenance, une provenance, qui peut s'avérer méliorative ou péjorative selon les représentations en vigueur parmi le groupe d'accueil. Ceci rend délicate l'utilisation du terme « médecin étranger » dans la mesure où celui-ci recouvre un ensemble très varié d'expériences individuelles, de trajectoires personnelles, mais aussi groupales. Comme nous l'avons souligné dans la présentation du contexte de cette recherche, l'expérience de médecins venus d'Algérie est différente de celle de médecins venus de Belgique ou de Roumanie, par les conditions de reconnaissance du diplôme, par la proximité culturelle et

linguistique avec la France, mais aussi par les représentations et stéréotypes présents de part et d'autre. Ces aspects constituent donc un ensemble de paramètres à ne pas négliger, voire certainement de variables ayant une influence sur les processus identitaires de ces professionnels et les stratégies mises en œuvre par ceux-ci pour faire dialoguer identité personnelle et identité professionnelle.

Dans le cadre de notre recherche, ces considérations nous amènent à nous interroger sur la trajectoire migratoire des médecins diplômés à l'étranger et exerçant en France et au Brésil, envisagée comme une succession d'échanges dialogiques. L'enjeu de notre travail sera donc de répondre à la question suivante : dans quelle mesure les échanges et relations dialogiques, qui interviennent selon des formes et modalités variées liées à la succession d'événements survenant dans la trajectoire du sujet, ont pu donner lieu à des transformations de ses processus identitaires ? Il s'agit d'un enjeu relativement large dans la mesure où il nous semble que les modalités selon lesquelles les processus identitaires des sujets viennent à être modifiés pourront prendre des formes variables. Celles-ci sont liées à des facteurs individuels et groupaux, qui caractérisent les relations dialogiques *Ego-Alter* dans lesquelles les sujets sont impliqués. Notre développement théorique nous a permis d'identifier un ensemble de formes de relations liées à des domaines spécifiques et qui amènent à formuler un ensemble d'hypothèses opérationnelles que nous testerons à travers notre travail.

Premièrement, les médecins migrants qui constituent notre échantillon sont des professionnels hautement qualifiés, qui bénéficient d'une importante reconnaissance et d'un statut social élevé dans leur pays. Donc, si l'on établit un parallèle avec la recherche de Moukounkolo et al. (2012) sur les cadres marocains et ivoiriens, on peut être amené à penser que ces médecins entreprennent une migration non pas réactive afin de fuir des conditions difficiles, mais principalement proactive parce qu'ils perçoivent qu'un parcours international leur serait bénéfique. Ainsi, nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle **les raisons d'entreprendre une migration des médecins diplômés à l'étranger seront liées à l'amélioration de leur carrière, qu'ils aient été diplômés dans l'Union Européenne ou hors de l'Union Européenne et qu'ils exercent en France ou au Brésil.**

Deuxièmement, le concept de reconnaissance nous semble central dans une recherche portant sur des migrations professionnelles, à travers le fait de « se reconnaître (dans) » son identité professionnelle, ou d'être reconnu par l'autre, dans une logique de

reconnaissance mutuelle à différents niveaux. Or, il nous semble que l'absence de reconnaissance du diplôme constitue une absence de reconnaissance du point de vue juridique et social de l'identité professionnelle. Nous avons vu que les médecins diplômés dans l'UE bénéficient de la reconnaissance automatique de leur diplôme, que les médecins diplômés à Cuba exercent au Brésil selon des conditions spécifiques pour lesquelles leur diplôme est validé. Cela signifie qu'en dehors de ces conditions, ils ne peuvent pas exercer leur profession au Brésil, et que les médecins diplômés hors de l'UE doivent passer un concours ou un examen et justifier d'une ancienneté suffisante dans le système médical français. Il s'agit de trois modes de reconnaissance différents, liés à trois types de relations *médecin-système de santé* différentes, qui auront probablement une incidence différente sur l'identité professionnelle des médecins. Ainsi, nous chercherons à tester l'hypothèse selon laquelle **les médecins diplômés hors de l'UE exerçant en France et les médecins Cubains du programme Mais Médicos ressentent une menace de l'identité professionnelle que les médecins diplômés dans l'Union Européenne et exerçant en France ne ressentent pas**. De plus, en lien avec les considérations sur la reconnaissance que nous avons évoquées, nous chercherons également à tester l'hypothèse selon laquelle **les médecins du programme Mais Médicos auront des processus identitaires plus proches des médecins diplômés hors de l'UE parce qu'ils sont soumis à une absence de reconnaissance de leur identité professionnelle similaire**.

De plus, dans la mesure où notre travail est une recherche exploratoire, nous testerons ces trois hypothèses, mais nous n'excluons pas la possibilité de voir apparaître un nombre important d'autres facteurs venant influencer les processus identitaires des sujets. En effet, notre problématique n'amène pas uniquement des questions pour lesquelles il est possible de formuler des hypothèses à tester, mais aussi des questions pour lesquelles nous ne disposons pas de modèles permettant de formuler des hypothèses précises dans la mesure où peu de travaux précèdent notre recherche concernant cette population. Dans la mesure où les recherches en psychologie interculturelle se concentrent traditionnellement sur des populations en difficultés, sur des individus dont la migration a été le résultat d'un exil, impliquant des sujets cherchant à fuir une situation mettant en danger leur vie, nous sommes confrontée dans notre travail à un type de migration relativement peu étudiée. Il existe bien évidemment des travaux concernant ce type de migrations, mais ils ne sont pas majoritaires bien qu'en constante augmentation.

Par conséquent, nous nous concentrerons également sur la mise en évidence d'autres résultats, d'autres processus que ceux liés à nos hypothèses afin de répondre d'une manière plus approfondie à notre problématique et de rendre compte de toute sa complexité. Car il s'agit bien d'un problème complexe, puisqu'il implique des acteurs aux trajectoires qui, bien que similaires, comportent d'importantes spécificités individuelles, et parvenir à faire entrer en dialogue ces spécificités individuelles avec des processus communs constitue l'un des enjeux importants de notre travail. C'est pourquoi nous allons proposer dans les chapitres qui suivent un ensemble de considérations et de réflexions méthodologiques afin d'adopter une démarche permettant ce dialogue.

Chapitre 2 : Réflexion méthodologique

Afin d'apporter une réponse à notre questionnement, nous avons mis en place une méthode de construction des données en plusieurs étapes. Il nous semble en effet qu'une démarche de croisement de méthodes et de techniques est plus à même de saisir notre objet d'étude dans toute sa complexité. Nous avons en effet travaillé dans deux pays différents offrant deux contextes culturels différents, mais aussi deux logiques migratoires des médecins distinctes. En effet, comme nous l'avons montré dans notre première partie, le contexte français est caractérisé par une longue histoire de migration des médecins, avec des arrivées progressives réparties sur plusieurs dizaines d'années, et que nous avons replacée dans le contexte plus général des migrations en France. Le Brésil, quant à lui, entretient un rapport différent avec ces migrations puisqu'il s'agit d'un phénomène récent et caractérisé par l'arrivée massive de médecins sur une période récente. La présence de ces deux contextes aux caractéristiques différentes a pour conséquence pour notre étude la nécessité de choisir et de croiser des méthodes nous permettant de construire à la fois des données suffisamment larges pour caractériser une population et des données suffisamment fines et précises pour caractériser les processus que nous cherchons à mettre en évidence. Nous n'avons trouvé qu'un nombre restreint de travaux existants sur les médecins migrants exerçant en France et au Brésil, la plupart étant des travaux démographiques. Nous n'avons pas trouvé de travaux réalisés en psychologie ou en sciences sociales, c'est pourquoi nous avons souhaité concevoir une méthodologie nous donnant une vue d'ensemble de certaines caractéristiques des sujets ainsi qu'une analyse fine de l'influence que leur expérience migratoire a pu avoir sur leurs processus

identitaires. Nous avons ensuite cherché à croiser ces données afin de faire dialoguer les processus identitaires relevés chez un nombre restreint d'individus avec certaines caractéristiques générales, liées aux pratiques des sujets. Il s'agit de deux démarches complémentaires, l'une visant en quelque sorte à quantifier certaines caractéristiques d'un phénomène se produisant de manière répétée et l'autre visant s'intéresser à des événements uniques, mais régis par des principes universels et donc nous amenant à une analyse systémique (Valsiner, 2005, p. 46). La complémentarité de ces deux démarches réside, en ce qui concerne notre travail, dans la nature des phénomènes que nous tentons de mettre en évidence. Il s'agit en effet de phénomènes complexes puisque nous tentons de mettre en évidence l'influence d'une succession d'événements sur les processus identitaires d'un ensemble d'individus partageant des caractéristiques et des pratiques communes dont les différences interindividuelles vont amener des spécificités dans le produit de ces processus, ainsi, l'utilisation de plusieurs méthodes ou techniques nous offre la possibilité d'élaborer, d'illustrer ou de clarifier des informations obtenues avec une méthode en les croisant avec des informations obtenues avec une autre méthode (Greene et al., 1989, cité par Campbell, Gregory, Patterson, & Bybee, 2012, p. 53). Selon ces auteurs, l'usage de méthodes et techniques mixtes permet en outre une triangulation, un développement des méthodes à travers l'utilisation des résultats obtenus avec une méthode pour informer une autre méthode, elle permet également de mettre en évidence des paradoxes et des contradictions permettant de développer des nouvelles perspectives et de nouveaux cadres théoriques et de repousser les limites d'une recherche en étendant et en approfondissant le niveau d'analyse. Il s'agit donc ici d'adopter une démarche de « *cross fertilization* » (Acioly-Regnier, 2010).

Comme nous l'avons montré précédemment, notre problème de recherche implique des aspects intra-individuels autant qu'interindividuels dans un contexte professionnel influencé par des aspects culturels. Ainsi, en faisant appel à différents processus psychiques intervenant dans différentes situations, nous avons sollicité les sujets de différentes manières, faisant intervenir des processus psychiques pluriels et mobilisant des mécanismes de défense divers. Ceci nous a permis d'obtenir un ensemble de données de nature différente permettant une compréhension de notre objet de recherche selon ses différents aspects nous permettant de l'appréhender d'une manière plus globale mais aussi plus approfondie et détaillée. L'utilisation de méthodes et techniques mixtes fournit en effet des perspectives diverses sur un phénomène alors que

l'utilisation d'une seule méthode, aussi complexe soit-elle, n'est pas susceptible d'apporter autant de détails (Campbell et al., 2012, p. 53). Ces différents niveaux d'analyse, que nous concevons comme autant de voix dialoguant les unes avec les autres, nous permettent de construire notre objet et d'en appréhender les différents aspects qu'ils soient historiques, sociaux, culturels, économiques et affectifs. Il nous semble en effet que ces différentes dimensions sont à prendre en compte dans la compréhension des effets de la trajectoire migratoire, et donc du changement culturel avec les relations qui en découlent, sur les processus identitaires de sujets migrants.

2.1. Construction du questionnaire

La première méthode de construction de données à laquelle nous avons eu recours en vue de la construction de nos données a été l'utilisation d'un questionnaire (voir annexes 1 et 2). Ce questionnaire a pour but une caractérisation de notre population à partir de critères quantifiables. Il nous semble en effet que ces aspects peuvent nous aider à identifier des facteurs d'influence des processus identitaires. Nous allons comparer deux pays aux logiques migratoires différentes, au contexte historique très différent et il est important d'avoir en tête les facteurs pouvant induire des différences pour voir quelles peuvent être les similitudes entre les processus à l'œuvre chez les sujets que nous allons interroger. Nous parlons de construction des données et non de recueil parce que ces données ne peuvent être conçues comme existant à l'état naturel indépendamment de notre cadre conceptuel. Elles sont au contraire entièrement dépendantes de celui-ci et elles sont des signes construits à partir d'un phénomène sur la base de concepts théoriques et métathéoriques abstraits (Valsiner, 2005, p. 41). C'est pourquoi ces données ont en sens lié à la manière dont nous avons construit et conceptualisé notre objet de recherche et son à envisager dans le contexte de cette recherche de manière spécifique. Afin d'obtenir un ensemble de variables quantifiables, nous avons appuyé notre travail sur des travaux démographiques précédents, cités dans la première partie de ce travail, desquels nous avons extrait un ensemble de variables, qui nous ont semblé pertinentes pour la compréhension de notre objet et avons ajouté à celles-ci les variables manquantes qui nous semblaient nécessaires. Pour cela, nous nous sommes appuyée sur les modèles théoriques que nous avons développés dans la deuxième partie de ce travail et sur deux entretiens exploratoires que nous avons conduits au début de ce travail de recherche. Nous avons donc procédé à un travail de catégorisation, réfléchi aux mesures applicables

à ces différentes catégories et à leur pertinence pour la compréhension des phénomènes que nous cherchions à étudier en nous appuyant sur une modélisation issue de la théorie (Falcão & Régnier, 2000). Dans le cas de ce questionnaire, il nous permet de dégager des aspects relatifs au genre professionnel. En effet, lorsque le sujet répond au questionnaire, il ne s'exprime pas avec sa voix personnelle, mais à travers la voix du genre professionnel, ainsi, certaines questions ne vont pas nous apporter de réponse concernant un individu particulier mais plutôt une réponse liée au genre professionnel. Ainsi, nous nous attendons à ce que certaines réponses diffèrent entre les questionnaires et les entretiens : il s'agit de dimensions complémentaires à analyser conjointement en vue de répondre à notre problématique.

2.2. Pertinence de l'utilisation d'une approche biographique pour une recherche sur l'identité

La deuxième méthode à laquelle nous avons eu recours est le récit de vie. Ce type d'entretien amène le sujet à mobiliser un ensemble de processus psychiques en vue de reconstruire son histoire personnelle, d'articuler les différents événements survenus au cours de son existence et de leur donner une signification à travers une activité langagière. Il s'agit pour le sujet de faire appel à un processus de remémoration afin de restituer un ensemble d'événements survenus au cours de son histoire personnelle mais aussi à un processus d'imagination, en effet, « le récit de vie se construit dans un espace, entre le fantasme et la réalité, sachant que l'un et l'autre sont tout aussi vrais. » (Delory-Momberger et al., 2013, p. 57). D'après Bruner (2010), la mise en récit de son expérience fait partie intégrante de la construction du sujet, qui se cramponne à ces modèles narratifs de la réalité et les utilise pour donner forme à son expérience quotidienne, ainsi, « le récit, même fictionnel, donne forme à ce qui existe dans le monde réel et [...] lui confère même une sorte de droit à la réalité. » (Bruner, 2010, p. 12), ainsi « le narratif est le lieu où l'expérience et l'existence individuelle singulières *prennent forme et ont lieu* » et le récit « relève d'abord d'une attitude mentale et comportementale, d'une forme de compréhension et de structuration de l'expérience et de l'action, s'exerçant de façon constante dans la relation de l'Homme avec son vécu et avec le monde qui l'environne » (Delory-Momberger et al., 2013, p. 50). L'objet de la recherche biographique est donc l'étude des processus de construction du sujet, à travers la façon dont « individus donnent

forme à leurs expériences, comment ils font signifier les situations et les événements de leur existence, comment ils agissent et se construisent dans leurs environnements historiques, sociaux, culturels et politiques » (Delory-Momberger et al., 2013, p. 17). Le récit de vie fait donc intervenir à la fois la rationalité du sujet et ses capacités imaginatives, en vue de construire une histoire avec un début, un milieu et une fin, dans un processus narratif de « biographisation », définis comme « l'inscription de l'expérience humaine dans des schémas temporels résultants de projets biographiques qui organisent comportements et actions selon une logique de configuration narrative. » (*Ibid.*) En d'autres termes, les processus convoqués dans le récit de vie sont en fait les processus mentaux auxquels les individus font appel pour organiser leur rapport au monde et donner du sens à leur expérience. De plus, ces processus amènent le sujet à opérer une décentration afin de réaliser une mise en intrigue des différents événements survenus au cours de son existence, c'est-à-dire à se traiter « soi-même comme un autre » (Ferry, 2005, p. 167)

À travers la remémoration, mais aussi l'anticipation, le récit amène le sujet à se rappeler sa vie passée mais aussi à anticiper les événements à venir, en formulant des projets. Ainsi, l'objet des récits de vie est de permettre une coexistence du passé et du possible (Bruner, 2010, p.16), l'anticipation de l'avenir ne pouvant être que de l'ordre de la possibilité, ce qui laisse au sujet la liberté d'envisager plusieurs possibilités. Nous retrouvons donc ici les processus imaginatifs que nous avons évoqués précédemment associés à une organisation des événements selon une temporalité. Ainsi, le fait de raconter son histoire a plusieurs fonctions et plusieurs effets sur le sujet dans la mesure où cela lui permet de « reconstruire le passé, de supporter le présent et d'embellir l'avenir » (Delory-Momberger et al., 2013, p. 60). Il s'agit de faire un travail de réflexion et de reconstruction de son histoire à travers la remémoration d'événements et leur organisation selon une logique dictée par la narration. Comme nous l'avons évoqué précédemment, selon Ricœur (1991), le sujet réinterprète les événements afin de les rendre nécessaires à l'histoire.

Ainsi, les textes que nous allons obtenir sont avant tout des histoires, un matériel narratif, qu'il conviendra de traiter comme tel. Notre but n'est donc pas de vérifier la véracité des propos du sujet, de savoir si ce qu'il raconte est effectivement arrivé puisque l'intérêt de la méthode du récit de vie réside dans « ce qui a été remémoré, ce qui a été choisi pour se perpétuer dans l'histoire de la vie du sujet » (Bosi, 1994 cité par Oliveira,

Rego et Aquino, 2006) et non dans le recueil d'une « vérité factuelle et historique, mais bien la vérité d'un sujet qui livre, à un moment donné et dans un contexte donné » (Delory-Momberger et al., 2013, p. 37). Ainsi, les histoires que nous obtiendrons sont des histoires singulières construites dans une situation particulière de rencontre entre le sujet et le chercheur, c'est pourquoi nous ne pouvons exclure la possibilité d'oublis, de modifications des événements et nous devons garder à l'esprit le fait que le sujet aurait pu, dans d'autres circonstances raconter une histoire différente. Pour Burrick le récit de vie est considéré comme une reconstruction de la réalité, ce qui a pour conséquence que son analyse est fortement ancrée dans les perceptions du sujet qui se raconte (Burrick, 2010, p. 8). Ces récits comportent donc deux dimensions qu'il nous faudra prendre en compte dans l'analyse, une dimension de reconstruction objective, qui est celle des faits racontés par le sujet et une dimension clinique, qui vise à comprendre le sens pour le sujet de son histoire, la façon dont il est « vit cette histoire, dont il est « habité » par elle sur les plans affectif, émotionnel, culturel, familial et social dans leurs dimensions conscientes et inconscientes. » (Delory-Momberger et al., 2013, p. 57). Ce sont ces deux dimensions qu'il nous faudra prendre en compte lorsque nous tenterons de rendre compte des processus identitaires présents chez ces individus à travers le récit qu'ils font de leur parcours migratoire et professionnel.

Le lien entre récit de vie et identité n'est pas immédiat. En effet, ce ne sont pas les événements qui se sont produits au cours de l'existence d'un individu qui nous renseignent directement sur son identité, sur la façon dont il se représente lui-même et dont il se représente l'image que les autres ont de lui même. Par contre, l'analyse de la façon dont le sujet parle de son expérience, dont il l'interprète et de la façon dont il lui associe des valeurs, des jugements, des explications et un point de vue, peut nous renseigner sur l'identité du sujet. Ainsi, le point de vue du sujet sur son expérience et le sens qu'il donne aux événements, ainsi que l'effort qu'il produit pour organiser ces événements en un tout cohérent porteur de significations, pour leur attribuer des causalités et pour formuler un projet d'avenir, organisé sous la forme d'une histoire mêlant l'imaginaire et la rationalité est ce qui nous permettra de comprendre quels sont les processus identitaires à l'œuvre et les liens que ceux-ci entretiennent avec la trajectoire migratoire et professionnelle du sujet. En effet, « la narration par le sujet de son histoire migratoire permet d'accéder aux différentes contradictions et enchevêtrements de significations qui mettent en jeu à la fois le pays d'origine et le pays

d'accueil, laissant transparaître la restructuration identitaire engagée. » (Temple & Denoux, 2008, p. 51). L'identité du sujet, multiple et changeante, est difficile à appréhender dans son ensemble, elle ne « se livre à l'intuition que dans l'inépuisable série de ses manifestations successives », c'est à dire que si l'on demande au sujet de se décrire, si l'on tente de rendre compte de son identité à travers un inventaire ou échelle, on ne sera à même de saisir qu'un ensemble d'instantanés, de photographies prises à différents moments de l'existence. Si l'on tente de les assembler, on n'obtiendra qu'un album, une collection d'images figées auxquels manque le mouvement et le sens, c'est-à-dire la dimension dynamique de l'identité comprise comme un ensemble de processus. Afin de relier ces différentes facettes, il apparaît nécessaire de les organiser afin de ressaisir cette identité « dans l'unité d'un récit totalisant » (Bourdieu, 1986, p. 70). Cela permet au sujet de redécouvrir qui il est, de construire un Moi à travers le récit. Pour Bruner, en effet, il n'existe pas de Moi intuitivement évident et essentiel à connaître, parfaitement transparent et dont nous n'aurions qu'à faire le portrait avec des mots, mais un Moi que nous ne cessons de construire et de reconstruire au fil des situations auxquelles nous devons faire face. Ainsi, « se raconter, c'est en quelque sorte bâtir une histoire qui dirait qui nous sommes, ce que nous sommes, ce qui s'est passé, et pourquoi nous faisons ce que nous faisons » (Bruner, 2010, p. 57). Cette capacité à se raconter est essentielle à la construction de la personnalité et c'est en faisant et en refaisant sans cesse le récit de sa vie que le sujet construit son identité qui est nécessairement narrative.

C'est à travers la mise en récit de lui-même que le sujet construit son identité, c'est-à-dire fait entre en dialogue les différentes voix, internes et externes qui composent son identité, et organise leurs relations à travers un travail de mise en intrigue articulant les personnages, les péripéties ou les conflits et leurs résolutions. C'est donc en lien avec ces considérations théoriques que nous avons choisi de mettre en place une approche biographique afin d'étudier les processus identitaires à l'œuvre chez les sujets. Il nous semble en effet que la mise en évidence des différentes voix, des différentes facettes de l'identité présentes dans le récit et de la structuration de leurs relations en lien avec les événements pourra nous permettre de mettre en évidence ces processus identitaires.

2.3. Récit de vie, co-construction de l'histoire et dialogicité

Cette méthode s'inscrit pour nous dans un cadre dialogique dans la mesure où elle permet d'opérer une co-construction de l'histoire vécue du sujet à travers le cadre dans

lequel celui-ci opère cette construction. Elle est dépendante de la demande du chercheur, qui conditionne ce que le sujet va dire en fonction de ce qu'il interprète et anticipe de cette demande, mais aussi de la situation, des associations que le sujet va être amené à faire dans le cadre de l'entretien. Les événements racontés auront dans l'ensemble une certaine proximité d'un entretien à l'autre. Toutefois, il se peut que certains soient oubliés, refoulés, et l'ordre dans lequel le sujet les raconte, l'interprétation qu'il en fait, sont dépendants de la situation d'enquête et de la relation entre le sujet et le chercheur. Ainsi, selon Branco et Valsiner (1997, p. 47) au cours de l'entretien, le sujet et le chercheur sont tous les deux actifs et soumis à des contraintes culturelles dans leurs interprétations. Cette perspective co-constructiviste aura donc des implications dans la façon dont nous mettrons en place notre méthodologie et dont nous réaliserons nos analyses. Ainsi, Legrand : p. 235 Legrand (1993, p. 235) fait plusieurs mises au point parmi lesquelles nous retiendrons que « à la différence de la forme « autobiographique » traditionnelle [...] le récit de vie dont nous parlons ici se déploie dans un *rapport*. Par nature, il est *adressé à un interlocuteur* » et « le récit de vie sollicite, à titre essentiel, le sujet en tant que capacité réflexive, capacité de compréhension et d'auto-élucidation de sa vie », ce qui amène le sujet à « gagner une compréhension de soi, [...] se réapproprier quelque peu le sens de sa vie ». Ainsi, le récit se crée dans ce rapport à l'interlocuteur articulé avec un rapport aux autres, aux institutions et aux groupes dans lequel le sujet est inséré. Ainsi, le regard des autres et l'altérité sont d'une grande importance pour la construction de soi, elles se construisent en lien avec les autres, ce qui amène Bruner à affirmer « la construction de soi et le récit que l'on en fait sont des activités aussi publiques que peuvent l'être toutes les actions privées » (2010, p. 63), il y a ici un paradoxe que Bruner résume en disant que « raconter sa vie relève de l'équilibriste. Le récit doit, d'un côté, convaincre que l'on jouit d'une volonté propre, d'une liberté de choix, que certaines possibilités s'offrent à nous. Mais il doit aussi nous relier au monde des autres, aux amis et à la famille, aux institutions, au passé, aux groupes de référence. » (2010, p. 70). Nous voyons bien que les autres occupent une place centrale dans le récit que nous faisons de notre vie, non seulement parce qu'en élaborant son récit, le sujet tente d'agencer un ensemble d'éléments, de traits identitaires, pour atteindre une représentation de soi conforme à l'idée qu'il a de lui-même et/ou l'image qu'il souhaite renvoyer (Fillioux, 2005, p. 90) mais aussi parce que certains événements de sa biographie ne sont accessibles au sujet qu'à travers le récit que lui en ont fait les autres, ces éléments ayant été raconté au sujet avec une tonalité émotionnelle particulière. Il s'agit de sa naissance,

de ses origines, d'événements survenus dans sa famille ou son pays lorsqu'il était enfant et donc trop jeune pour s'en souvenir ou les élaborer (Bakhtine, 1992, cité par Kohl De Oliveira et al., 2006, p. 129). Par conséquent, « sans le récit des autres, ma vie serait non seulement incomplète dans son contenu, mais aussi désordonnée de manière interne, dépourvue des valeurs qui assurent une unité biographique (*Ibid.*) Ceci renvoie à la question de l'intertextualité développée par Bakhtine, qui sera à prendre en compte dans l'analyse, à travers les traces des *mots d'autrui*, présents dans le récit. Ces mots d'autrui font référence à la fois aux énoncés prononcés par des individus côtoyés par le sujet mais aussi à des œuvres et production culturelles qui, comme nous l'avons évoqué précédemment orientent la façon dont le sujet construit son récit. Ainsi,

« l'expérience verbale individuelle de l'Homme prend forme et évolue sous l'effet de l'interaction continue et permanente des énoncés individuels d'autrui. C'est une expérience qu'on peut, dans une certaine mesure, définir comme un processus d'assimilation, plus ou moins créatif, des mots d'autrui (et non des mots de la langue). Notre parole, c'est-à-dire nos énoncés (qui incluent les œuvres de création), est remplie des mots d'autrui, caractérisés à des degrés variables, par l'altérité ou l'assimilation, caractérisés à des degrés variables également, par l'emploi conscient et démarqué. Ces mots d'autrui introduisent leur propre expression, leur tonalité des valeurs, que nous assimilons, retravaillons, infléchissons. » (Bakhtine, 1984, p. 296)

Ce sont ces énoncés appartenant aux autres, que l'individu retravaille, modifie, s'approprie ou dont il se démarque qu'il nous faudra nous intéresser dans notre analyse, ainsi que la place donnée par le sujet aux différents personnages puisque ce sont ces aspects qui témoignent de la dialogicité de l'identité dans le récit, à travers la façon dont un ensemble de voix se manifestent et s'expriment. De plus, pour Fillieux, l'identité s'élabore « par représentation de soi et de l'autre, ce dont nous trouvons de nombreuses traces dans le récit [du sujet] » (Fillieux, 2005, p. 90). Selon lui, il est possible de mettre en évidence ces représentations « à travers les images des soi, positives ou négatives, et les représentations de l'autre auxquelles [le sujet] d'identifie ou s'oppose. » (Fillieux, 2005, p. 91), permettant de mettre en évidence les processus d'*identisation* et d'*identification* que nous avons évoqués précédemment. Pour lui, l'identité est composée de « deux faces indissociables qui entre interrelation, en conflit, et entretiennent des

rapports dialectiques complexes ». (Fillioux, 2005, p. 91). Ainsi, à partir de ceci, nous proposons d'analyser la place des personnages, de l'intertexte et des conflits présents dans le récit de vie afin de mettre en évidence les rapports dialectiques et dialogiques se mettant en place entre soi et l'autre.

2.4. Récit de vie, retour sur son expérience et développement

Il nous semble que le récit de vie peut être compris comme une méthode permettant de comprendre le mouvement, la transformation des processus identitaires au fil du temps. Afin de développer ce point méthodologique, nous nous appuyons sur les travaux de Clot (Clot, 1998, 1999, 2005, 2008, 2012; Clot, Faïta, & Maggi, 2011; Duboscq & Clot, 2010) en clinique de l'activité. Nous allons tenter de faire un parallèle entre les théories qu'il développe autour des méthodes utilisées en clinique de l'activité, telles que l'auto-confrontation simple et croisée, ainsi que l'instruction au sosie. Ces travaux se situent dans le cadre théorique et méthodologique de la psychologie socio-historique qui accorde une place centrale à la question du développement humain. Cette approche s'appuie notamment sur les travaux de Vygotski, mais aussi sur l'approche dialogique de Bakhtine. Selon Clot, Vygotski a une conception particulière de la méthode puisqu'il affirme qu'il faut provoquer le développement pour être en mesure de l'étudier, il n'est pas accessible par des méthodes directes d'observation et contraint à l'emploi de méthodes indirectes, ainsi, selon lui, «pour comprendre ce que nous cherchons à comprendre, il faut transformer » (Vygotski, 1999, 2003, cité par Clot, 2008), ainsi, pour Clot, « La méthodologie ne peut être qu'indirecte, c'est-à-dire « redoublée » ou encore historique » (2008, p.180).

Il nous semble qu'il est possible à ce niveau d'entrevoir un parallèle possible avec la compréhension des processus identitaires, dans la mesure où nous avons montré précédemment que l'identité, puisqu'elle est un ensemble de processus, n'est pas observable directement. Pour Vygotski, « c'est en mouvement qu'un corps montre ce qu'il est » (Vygotski, 2003, cité par Clot, 2008, p. 170), ce qui a pour conséquence selon Clot, que « c'est donc seulement au travers d'une expérience de transformation que l'activité psychologique peut livrer ses secrets » (Clot, 2008) Ce qui a pour conséquence que le développement ne doit pas rester circonscrit à la psychologie de l'enfant, mais doit devenir « la méthode possible et nécessaire d'une psychologie générale » (*Ibid.*). Il s'agit donc d'avoir recours à des méthodes provoquant le développement. Il nous semble que

ceci est applicable à un travail sur l'identité, dans la mesure où c'est *en mouvement* qu'une identité peut se révéler, dans la confrontation à l'altérité, à l'autre de manière dialogique et à travers l'élaboration d'un récit. En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, le récit de l'expérience du sujet n'est pas l'expérience du sujet, il en est une version ré-agencée, stylisée, où l'on se confronte parfois à des réactions défensives. Toutefois, il permet au sujet de revivre son histoire, dans un mouvement de « répétition sans répétition » (Vygotski, 2003, cité par Clot et al., 2011). En effet, pour Clot, le fondement théorique de cette méthodologie est de « permettre au sujet de transformer des fonctionnements réalisés en objet d'un nouveau fonctionnement afin d'étudier le développement réel - possible et impossible - et ses principes. » Dans notre perspective de recherche, il s'agit de passer de l'événement vécu à sa mise en récit à travers la situation d'interaction entre le sujet et le chercheur. Clot propose de comprendre cette approche développementale en termes dialogiques et voit dans la relation dialogique entre le sujet et l'interlocuteur un moyen de provoquer de manière indirecte cette répétition sans répétition. Ainsi, les méthodes qu'il met au point ont recours au langage, à une activité langagière dans le cadre d'un échange avec un ou plusieurs individus avec pour but de transformer son expérience vécue. Il s'appuie sur les travaux de Bakhtine et affirme que

« même lorsqu'il prend sa conduite comme objet de réflexion, l'Homme ne parle pas de lui-même et des autres, mais avec lui-même et avec les autres : « Il est impossible de saisir l'Homme de l'intérieur [...] On peut l'approcher et le découvrir, plus exactement le forcer à se découvrir par un échange dialogique » (Clot, 2008, p. 204).

Nous voyons ici qu'il est indispensable pour comprendre le sujet de provoquer un rapport dialogique, dans lequel il est confronté à une interaction avec un autre sujet, afin de provoquer un dialogue avec celui-ci, sur son expérience. C'est bien de cela qu'il s'agit dans le récit de vie où le sujet raconte sa vie avec le chercheur, ce qui peut se voir à travers la façon dont il s'adresse parfois à lui, dont il commente ou explicite certaines parties du récit, mais aussi dont il s'adresse à lui-même, non pas sous la forme d'un monologue mais bien d'un dialogue entre plusieurs voix dialogiques. Ainsi, selon Clot, le mouvement dialogique crée des « rapports renouvelés de situation entre les locuteurs et les autres, mais aussi entre ce même locuteur et celui qu'il a été dans la situation précédente, et aussi comment il l'a été » (2008, p.117), il conduit donc à une réinterprétation des éléments passés à la lumière du présent. Par conséquent, le

mouvement dialogique « transforme, révèle et développe, au sens photographique du terme, les positions des interlocuteurs qui s'élaborent au fil du mouvement, voire se restructurent sous l'effet de contradictions générées par ce même mouvement dialogique. » (*Ibid.*). Si nous réalisons un parallèle avec notre objet de recherche, l'identité, et notre méthode, le récit de vie, nous pouvons dire que notre travail ne porte pas sur une identité qui serait donnée et finie, mais sur les processus qui amènent l'identité à se modifier, à se développer en quelque sorte. Par conséquent, comme nous l'avons déjà évoqué, lorsque le sujet élabore son récit de vie, il ne se livre pas à un monologue mais est inséré dans un dialogue avec le chercheur, tourné vers son histoire, la narration devenant alors l'objet de son activité. Toutefois, il ne s'agit pas uniquement pour le sujet de s'inscrire dans son histoire personnelle, mais aussi de se situer et de s'inscrire au sein d'une histoire plus large, d'un groupe plus grand, ce que Bakhtine appelait le grand dialogue. Dans le cadre de notre recherche, plusieurs histoires, plusieurs « grands dialogues » se confrontent, comme autant de voix présentes au sein du sujet. Il fait entrer en dialogue le genre professionnel, l'histoire familiale, les appartenances à différents groupes sociaux et l'appartenance culturelle même s'il nous semble que celle-ci a un statut particulier puisque comme nous l'avons dit précédemment, il s'agit d'un processus en constante évolution.

Enfin, Clot aborde un point de la théorie de Vygotski concernant le comportement avec lequel nous ferons un parallèle à propos de l'identité. Il s'agit des trois affirmations suivantes : « le comportement est un système de réactions qui ont vaincu, tel qu'il s'est réalisé, il n'est qu'une infime partie de ce qui est possible, l'Homme est plein à chaque minute de possibilités non réalisées. » (Clot et al., 2011, p. 19) De plus, selon Clot, on regarde l'expérience vécue à partir de ce que l'on vit, c'est-à-dire qu'on la « Non pas seulement qu'on regarde l'expérience vécue à partir de celle que l'on vit mais aussi parce que ce qui a été vécu l'a été après une lutte, un conflit, un point de collision entre plusieurs activités rivales. » Ces trois affirmations concernant le comportement sont à mettre en parallèle avec l'identité et deux approches théoriques que nous avons évoquées précédemment qui sont celles des *possible selves* et celle de l'identité dialogique ou *dialogical self*. Nous avons en effet montré que cette dimension de ce qui aurait pu être, de ce que l'individu aurait pu être, fait partie intégrante de l'identité. Or, selon Clot (2008, p.170-171), l'accès à cette dimension du possible n'est réalisable que par le redoublement de l'expérience vécue à l'aide de moyens détournés et par le recours à une

méthodologie indirecte permettant la transformation par le sujet de son expérience vécue. Clot (1989) a proposé une réflexion sur cette question en lien avec l'approche biographique ainsi qu'une critique du point de vue de Bourdieu (1986) sur la question de la biographie. Il reproche à l'approche sociologique de concevoir la trajectoire comme un objet unique et figé, ne laissant pas de place à une pensée de la transformation en écartant les possibles n'ayant pas été réalisés. Selon Clot, en effet, dans une biographie, « l'histoire sociale et l'histoire personnelle de chacun sont, l'une pour l'autre, un champ de possibles. Et chacune possède pour l'autre à la fois la force de détermination et la contingence que recèle tout champ des possibles. » (1989, § 9), il critique ainsi l'illusion selon laquelle « toutes les histoires semblent aller de soi pour peu qu'on connaisse leur fin : comme si elles n'avaient jamais pu, même à l'insu du sujet, se dérouler autrement, conduire vers d'autres destins, vers d'autres personnes. » (§10). Il répond à cette illusion en décrivant une forme d'adaptation résidant dans une indépendance d'un organisme ou d'un sujet par rapport à un milieu stable, et lui permettant de surmonter une altération du milieu, ce qui signifie que « rien ne subsiste qui n'ait triomphé du conflit » (§11), ajoutant que « tout sujet, au cours de son existence, est périodiquement confronté à des situations, des rencontres, des événements sources de conflits. » (§16). Cela l'amène à affirmer que « seule l'élaboration avec le sujet des données de son histoire permet de [...] fixer dans leur ensemble les étapes dont est formé le cycle [de son] existence » (§15) et dans le cadre de ce travail d'élaboration, un travail sur le champ des possibles subjectif constitue un repère précieux pour la mise en œuvre d'une clinique biographique. Nous voyons donc que pour Clot, la prise en compte de l'ensemble de ces possibilités non réalisées, qu'il s'agisse de celles relevant du passé ou de celles relevant de l'avenir, est indispensable pour une approche biographique. Cette dimension des possibles fera donc l'objet d'une partie de notre analyse dans la mesure où elle constitue un indice de la manière dont l'individu envisage les différentes identités et situations possibles pour lui ainsi que la manière dont il leur attribue un sens et une place dans la trame narrative de son récit de vie.

Chapitre 3 : Description des méthodes utilisées

Dans ce chapitre, nous présenterons les quatre méthodes auxquelles nous avons eu recours ainsi que les analyses auxquelles nous avons procédé. Nous commencerons par amener un ensemble d'éléments concernant la construction du questionnaire, puis nous présenterons les conditions de réalisation des entretiens en distinguant le récit de vie et l'utilisation d'extraits vidéo ainsi que les différentes étapes de leur analyse. Enfin, nous présenterons les éléments liés à l'analyse documentaire effectuée à propos du programme Mais Médicos.

3.1. Le questionnaire

Ce sous-chapitre vise à décrire les différentes parties du questionnaire et expliciter leur intérêt dans le cadre de notre travail.

3.1.1. Informations sociodémographiques concernant les sujets

Dans un premier temps, nous avons posé un ensemble de questions sociodémographiques afin de décrire notre population et en dégager des caractéristiques communes en termes d'âge, de temps passé en France ou au Brésil, de type de diplôme, de temps passé à exercer dans le pays d'origine, d'obtention de la nationalité française. Nous avons également voulu obtenir des informations sur la situation familiale de ces sujets, en cherchant à savoir s'ils avaient des enfants, si ceux-ci étaient nés dans le pays d'accueil, si leur conjoint était originaire du pays d'accueil. Il nous semble en effet qu'obtenir des informations générales sur des aspects personnels des sujets nous renseigne sur leur démarche migratoire et la façon dont ceux-ci se sont investis personnellement dans le pays d'accueil. Dans la continuité de ces questions, nous avons formulé des questions concernant leurs relations sociales, leur lieu d'habitation, leur lieu de naissance, mais aussi des questions concernant la fréquence à laquelle ceux-ci sont en contact avec leur pays d'origine et selon quelles modalités. Toutefois, s'agissant de questions très générales, nous croiserons ces réponses avec l'expérience des sujets auprès desquels nous avons mené nos entretiens. En effet, il peut être intéressant de savoir de quelle manière ces questions prennent sens dans la trajectoire des sujets, c'est-à-dire

quelle place ceux-ci donnent à leurs relations familiales en rapport à leur trajectoire migratoire, quel sens peut prendre pour eux le fait d'avoir des enfants, de fonder une famille dans un pays différent de leur pays de naissance ou d'entreprendre une démarche migratoire incluant leur famille.

3.1.2. Parcours migratoire

Ainsi, nous avons également posé un ensemble de questions concernant le parcours migratoire des sujets. Nous nous sommes basée sur les rapports de l'OMS et de l'OCDE recensant les facteurs expliquant la migration de ces médecins, mais aussi sur les entretiens exploratoires que nous avons entrepris. Nous avons proposé une liste de raisons possibles, les sujets pouvant cocher autant d'items qu'ils le souhaitent, sans avoir à les hiérarchiser par ordre de préférence. Cette partie du questionnaire nous permettra d'établir des profils migratoires. Nous avons procédé de la même manière afin de savoir quelles étaient les raisons ayant poussé les sujets à choisir la France ou le Brésil en particulier. Avec cette deuxième question, nous courons le risque d'obtenir peu de réponses pour les médecins participant au programme Mais Médicos étant donné que ceux-ci sont venus au Brésil dans le cadre de ce programme. Toutefois, nous n'excluons pas la possibilité que l'opportunité de participer à ce programme ne soit qu'une seule des raisons les ayant poussés à venir au Brésil.

Nous présentons ci-dessous la liste des raisons proposées aux sujets pour les deux questions :

1. **Propositions de réponses à la question : « Quelles sont les raisons qui vont ont amené à quitter votre pays d'origine ? »**

- Le salaire que vous perceviez n'était pas suffisant
- La situation politique de votre pays était dangereuse
- Vous étiez en désaccord avec la situation politique dans votre pays
- Les conditions dans lesquelles vous viviez ne vous convenaient pas
- L'accès aux soins et le système de santé dans votre pays vous semblaient insuffisants
- La situation de votre pays était susceptible de mettre en danger la vie de vos enfants
- L'accès à la nourriture vous semblait insuffisant
- Les perspectives d'évolution professionnelle étaient trop limitées
- Vous ne vous sentiez pas reconnu dans votre travail

- Le système éducatif dans votre pays vous semblait insuffisant
- En quittant votre pays, vous espériez accéder à plus de possibilités financières
- En quittant votre pays, vous espériez faire de nouvelles rencontres
- En quittant votre pays, vous espériez découvrir une nouvelle culture
- En quittant votre pays, vous espériez améliorer votre CV et acquérir de l'expérience professionnelle
- En quittant votre pays, vous espériez découvrir d'autres façons de travailler
- En quittant votre pays, vous espériez apprendre une nouvelle langue
- En quittant votre pays, vous espériez découvrir un nouveau pays/voyager
- Vous aviez déjà vécu à l'étranger et souhaitiez renouveler cette expérience
- Vous aviez de la famille, des proches qui ont déjà vécu une expérience migratoire et cela vous a motivé

2. Propositions de réponses à la question :« Quelles sont les raisons vous ayant amené à choisi la France/le Brésil en particulier ?» :

- La situation économique du pays vous paraissait favorable
- Les conditions de sécurité vous semblaient satisfaisantes
- Les perspectives d'emploi vous semblaient favorables
- Vous connaissiez déjà la langue
- La culture du pays vous attirait
- Vous connaissiez des personnes en France
- Vous étiez déjà venu en voyage en France dans le passé
- Vous aviez déjà vécu en France dans le passé
- Vous pouviez bénéficier d'avantages/de facilités administratives ou financières (accord bilatéral, UE, etc.)
- Vous aviez de la famille ou des proches déjà sur place

3.1.3. Vie quotidienne dans le pays d'accueil

Nous avons ensuite proposé un ensemble de questions concernant la vie quotidienne dans le pays d'accueil et les difficultés que les sujets peuvent rencontrer dans l'accomplissement de tâches du quotidien (démarches administratives, loisirs, etc.) (cf. questionnaire en annexe) ainsi que les raisons que ceux-ci peuvent invoquer pour expliquer ces difficultés. Nous leurs avons également proposé un ensemble de questions concernant leur mode de vie et l'adoption de pratiques culturelles du pays d'accueil, la

conservation de leurs habitudes, l'intégration de pratiques du pays d'accueil dans les pratiques issues de leur pays d'origine ou l'adoption de pratiques marginales. Cet item se base sur le modèle des stratégies d'acculturation de Berry (Berry, 1999, 2000) et vise à voir si ces médecins adoptent plutôt des stratégies du type intégration, séparation, assimilation ou marginalisation. Nous avons posé la question suivante : « **Avez-vous l'impression d'avoir opéré des changements dans votre mode de vie depuis que vous vivez en France ?** » et leur avons proposé un ensemble de domaines de pratiques avec quatre réponses possibles (cf. tableau 4).

Tableau 4 - Item du questionnaire concernant les stratégies d'acculturation

	Oui, j'ai l'impression d'adopter des pratiques françaises.	Oui, j'ai l'impression de renforcer les pratiques de mon pays d'origine.	Oui, j'ai adopté une pratique qui ne relève d'aucun des deux pays.	Non, je n'ai rien changé à mes habitudes.
Vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratique religieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratiques culturelles (littérature, cinéma, musique, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratique professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Education des enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horaires et rythmes quotidiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations amoureuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratiques de santé personnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratiques liées aux soins du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chacune des réponses proposées pour chaque type de pratique fait référence à un type d'orientation d'acculturation :

- **Oui, j'ai l'impression d'adopter des pratiques françaises** : ceci correspondrait plutôt à une stratégie d'assimilation ;
- **Oui, j'ai l'impression de renforcer les pratiques de mon pays d'origine** : ceci correspondrait plutôt à une stratégie de séparation ;

- **Oui, j'ai adopté une pratique qui ne relève d'aucun des deux pays** : ceci correspondrait plutôt à une stratégie de marginalisation. Toutefois, selon le domaine concerné, il peut d'agir d'une volonté de marquer une spécificité individuelle et de se démarquer d'une influence ou d'une appartenance de groupe. Une réponse de ce type, selon le domaine concerné pourra indiquer une volonté d'affirmer sa spécificité individuelle ;
- **Non, je n'ai rien changé à mes habitudes** : cet item nous paraissait nécessaire dans la mesure où il nous renseigne sur les pratiques pour lesquelles le sujet n'a pas senti de pression ou de changement, ce qui peut signifier soit qu'il n'existe que peu ou pas d'écart entre les pratiques du pays d'origine et celles du pays d'accueil, soit que le sujet n'a pas perçu de changement et donc a subi une influence sans en avoir conscience.

Nous avons toutefois conscience des limites de cet item particulier, mais il pourra être interprété comme un ensemble d'indices de la façon dont les sujets perçoivent les changements qu'ils ont opérés ou non dans leurs pratiques mais il nous semble que cet item sera interprétable après avoir été mis en lien avec les entretiens. Il sera pertinent de le croiser avec d'autres questions du questionnaire, comme la durée passée en France ou au Brésil, les raisons de la migration, les relations familiales afin de voir de quelle manière ces éléments du contexte influencent les pratiques des sujets. De plus, ces éléments sont liés à différents aspects de l'identité et il nous pertinent de poser ce type de questions aux sujets afin de voir quelles facettes de leur identité sont modifiées par leur parcours migratoire. Le croisement avec le discours des sujets avec lesquels nous avons réalisé des entretiens à propos de leur expérience nous permettra de tenter d'expliquer ou au moins de comprendre quelles peuvent être les raisons poussant un individu à modifier certaines pratiques et à en conserver d'autres.

3.1.4. Pratique professionnelle et aux projets d'avenir

Dans la mesure où notre recherche est axée en grande partie sur l'influence du milieu professionnel sur l'identité, il était nécessaire d'inclure des questions relatives à l'exercice professionnel. Nous avons demandé aux sujets s'ils étaient satisfaits de leurs relations au travail, avec leurs collègues, leurs supérieurs et leurs patients et de leur rémunération. Nous leur avons également demandé s'ils pensaient que leur situation professionnelle était susceptible de s'améliorer au cours des prochaines années et s'ils envisageaient d'aller vivre dans un autre pays ou de repartir vers leur pays d'origine dans les années à

venir. Ces questions avaient pour but de nous renseigner sur leur bien-être au travail et sur leurs projets d'avenir.

3.1.5. Analyse des questionnaires

Nous avons analysé les données issues des questionnaires en nous basant sur l'utilisation du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS) afin de réaliser une analyse statistique descriptive et générale en termes de quantification ainsi qu'une analyse visant à mettre en évidence l'influence de certaines variables spécifiques mais aussi une analyse par clusters. Cette analyse a pour but de mettre en évidence les points communs et les similitudes pouvant exister entre les sujets ainsi que l'influence du fait d'avoir été diplômé ou non dans un pays de l'Union Européenne. Elle vise également à réaliser une comparaison entre les sujets exerçant en France et ceux exerçant au Brésil.

3.2. Récits de vie

Dans un deuxième temps, nous avons conduit des récits de vie, c'est-à-dire des entretiens non-directifs orientés sur la trajectoire personnelle et professionnelle. La trajectoire pouvant être définie comme la « série des positions successivement occupées par un agent (ou un même groupe) dans un espace lui-même en devenir et soumis à d'incessantes transformations. » (Bourdieu, 1986, p. 71). Il s'agit d'un dispositif méthodologique lié à notre problématique et au cadre théorique que nous avons utilisé dans cette recherche dans la mesure où il est approprié pour la mise en œuvre d'un travail sur l'identité en lien avec l'expérience migratoire et la trajectoire personnelle et professionnelle.

3.2.1. Elaboration des récits de vie

Pour l'élaboration des récits de vie, nous nous sommes efforcée d'appliquer un principe de non-directivité (Burrick, 2010), c'est-à-dire d'intervention minimale et en concentrant nos relances sur l'activité mentale du sujet afin de ne pas l'en détourner. Toutefois, il a parfois été nécessaire de relancer d'une manière plus directive, notamment à la fin du récit, afin d'approfondir certaines thématiques qui n'avaient pas été abordées par le sujet. Ainsi, nous avons construit un guide d'entretien axé sur la trajectoire du sujet, selon une chronologie allant de la formation du sujet au moment de l'entretien et s'intéressant à son parcours migratoire et personnel. Nous avons démarré l'entretien par un rappel de l'objectif de notre recherche, de la durée estimée de l'entretien ainsi que de

son découpage en deux phases. Nous avons ensuite proposé aux sujets la consigne suivante « *J'aimerais que vous me racontiez votre histoire, votre parcours personnel et professionnel jusqu'à aujourd'hui* ». Il s'agit d'une consigne suffisamment large pour que le sujet soit libre de l'interpréter mais où nous l'invitons à parler de son parcours personnel autant que professionnel. Cela nous semble nécessaire dans la mesure où lors du contact préalable nous avons précisé aux sujets que nous travaillons sur la question des migrations professionnelles dans le domaine de la santé, et en particulier sur les médecins diplômés à l'étranger exerçant en France.

3.2.2. Analyse des récits de vie

Nous allons maintenant proposer une réflexion sur les méthodes d'analyse que nous allons mettre en place pour analyser ces récits. Dans un premier temps, nous allons reconstituer la chronologie des événements évoqués par le sujet avec une démarche de compréhension du rapport du sujet aux événements. En effet, d'après Bertaux (2005), l'analyse des récits de vie comporte deux étapes, une étape qui concerne chacun des récits recueillis et une étape d'analyse comparative permettant de mettre en perspective les récits entre eux afin de construire un modèle de compréhension de la situation étudiée. Il faut commencer par reconstituer la structure diachronique du récit, en effet, le sujet ne racontera pas forcément les événements dans l'ordre dans lequel ils se sont succédés. Il ne suivra pas une trame linéaire mais fera au contraire des retours en arrière, ceci peut s'expliquer par un mécanisme d'associativité par lequel l'évocation d'un événement pourra être liée à celle d'un autre événement. De plus, il est possible que le discours du sujet, bien qu'il se déroule selon une certaine linéarité, avec des hésitations, des ruptures, des retours sur lui-même, il pourra ouvrir « des portes pour lesquelles se manifestent ou émergent des traces des « ailleurs » et des « autres choses » coexistant » (Clot, 2008, p.115). Ainsi, la *dimension diachronique* du récit concerne la succession des événements dans le temps, elle est à différencier de sa chronologie qui fait référence aux dates précises auxquelles sont survenus ces événements. Selon Bertaux (2005), il n'est pas utile d'insister sur ces dates dans l'entretien et quelques indications suffisent à restituer la structure diachronique du récit. Dans le cadre de cette recherche, il est de plus nécessaire de comprendre quels sont les mécanismes psychiques en jeu dans chacune des étapes du parcours des sujets.

Ensuite, nous réaliserons une analyse thématique, d'une part à partir des catégories construites *a priori* en lien avec les questions de notre guide d'entretien et

d'autre part à partir de catégories construites en cours d'analyse. Nous analyserons notamment les événements racontés, afin de voir s'ils relèvent du domaine personnel ou professionnel, s'ils sont liés aux relations interpersonnelles et à la reconnaissance, nous mettrons en évidence le rapport du sujet à sa culture et à son pays d'origine ainsi qu'à la culture et au pays d'accueil, mais aussi la nature de leur projet migratoire lorsqu'ils l'ont formulé afin de voir si le fait d'entreprendre une migration proactive ou au contraire réactive a une influence sur les processus identitaires. Nous mettrons en évidence notamment la présence de conflits et les modalités de résolution de ces conflits, la présence de personnages et leur caractérisation par le sujet ainsi que les indices et marques de l'intertextualité présents dans le texte. Enfin, cette analyse thématique nous permettra de reconstituer l'*espace culturel* des entretiens et ainsi de restituer la configuration des cultures en présence dans le récit (Denoux, 1994 cité par Denoux, 2013, p.370) ainsi que leur espace géographique, qui permet de faire apparaître les différents lieux présents dans les entretiens. Il nous semble en effet que ces espaces culturels présents dans le discours des sujets comportent une dimension spatiale.

Cette série d'analyses nous conduira à comparer les différents récits entre eux afin de relever des similitudes et des correspondances, c'est-à-dire ce que Bertaux (2005) nomme des « récurrences ». Ces récurrences amènent à construire des types de parcours différents, utiles à la compréhension de l'expérience des sujets et des phénomènes influençant ces parcours. Ceci entraîne à la mise en évidence de mécanismes de fonctionnement, ici, il s'agira de processus identitaires articulés avec des aspects sociaux et culturels inhérents au parcours professionnel et migratoire des sujets.

3.3. Utilisation d'extraits vidéo

Dans un troisième temps, nous avons proposé aux sujets de visionner et de commenter quatre extraits vidéo provenant de trois sources différentes, en français pour les sujets exerçant en France et en français sous-titré en portugais pour les sujets exerçant au Brésil. La vidéo intervient en effet comme un outil médiateur de la rencontre et permet de contourner certaines réactions défensives que le sujet pourrait avoir en lui permettant de prendre de se distancier par rapport à sa propre histoire tout en y étant confronté de manière indirecte dans un autre contexte. Ils se situent à mi-chemin entre le support projectif et la vidéo utilisée dans les entretiens d'auto-confrontation. Ils sont en effet suffisamment proches du sujet pour le renvoyer à son histoire personnelle et

suffisamment imprécis et courts pour que celui-ci puisse projeter certains contenus sur ces supports et se laisse aller à une activité fantasmatique. De plus, le support imagé, parce qu'il mobilise d'autres ressources cognitives chez le sujet, permet d'avoir accès à d'autres mécanismes affectives et de contourner certaines défenses mises en place par le sujet lors de l'élaboration de son récit (Acioly-Regnier & Baraud, 2012a, 2012b).

3.3.1. Présentation des extraits vidéo utilisés

Afin de déclencher ces processus de prise de distance et de prise de conscience, les quatre extraits que nous avons choisis renvoient chacun à des aspects différents de l'expérience des sujets que nous avons pu dégager au cours de nos lectures mais aussi au cours d'entretiens exploratoires.

L'extrait 1 est issu d'un reportage intitulé « au revoir docteur » diffusé dans l'émission *13h15 le samedi* du 5 mai 2012 sur la chaîne France 2. Nous reproduisons ici le dialogue entre le médecin et le patient filmés :

Médecin : « Bonjour, ça va ? »

Patient : « Bonjour madame »

Médecin : « Allez-y asseyez-vous. Vous avez la carte Vitale ? Alors, tout va bien ? »

Patient : « Oui ça va. »

Médecin : « Rien de spécial aujourd'hui ? »

Patient : « Non, il y a juste la tension à prendre et puis c'est tout. »

Médecin : « Oui, on va vérifier. »

Journaliste : « Qu'est-ce qui est le plus difficile quand on s'installe dans un cabinet comme celui-ci ? »

Médecin : « Ah non pour moi c'était difficile parce que c'est la première fois que je pars de mon pays dans un pays étranger. Alors euh, c'était quand même un changement radical on peut dire. »

Cet extrait renvoie à la question du parcours migratoire et de l'exercice dans un pays étranger. Lorsque nous l'avons proposé aux sujets, nous les avons laissés s'exprimer librement en leur demandant ce que l'extrait leur évoquait. Dans un deuxième temps, nous les relançons en leur demandant s'ils se reconnaissent dans le discours de ce médecin, faisant appel à la question de la proximité de l'expérience afin de les amener à évoquer les difficultés de leur parcours.

Les extraits 2 et 3 sont issus du documentaire « Médecins sans résidence » réalisé par Tchechena Bellange en 2012. L'extrait 2 rapporte les discours suivants :

Dr Yves Robert, secrétaire du Collège des Médecins au Québec : « On nous pose souvent la question, ben le corps humain est semblable partout, donc les médecins sont semblables partout. Ce n'est pas vrai. Le médecin africain peut très bien être capable de traiter une malaria, sans l'ombre d'un doute. Nous n'en avons pas au Québec. On a des infarctus, des Alzheimer, des cancers, des pathologies qui ne sont pas vues en Afrique ou en Amérique du Sud. Pour la simple raison que la population meurt avant d'atteindre l'âge de pouvoir faire ces pathologies. »

Dr. Réjean Hebert, porte-parole, conférence des Recteurs et des Principaux d'Université du Québec : « [...] chez les médecins étrangers qu'il y a un rattrapage à faire, non seulement au niveau des connaissances de certaines maladies, mais aussi au niveau des habiletés techniques, des habiletés cliniques, des habiletés de communications, parce que c'est souvent un problème. Mais dans la communication il y a pas juste le langage, il y a toutes les valeurs culturelles qui entourent le fait d'être malade, le fait de consulter un homme ou une femme qui va être notre soignant, alors vous voyez-là qu'il y a tout un contexte qui est important de connaître et on peut pas transposer du jour au lendemain une médecine dans un pays, surtout dans les pays en voie de développement je dirais, et la médecine nord-américaine. »

Cet extrait représente un discours discriminant et empreint de stéréotypes utilisé afin de justifier la non-reconnaissance des diplômes et remettant en question la compétence des médecins formés à l'étranger. Il est lié de plus à la question de la reconnaissance sociale et affective des sujets dans la mesure où la deuxième partie du discours est centrée sur les relations avec les patients. Dans le cadre de notre travail, nous le présentons aux sujets puis nous leur proposons de réagir librement à cet extrait et enfin s'ils n'ont pas évoqué ce point dans leur réponse, nous leur demandons s'ils ont déjà été confrontés à un discours de ce type. Notre objectif lorsque nous présentons ces extraits aux sujets est de susciter une réaction affective face à un discours discriminant.

L'extrait 3 montre les discours suivants :

Fo Niemi – Directeur du centre de Recherche-Action sur les relations raciales :
« Et moi qui croyais que les maladies sont universelles. Parce qu'il y a, écoutez, la plupart des médecins qu'on connaît sont des médecins qui sont formés dans des grandes universités, même dans leur pays d'origine en Afrique ou quoi que ce soit, ce sont des universités qui ont reçu entre-autres des conseils, des conseils, des techniques, du soutien des pays qu'on appelle de l'ouest, donc ce sont pas des petits villages avec des cliniques médicales où il n'y a pas même d'eau chaude. Quand même. »

Dr. Comlan Amouzou – Président de l'Association Médecins d'Ailleurs :
« *Quand on vit dans un pays où il y a une certaine pathologie qui est prédominante, c'est sûr que les médecins vont se spécialiser dans cette pathologie, ok. Mais aujourd'hui, on trouve aussi des infarctus, le diabète, de l'hypercholestérolémie partout. »*

Fo Niemi : « *Je crois qu'il s'agit d'une généralisation assez dénigrante de la part de certains à l'endroit de ces médecins formés à l'étranger. »*

Cet extrait représente le discours inverse à celui de l'extrait précédent. Il se place comme une contre-argumentation et propose une remise en question des propos tenus par les deux intervenants de l'extrait précédent. La confrontation de ces deux points de vue opposés a pour but de venir nourrir le dialogue interne du sujet à propos de la discrimination qu'ils auraient pu subir, de la question de la reconnaissance de leur compétence et des processus d'adaptation qu'ils ont eux-mêmes vécu. Nous avons choisi ces deux extraits en raison de leur opposition et de leur complémentarité afin de faire émerger d'éventuelles contradictions dans les différents discours. L'objectif était de susciter des réactions affectives liées à l'expérience des sujets et non pas de les amener à produire une argumentation à propos de la situation présentée.

L'Extrait 4 provient d'une vidéo de l'Agence France Presse mise en ligne sur YouTube³⁴. Elle montre des médecins à diplôme étranger ayant pris part à une manifestation à Paris le 15 juin 2011 :

Manifestation : « Y'en a marre d'la galère et des statuts précaires. Les médecins en détresse, les médecins en détresse. Y'en a marre d'la galère et des statuts précaires. J'aime mon médecin d'où qu'il vienne. Les médecins en détresse, les médecins en détresse. »

Dr C.M. : « Les gens qui sont arrivés avant 2004, ils passent un examen, ils ont jusqu'à fin 2011 pour le passer et le réussir. Les gens qui arrivent après 2004, ils passent un concours. Un concours c'est des nombres de places limitées. S'ils l'ont pas, malgré qu'ils exercent, ils doivent quitter leur poste. On sait bien que ces médecins-là ils sont indispensables dans les hôpitaux où ils sont, donc ça veut dire que s'ils partent, il y aura une rupture de soins, forcément, hein, donc ça il faudra l'expliquer aux patients, aux français. »

Dr B.B. : « J'ai travaillé pendant sept années dans un hôpital français, si sept années de travail dans un hôpital n'équivaut pas à un doctorat en médecine, moi je m'inquiérais pour les hôpitaux français. »

³⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=92Qyh1SsHmM>

Dr K.B. : « J'ai la moitié du salaire d'un praticien à diplôme français, voilà, avec...mais je peux, pour avoir le salaire de mon collègue, il faudrait que je fasse au moins cinq gardes. J'ai un sentiment d'injustice parce que quand-même, on assure des consultations, on assure des gardes, on est reconnus comme...par le travail qui est fourni mais le jour ou on demande un statut et qu'on reconnaisse nos diplômés, et bien on est confrontés à cette Loi. »

Manifestation : « Précaire, statut précaire. J'aime mon médecin... »

Ce dernier extrait regroupe un ensemble de thématiques liées au statut des médecins diplômés hors de l'union européenne en France. Il renvoie chacun des trois groupes de sujets à des problèmes différents mais est axé sur la question des conditions de reconnaissance des diplômes, sur la reconnaissance du travail fourni et sur la rétribution sous forme de salaire. Ces questions sont présentes d'une manière différente et renvoie à des réalités différentes pour chacun des trois groupes mais elles renvoient globalement à la question de la reconnaissance juridique et de la rétribution.

3.3.2. Analyse des réactions des sujets face aux extraits vidéo

Ces quatre extraits étant présentés à la suite de l'entretien biographique, nous les envisageons comme étant dans la continuité de celui-ci et comme venant y faire écho, le compléter, le préciser à partir d'un support inspiré des méthodes projectives. Afin de procéder à leur analyse, nous allons toutefois les traiter séparément des récits de vie. Nous réaliserons une analyse des thématiques évoquées par les sujets et croiserons les résultats de chacun des extraits d'une part avec les récits de vie et d'autre part entre eux.

3.4. Croisement et confrontation des résultats

Nous réaliserons ensuite un croisement des données obtenues lors de l'analyse de ces trois ensembles de données afin de dégager les points similaires entre les différents discours et expériences recueillis mais aussi les contradictions. Nous tenterons de dégager des processus identitaires communs et pouvant être mis en lien avec le parcours migratoire des sujets, nous tenterons notamment de mettre en évidence la place de la reconnaissance dans le discours des sujets et de voir s'il existe une différence d'une part entre les sujets diplômés dans l'UE et ceux diplômés hors de l'UE et d'autre part entre les sujets exerçant au Brésil et ceux exerçant en France. Nous n'avons pas pour but de réaliser une comparaison entre les deux pays mais plutôt de venir éclairer la situation française à l'aide des différences mises en évidence à propos du contexte brésilien. Il

nous semble en effet que la différence d'une part entre le temps passé par ces deux groupes dans le pays d'accueil et d'autre part la différence en matière de représentation des médecins étrangers au sein de la société d'accueil peuvent avoir un impact sur les processus identitaires des sujets. Les résultats du questionnaire nous permettront de dégager des aspects plus généraux et, comme nous l'avons évoqué précédemment, la confrontation de ces résultats avec les entretiens pourra nous permettre d'approfondir certaines questions notamment en ce qui concerne les raisons de la démarche migratoire. En effet, même si les items que nous proposons dans le questionnaire sont orientés en vue de déterminer si le sujet a entrepris une migration plutôt réactive ou plutôt proactive, elles ne nous permettent pas de comprendre de quelle manière celle-ci affecte le sujet et de quelle manière ses processus identitaires sont influencés. Ainsi, il est nécessaire pour cela de comprendre le sens que le sujet donne à sa trajectoire migratoire, quels sont les aspects qui lui ont paru négatifs, difficiles à surmonter et source de souffrance et quels sont au contraire ceux qui lui ont paru bénéfiques pour lui.

3.5. Programme Mais Médicos et analyse documentaire

Au commencement de cette recherche, nous avons choisi de travailler sur le programme Mais Médicos et en particulier sur le volet concernant les médecins cubains. Il s'agissait en effet d'un événement d'actualité directement en lien avec notre projet de recherche. Il s'agissait d'une situation exceptionnelle dans la mesure où avant la mise en place du programme, le Brésil comptait très peu de médecins migrants, à peine plus de 2000, et le programme prévoyait de faire venir plus de 15000 médecins étrangers en l'espace de deux ans. Ce phénomène nous a interpellée et a suscité bon nombre d'interrogations en termes psychologiques et interculturels. En effet, la mise en place d'un tel programme n'est pas anodine du point de vue de l'identité dans la mesure où elle implique un nombre considérable d'individus exerçant la même profession qui entreprennent en même temps une démarche migratoire ou de mobilité les amenant à vivre et travailler dans un pays autre que le leur. Nous avons voulu questionner les processus associés à ce phénomène, et comprendre quels pouvaient en être les enjeux du point de vue identitaire. Nous aurions voulu savoir s'il y avait des effets de groupe, d'entraide et de communautarisme ou si au contraire les médecins étaient très dispersés dans le pays et isolés du fait de leurs affectations dans des zones souvent reculées. Nous aurions également souhaité interroger leur perception et leurs représentations de leur

participation à ce programme au vu de la situation politique, économique et sociale à Cuba. Nous aurions voulu comprendre quelle fonction pouvait avoir cette migration dans leur projet de vie et comment ils l'ont envisagé ce projet dans leur trajectoire personnelle. Notre objectif final était de mettre en perspective les processus associés à leur expérience avec l'expérience des médecins exerçant en France, notamment en ce qui concerne les enjeux de reconnaissance.

Nous avons entrepris un nombre important de démarches afin d'accéder à ces médecins, nous savions qu'il existait un certain nombre de restrictions et d'obstacles mais nous pensions à terme parvenir à entrer en contact avec eux. Le déroulement des différents événements liés à notre recueil de données nous paraît paradoxal puisque nous avons pu diffuser le questionnaire dans la mesure où une partie des adresses e-mail des médecins nous a été communiquée par le responsable de la coordination de la formation des médecins au sein du programme Mais Médicos pour l'état du Rio Grande do Norte, avec l'accord du ministère de l'éducation brésilien. Comme nous l'avons présenté lors de l'analyse des questionnaires, nous avons obtenu un taux de réponse assez bas (47 questionnaires pour plus de 3000 e-mails envoyés) mais comparable à celui des médecins exerçant en France (43 questionnaires). L'obtention de cette autorisation et de ces données nous a confortée dans la poursuite de ce travail. Les autorisations avaient été fournies par le secrétaire de la santé de l'état dans lequel les entretiens devaient être menés, les contacts avec les médecins ont été établis, les rendez-vous étaient fixés pour la réalisation des entretiens et au dernier moment, nous avons appris que les médecins cubains participant au programme Mais Médicos avaient l'interdiction de communiquer sur le programme. Le fait qu'il s'agisse d'une recherche dans un cadre universitaire n'a rien changé et les tentatives de négociation menées auprès du gouvernement brésilien n'ont pas abouti. Il semblerait en effet que ce soit aux autorités cubaines de donner leur accord, comme cela avait été le cas avec les questionnaires qui ont été envoyés à Cuba pour obtenir l'autorisation de les diffuser.

Cette situation nous interpelle grandement du point de vue psychologique et social en ce qui concerne les médecins faisant partie du programme. En effet, même si celui-ci fait l'objet de nombreuses controverses depuis sa mise en place, même s'il a été très critiqué par les médecins brésiliens, nous n'imaginions pas devoir faire face à une telle interdiction. Nous avons pu remarquer au cours de nos recherches que ce programme fait l'objet d'enjeux politiques et économiques considérables. Ces aspects n'étaient pas l'objet

de notre recherche, toutefois ils ont pris une place très importante car l'interdiction de parole met en évidence certains aspects d'une possible souffrance identitaire de ces sujets. Bien entendu, le choix que nous avons fait après-coup d'analyser un ensemble de sources documentaires ne remplace pas la parole de ces sujets. En revanche, elle peut permettre une compréhension macro des certains processus intrapsychiques qui n'ont pas pu être objet d'analyse car ils ont été censurés. Nous allons tenter d'apporter quelques éléments de compréhension à partir d'un ensemble de sources documentaires que nous avons pu réunir afin de dégager des éléments de compréhension de la situation de ces médecins dans un contexte interculturel particulier qui implique deux pays puisque visiblement, bien qu'ils vivent au Brésil, les médecins faisant partie du programme conservent un lien très fort avec leur pays d'origine.

Afin d'apporter quelques éléments de compréhension de la situation à laquelle nous avons été confrontée, et en l'absence d'une possibilité de communiquer avec les médecins cubains faisant partie du programme, nous avons tenté d'appuyer notre réflexion sur trois reportages réalisés à propos du programme Mais Médicos. A l'origine, ces reportages devaient être utilisés dans les entretiens de la même manière que les extraits que nous avons utilisés avec les médecins exerçant en France. Nous avons également effectué une recherche documentaire avec la base de recherche d'articles de presse Factiva afin de réunir les articles de presse publiés au Brésil entre 2013 et octobre 2015 au sujet des médecins cubains ayant participé au programme Mais Médicos. Nous avons restreint notre recherche aux cinq sources nationales d'information dans lesquelles plus de vingt articles avaient été publiés sur le sujet au cours de 3 dernières années afin de conserver une cohérence entre les sources : la Folha de São Paulo, le Globo, Agencia Estado Noticias, le Correio Braziliense et Zero Hora. Ces journaux ont des orientations idéologiques et politiques différentes qui orientent leur contenu éditorial, ainsi O Globo est plus proche d'une position conservatrice, Agencia Estado également, avec un positionnement économique libéral, Zero Hora est orienté à droite. Le Correio Braziliense est plus à gauche mais proche du Partido dos Trabalhadores, qui est la parti politique auquel appartient la présidente de la république brésilienne actuelle, Dilma Rouseff. Enfin, la Folha de São Paulo est plus à gauche, avec un positionnement contre le conservatisme, démocratique et différent du Partido do Trabalhadores, c'est-à-dire souvent en opposition avec le gouvernement brésilien en place. Ceci a des répercussions sur la façon dont le programme Mais Médicos est analysé et perçu dans les articles que

nous avons étudiés. Ces articles n'ont pas pour but de remplacer la parole des sujets mais d'amener des éléments de compréhension des processus psychiques pouvant être mobilisés par la participation à ce programme et par le contexte dans lequel ce programme a été mis en place.

Comme nous l'avons présenté dans la présentation du contexte dans lequel s'inscrit notre travail, la partie du programme Mais Médicos consistant à embaucher des médecins cubains a fait l'objet d'une controverse importante de la part des médecins brésiliens. Nous souhaitons montrer d'une manière plus détaillée de quelle manière les controverses liées au programme ont été traitées dans la presse écrite. Toutefois, notre objectif n'était pas de réaliser une analyse exhaustive du contenu de ces articles dans la mesure où nous avons recensé plus de 150 articles pour ces cinq sources et plus de 350 pour la totalité des publications brésiliennes en langue portugaise sur cette période et pour ce sujet. La majorité des articles datent de 2013 et donnent des informations officielles liées à l'arrivée et à l'installation des médecins, un nombre important d'entre eux traite également de l'aspect politique du programme et concerne Alexandre Padilha, ministre de la Santé brésilien au moment de la mise en place du programme. De même, la plupart des articles récents fournissent le même type d'informations concernant le bilan numérique du programme à l'issue de ces deux premières années. Nous avons donc choisi de nous limiter aux articles traitant directement des conditions de vie et de travail des médecins cubains au Brésil, ainsi que des controverses liées à leur participation au programme et des événements liés à ces controverses. Le tableau ci-dessous récapitule le nombre d'article sélectionnés pour chaque source.

Tableau 5 - Tableau Récapitulatif des articles de presses analysés

Source	O Globo	AE Noticias	Folha de Sao Paulo	Correio Braziliense	Zero Hora	Total
Nombre d'articles au total	48	31	30	28	22	159
Nombre d'articles retenus	6	4	6	5	5	26

Chapitre 4 : Échantillon

Dans ce chapitre, nous présenterons les caractéristiques de notre échantillon. Nous présenterons d'abord les répondants au questionnaire, dans leur ensemble puis en séparant

la partie de l'échantillon exerçant au Brésil et la partie de l'échantillon constitué de médecins exerçant en France. Nous présenterons ensuite les sujets ayant participé aux entretiens. Notre échantillon est composé de médecins exerçant en France et ayant obtenu leur diplôme hors de France, dans un pays faisant ou non partie de l'Union Européenne et des médecins diplômés à Cuba exerçant au Brésil dans le cadre du programme Mais Médicos. Nous n'avons pas interrogé de médecins diplômés dans d'autres pays ni de médecins exerçant hors du programme. Au total, nous avons obtenu 89 réponses aux questionnaires pour les deux pays. Nous avons choisi de séparer l'échantillon en deux groupes distincts dans la présentation des caractéristiques de sujets bien que nous ayons traité les réponses comme s'il s'agissait d'un seul échantillon.

Nous avons réalisé 8 entretiens auprès de médecins exerçant en France. Les huit sujets âgés de 35 à 71 ans, médecins diplômés à l'étranger et exerçant en France dans six spécialités et un domaine professionnel différents. Parmi eux, on compte 3 femmes et 5 hommes, deux médecins diplômés dans un pays de l'Union Européenne et six hors de l'Union Européenne. Les 7 médecins exerçant à l'heure actuelle ont un poste en milieu hospitalier, 6 ont obtenu la reconnaissance de leur diplôme, une n'a pas entrepris cette procédure et un d'entre eux est en attente des résultats du concours de la Procédure d'Autorisation d'Exercice. Nous n'avons pas pu obtenir l'autorisation de réaliser des entretiens auprès de médecins exerçant au Brésil, ceci fera l'objet d'une analyse.

4.1. Répondants au questionnaire exerçant en France

Nous avons recueilli 43 questionnaires pour l'échantillon français. Il s'agit d'un échantillon de convenance, non-représentatif de la population que nous étudions. Afin de constituer cet échantillon, nous avons construit une version électronique de notre questionnaire pouvant être envoyée par e-mail et avons contacté la quasi-totalité des établissements de santé publique français en entrant en contact avec les responsables administratifs et les directeurs d'établissement par e-mail. Dans un deuxième temps, sur les conseils d'un médecin président de la commission médicale d'établissement ayant transmis le questionnaire dans son institution, nous avons modifié notre démarche et avons envoyé notre courrier aux présidents des CME de tous les CHU français. Nous avons en effet remarqué lors de nos premiers envois que les hôpitaux et structures périphériques employaient rarement des médecins diplômés à l'étranger et avons donc concentré notre deuxième envoi sur les hôpitaux universitaires, notamment en région

parisienne. Cette deuxième phase a été beaucoup plus efficace en termes de taux de réponse. Parmi les 43 sujets ayant répondu au questionnaire, 22 ont été diplômés dans un pays de l'Union Européenne et 21 ont obtenu leur diplôme hors de l'U.E., parmi eux 15 ont la nationalité française, dont deux provenant de Roumanie et donc d'un pays de l'U.E. ; 13 d'entre eux sont médecins généralistes et 30 sont spécialistes. Parmi eux, 25 sont des femmes et 18 sont des hommes. L'âge des sujets au moment de répondre au questionnaire varie de 33 ans à 62 ans avec une moyenne de 45,6 ans et un écart-type de 8,9. Leur âge lors de leur arrivée en France varie de 28 à 55 ans avec une moyenne de 32,8 et un écart-type de 6,7. La durée passée en France varie de 2 à 35 ans avec une moyenne de 13,2 et un écart-type de 9,7. En ce qui concerne la situation familiale de ces sujets, nous avons pu voir que presque la moitié d'entre eux est mariée, et un quart est divorcé, seulement 5 vivent en union libre et 3 sont célibataires. Parmi les 28 sujets en couple, 24 ont un conjoint français ce qui représente **86%** d'entre eux. En outre, 37 sujets ont des enfants, et 25 ont au moins un enfant né en France, soit **68%**. De plus 31 sujets soit 72% ont déclaré que leur conjoint vivait en France et 32 sujets soit 74% ont déclaré que leurs enfants vivaient en France ; 9 sujets soit 21% ont déclaré avoir des frères et sœurs vivant en France. Le tableau 6 présente l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques concernant les sujets exerçant en France.

Tableau 6 - Description des sujets exerçant en France selon des variables sociodémographiques

Variables sociodémographiques	Nombre de sujets	Pourcentage de sujets
Sexe		
Masculin	18	
Féminin	25	
Âge		
33	1	2,3%
34	2	4,7%
35	1	2,3%
36	1	2,3%
37	2	4,7%
38	4	9,3%
39	3	7,0%
40	2	4,7%
41	3	7,0%
42	1	2,3%
43	1	2,3%
44	2	4,7%
45	1	2,3%
47	1	2,3%
48	2	4,7%
49	1	2,3%
50	1	2,3%
51	1	2,3%
52	1	2,3%
53	1	2,3%
54	1	2,3%
55	1	2,3%
56	1	2,3%
57	1	2,3%
58	1	2,3%
59	1	2,3%
60	2	4,7%
62	3	7,0%
Total	43	100,0%

Variables sociodémographiques	Nombre de sujets	Pourcentage de sujets
Situation familiale		
célibataire	2	4,7%
union libre	5	11,6%
marié	20	46,5%
divorcé	11	25,6%
veuf	2	4,7%
autre	3	7,0%
Origine diplôme		
UE	22	51,2%
Non-UE	21	48,8%
Nationalité		
albanaise	1	2,3%
algérienne	4	9,3%
allemande	1	2,3%
belge	4	9,3%
camerounaise	1	2,3%
centrafricaine	1	2,3%
congolaise	2	4,7%
espagnole	1	2,3%
grecque	1	2,3%
iranienne	1	2,3%
italienne	2	4,7%
ivoirienne	3	7,0%
malgache	1	2,3%
maliennne	1	2,3%
marocaine	2	4,7%
roumaine	11	25,6%
slovaque	1	2,3%
syrienne	3	7,0%
tunisienne	2	4,7%
Total	43	100%

4.2. Répondants au questionnaire exerçant au Brésil

Pour l'échantillon brésilien, nous avons recueilli 46 questionnaires, il s'agit là aussi d'un échantillon de convenance, constitué grâce à l'appui d'un médecin responsable de la formation médicale à l'Université Fédérale du Rio Grande do Norte qui nous a permis de rentrer en contact avec le coordinateur du programme Mais Médicos pour

l'Etat du Rio Grande do Norte. Cette prise de contact nous a permis, après validation du projet par les autorités consulaires cubaines de procéder à la passation des questionnaires. Notre échantillon est constitué de 44 médecins cubains diplômés à Cuba, 1 médecin cubain ayant obtenu son diplôme de médecine générale à Cuba et sa spécialité en Espagne et 1 médecin mauritanien diplômé à Cuba. Ils ont en majorité effectué un cursus en médecine générale (1 seul médecin parmi eux est spécialisé en pneumologie). L'âge des sujets au moment de répondre au questionnaire varie de 30 ans à 52 ans avec une moyenne de 39,8 et un écart-type de 6,9. Leur âge lors de leur arrivée au Brésil varie de 29 à 51 ans avec une moyenne de 39,9 et un écart-type de 6,9. Les sujets ont passé entre quelques mois pour les derniers arrivés et trois ans au Brésil pour les premiers arrivés. Concernant la situation familiale de ces sujets, presque la moitié d'entre eux est mariée (44%), et un quart est célibataire. Dans l'échantillon brésilien, 20 sujets ont des enfants, et un seul a un enfant né au Brésil. Parmi les 30 sujets ayant un conjoint, tous types d'unions confondus, seulement 8 d'entre eux ont déclaré que leur conjoint était présent au Brésil et seulement 3 d'entre eux ont déclaré que leurs enfants étaient présents. Enfin, deux sujets ont des frères et sœurs au Brésil et deux autres ont d'autres membres de la famille présents sur place. Le tableau 7 présente de manière détaillée l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques des sujets ayant pris part au questionnaire et exerçant au Brésil.

Tableau 7 - Description des sujets exerçant au Brésil selon des variables sociodémographiques

Variables sociodémographiques	Nombre de sujets	Pourcentage de sujets
Sexe		
Masculin	17	36,2%
Féminin	30	63,8%
Âge		
30	2	4,3%
31	1	2,1%
32	2	4,3%
33	3	6,4%
34	1	2,1%
35	3	6,4%
36	2	4,3%
37	6	12,8%
38	1	2,1%
39	1	2,1%
40	1	2,1%
41	1	2,1%
43	3	6,4%
44	1	2,1%
45	2	4,3%
46	1	2,1%
47	3	6,4%
48	3	6,4%
49	4	8,5%
50	2	4,3%
51	3	6,4%
52	1	2,1%
Situation familiale		
célibataire	12	25,5%
union libre	7	14,9%
marié	21	44,7%
divorcé	5	10,6%
veuf	0	0,0%
autre	2	4,3%
Nationalité		
Cubaine	46	97,9%
Mauritanienne	1	2,1%
Total	47	100%

Partie 4 : Analyse des réponses au questionnaire

Cette partie vise à présenter et analyser les résultats issus du questionnaire selon les thématiques que nous avons présentées dans le chapitre consacré à sa construction. Nous présenterons d'abord une analyse des données démographiques nous permettant de comprendre différents aspects de la trajectoire des sujets. Nous présenterons ensuite les résultats liés aux différentes modifications intervenues dans les pratiques des sujets ainsi qu'aux relations sociales. Nous verrons ensuite un ensemble de résultats liés à la langue dans la trajectoire migratoire, puis aux difficultés rencontrées par les sujets et enfin nous analyserons l'absence de réponses à laquelle nous avons été confrontée concernant le bien-être au travail et les projets d'avenir. Afin d'analyser ces réponses, nous avons effectué un ensemble d'analyses statistiques à l'aide du logiciel SPSS³⁵.

Chapitre 1 : Données démographiques

Dans un premier temps, nous avons analysé les données démographiques afin de voir s'il existait des différences du point de vue de l'âge, de la situation familiale et du genre en fonction du pays d'obtention du diplôme et du pays d'exercice afin de voir s'il existait des différences d'ordre sociodémographiques générales entre les médecins diplômés dans l'UE et exerçant en France, ceux diplômés hors de l'UE et exerçant en France et ceux diplômés à Cuba et exerçant au Brésil dans le cadre du programme Mais Médicos.

1.1. Données liées à l'âge

Nous avons cherché à savoir s'il existait une différence significative concernant l'âge, l'âge d'arrivée dans le pays d'accueil et le nombre d'années d'expérience au moment de la migration entre les sujets exerçant au Brésil et ceux exerçant en France.

³⁵ L'ensemble des tableaux correspondant aux analyses est consultable dans les annexes n°5, 6 et 7 de ce travail.

Nous avons réalisé un test du T de student en admettant qu'il s'agissait de deux échantillons indépendants et nous avons montré les éléments suivants :

- il existe une différence significative entre l'âge des sujets exerçant au Brésil (moyenne = 41,3 ; écart-type = 6,89) et ceux exerçant en France (moyenne = 46,02 ; écart-type = 9,01) au risque de 5% ; $t(88) = -2,82$, $p = 0,006$. Les sujets exerçant en France sont significativement plus âgés que ceux exerçant au Brésil.
- il existe une différence significative entre l'âge d'arrivée des sujets exerçant au Brésil (moyenne = 39,9 ; écart-type = 6,88) et l'âge d'arrivée de ceux exerçant en France (moyenne = 32,8 ; écart-type = 6,66) au risque de 5% ; $t(88) = 4,98$, $p = 0,000$. Les sujets exerçant en France étaient significativement plus jeunes au moment de leur arrivée.
- il existe une différence significative entre le nombre d'années d'expérience avant l'arrivée des sujets exerçant en France (moyenne = 14,3 ; écart-type = 6,74) et de ceux exerçant au Brésil (moyenne = 4,9 ; écart-type = 6,97) au risque de 5% ; $t(87) = 6,46$, $p = 0,000$. Les sujets exerçant au Brésil avaient un nombre d'années d'expérience significativement plus élevé au moment de leur arrivée.

Ces éléments nous renseignent sur leur trajectoire professionnelle des sujets ayant répondu au questionnaire dans la mesure où nous pouvons voir que la temporalité de leur démarche migratoire est très différente. Les sujets exerçant en France sont souvent arrivés à la fin de leur cursus universitaire, et pour un nombre important d'entre eux, dans le but de se spécialiser, c'est-à-dire qu'ils sont arrivés en France alors qu'ils étaient en cours de consolidation de leur identité professionnelle. En effet, l'organisation des études médicales a pour conséquence que les médecins sont considérés comme tels à l'issue des six premières années d'études. L'internat est une spécialisation qui pourrait être vu comme une période de fin de formation et presque de consolidation de l'identité professionnelle. Les sujets exerçant au Brésil sont arrivés alors qu'ils avaient déjà plusieurs années d'expérience, ils avaient déjà consolidé leur identité professionnelle. Nous avons effectué la même série de tests en comparant les sujets diplômés dans l'UE et ceux diplômés hors de l'UE et n'avons pas mis en évidence de différences entre eux concernant l'âge, l'âge d'arrivée et le nombre d'années d'expérience au moment de la migration.

1.2. Données liées à la situation familiale

Nous avons ensuite cherché à mettre en évidence des différences liées à la situation familiale des deux groupes en nous intéressant en particulier au fait que les sujets aient ou non des enfants et un conjoint, et que ceux-ci soient ou non présents avec eux, sachant qu'il n'y a pas de différence significative entre le nombre de sujets en couple exerçant en France et ceux exerçant au Brésil, tous types d'unions confondues ($X^2(1, N=89) = 3,19$; $p = 0,074$). Nous avons mis en évidence trois éléments :

- il existe une différence significative entre le nombre de sujets exerçant au Brésil n'ayant *aucun* proche présent dans le pays d'accueil et le nombre de sujets français remplissant cette condition ($X^2(1, N=89) = 46,61$; $p = 0,000$), en effet, *seuls deux sujets parmi* les sujets exerçant en France n'ont aucun proche vivant en France alors que 33 sujets cubains sur 46, soit 70%, sont seuls au Brésil.
- il existe une différence significative entre le nombre de sujets exerçant au Brésil dont le conjoint est présent sur place et le nombre de sujets français dans cette situation ($X^2(1, N=56) = 39,93$; $p = 0,000$).
- Enfin, il existe une différence significative entre le nombre de sujets exerçant au Brésil et ayant des enfants, dont les enfants sont présents et le nombre de sujets français dans cette situation ($X^2(1, N=89) = 6,78$; $p = 0,009$). Ainsi, sur les 20 sujets exerçant au Brésil et ayant des enfants, seuls deux ont déclaré que leurs enfants étaient présents avec eux alors que sur les 36 sujets exerçant en France et ayant des enfants, 34 ont déclaré que leurs enfants étaient présents avec eux en France.

Les questionnaires nous montrent que, dans l'ensemble, les sujets exerçant au Brésil sont venus sans leur famille. Une réponse libre fournie par un des sujets à propos des raisons de la migration nous fournit une piste de réponse concernant la raison de ce résultat : « *Ao inicio falaram que eu podia trazer a minha família comigo mas depois o governo cubano não deixou porque somos tratados diferente aos demais médicos estrangeiros.*³⁶ »

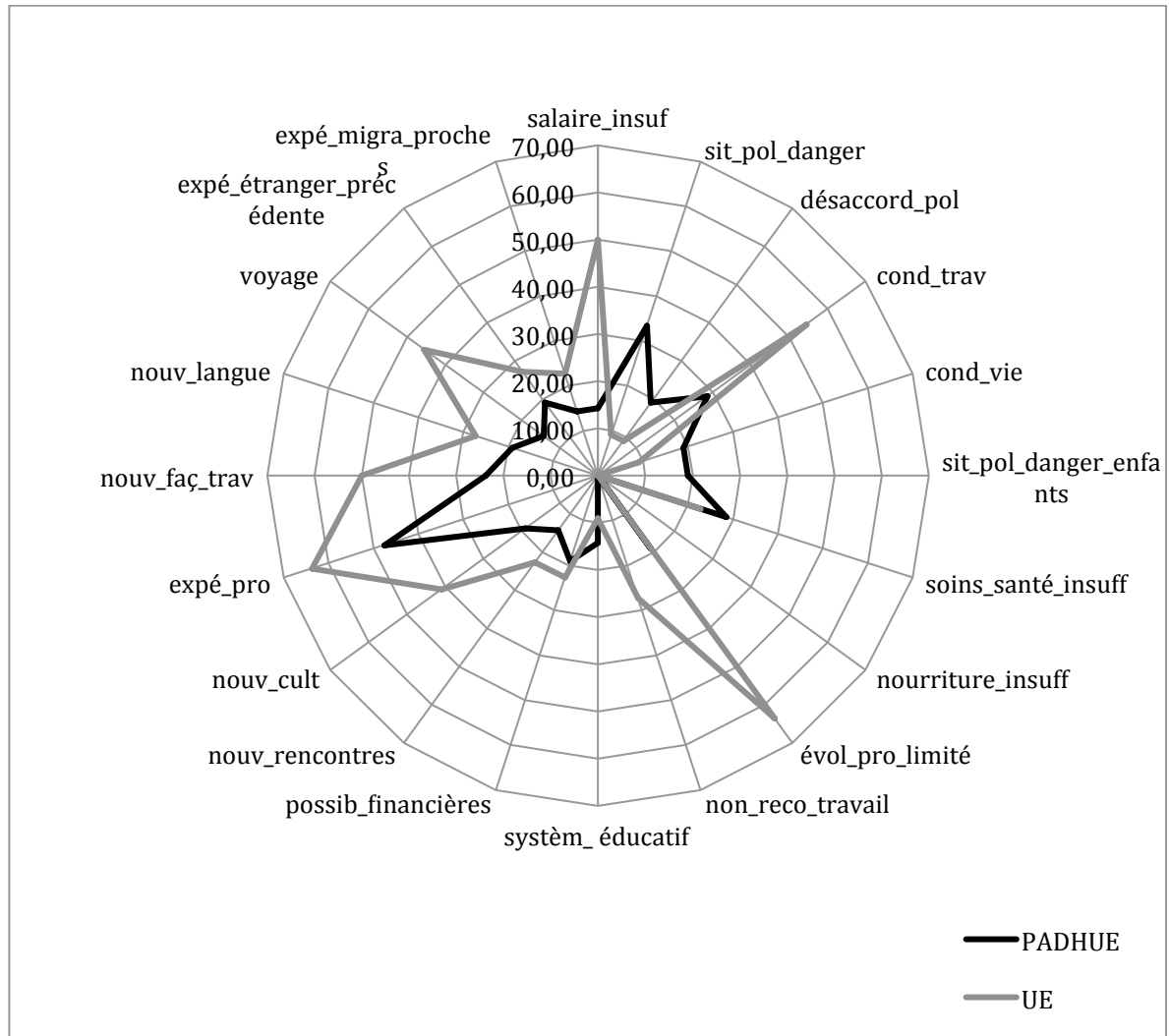
³⁶ « Au début, ils ont dit que je pouvais faire venir ma famille avec moi puis le gouvernement cubain n'a pas laissé faire parce que nous sommes traités différemment des autres médecins étrangers. » (Traduction de l'auteur).

Nous verrons dans l'analyse documentaire concernant le programme Mais Médicos que les sujets cubains n'ont en effet pas la possibilité de faire venir leur famille au Brésil. Le gouvernement brésilien ne s'est pas opposé à la venue des familles, celles-ci ont obtenu des visas pour trois ans mais le gouvernement cubain a exigé le retour des familles des médecins participant au programme à Cuba après un mois de séjour. Il s'agit d'une différence de traitement par rapport aux médecins d'autres nationalités participant au programme.

Chapitre 2 : Raisons ayant motivé le parcours migratoire des sujets

Le graphique suivant (Figure 6) recense les réponses aux questions que nous avons posées à propos des raisons de leur départ de leur pays d'origine aux sujets exerçant en France. Les sujets étaient libres de choisir autant de raisons qu'ils le souhaitent et nous ne leur avons pas demandé de les classer par ordre d'importance. Nous avons calculé le pourcentage de sujets ayant mentionné chacun des raisons et avons cherché à savoir s'il existait une différence entre les trois groupes de sujets (diplômés dans l'UE, PADHUE et programme Mais Médicos). Dans la mesure où d'une part nos échantillons ne sont pas représentatifs de la population que nous étudions et d'autre part nous ne disposons pas d'un groupe contrôle, nous ne pouvons pas réaliser une comparaison à proprement parler. Toutefois, nous avons choisi de représenter les différentes moyennes sous la forme d'un graphique en radar afin d'identifier des tendances et de voir si des différences fortes se détachaient entre les différents groupes. Il s'agit d'un premier niveau d'analyse, descriptif, qui permet de trouver un point d'entrée dans les données obtenues à partir du questionnaire. Nous avons choisi en effet de réaliser dans un premier temps des analyses descriptives prenant en compte chacune des questions de manière isolée avant de procéder à des analyses plus globalisantes visant à croiser l'ensemble des variables du questionnaire afin de proposer un premier niveau de compréhension et d'interprétation.

Figure 6 - Raisons ayant motivé le départ du pays d'origine pour les sujets exerçant en France selon le lieu d'obtention du diplôme



Nous remarquons d'emblée que les sujets exerçant en France ont en commun la volonté d'acquérir de l'expérience professionnelle puisque 63% des médecins formés dans l'U.E. et 48% des sujets formés hors de l'U.E ont cité cette raison. Les résultats obtenus avec un test d'indépendance du χ^2 avec un risque de 5% nous ont montré qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant cette question ($\chi^2(1, N=43) = 1,118 ; p = 0,290$). Ainsi, nous voyons que l'une des raisons principales de la démarche migratoire des praticiens à diplôme étranger exerçant en France est liée à leur évolution professionnelle.

En ce qui concerne les sujets formés dans l'UE, la moitié d'entre eux ont jugé leur salaire insuffisant contre 9% des PADHUE, le test d'indépendance du χ^2 nous a permis de

montrer une différence significative entre les résultats des deux groupes ($\chi^2 (1, N=43) = 6,24 ; p = 0,012$), ce qui nous amène à conclure que les sujets diplômés dans l'U.E accordaient plus d'importance à l'amélioration de leur salaire au moment d'entreprendre leur démarche migratoire. De plus, les médecins formés dans l'U.E. ont été significativement plus nombreux à citer le fait que les possibilités d'évolution professionnelle leurs semblaient trop limités dans leur pays ($\chi^2 (1, N=43) = 8,78 ; p = 0,003$). Nous voyons donc que les médecins formés dans l'U.E citent plus souvent des raisons liées à l'évolution professionnelle et à l'amélioration de leur carrière. Enfin, presque la moitié d'entre eux ont également cité le fait de pouvoir voyager comme facteur déclencheur contre seulement 14% des sujets formés hors de l'UE, le test d'indépendance du χ^2 nous ayant permis de montrer une différence significative entre les résultats des deux groupes. En ce qui concerne le groupe des sujets formés hors de l'Union Européenne, on remarque que les raisons principales fournies diffèrent quelque peu : en plus de la volonté d'acquérir de l'expérience professionnelle, environ un tiers du groupe a cité l'insuffisance du système de santé dans le pays d'origine et un tiers a cité une situation politique dangereuse pour leurs enfants comme raison pour entreprendre une migration.

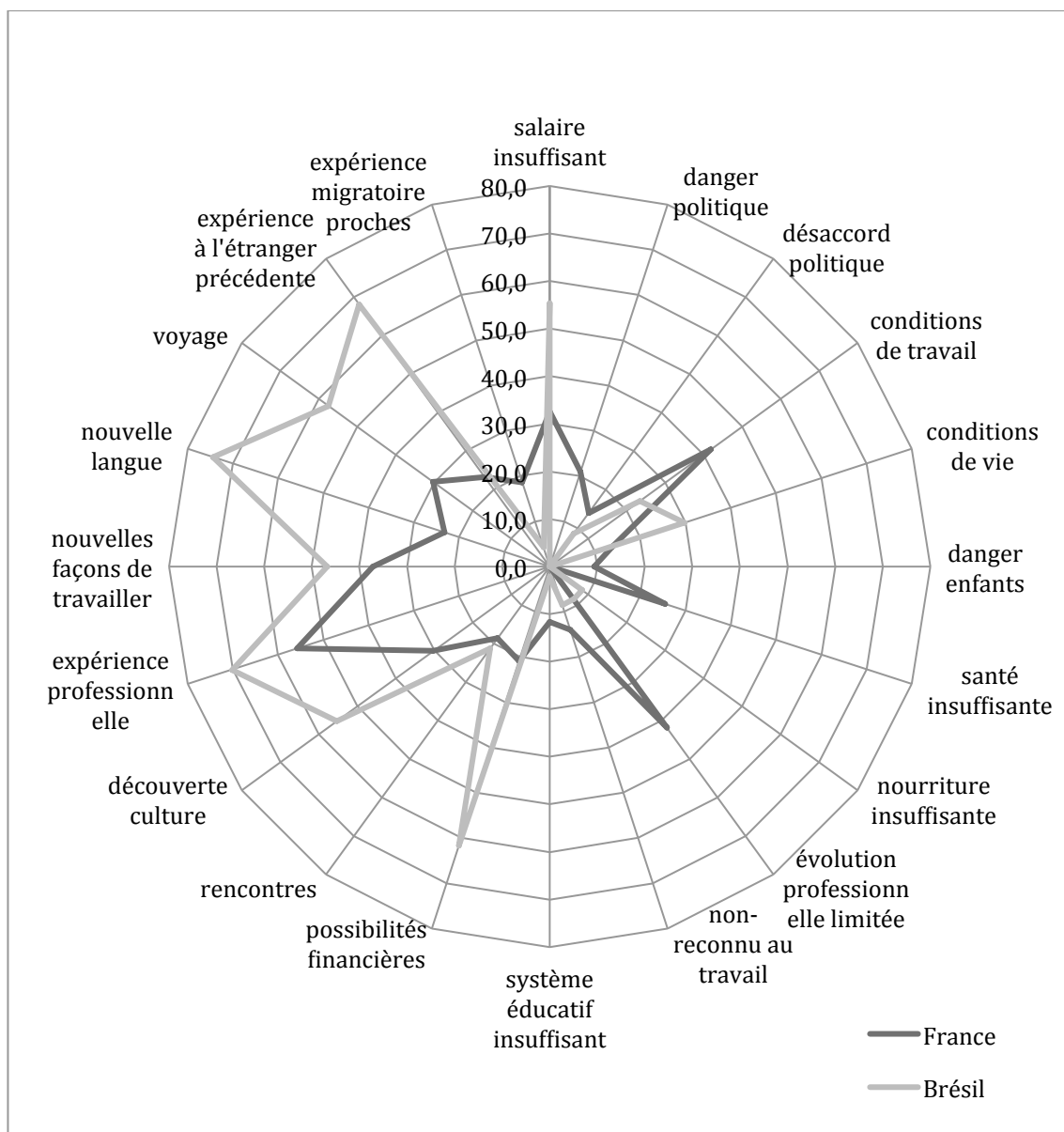
Le fait qu'environ un quart du total des sujets exerçant en France ait donné l'insuffisance d'accès aux soins et l'insuffisance du système de santé dans leur pays d'origine comme raison nous semble concerner lui aussi à la pratique professionnelle. Nous avons vu en effet dans les entretiens que la plupart des sujets sont venus en France dans le but d'apprendre de nouvelles techniques, de se former. Il se peut donc que cette réponse soit plus liée à l'insuffisance de moyens dans leur exercice professionnel qu'à une difficulté personnelle d'accès aux soins, comme nous les pensions au moment de formuler cette question.

En outre, nous avons donné aux sujets la possibilité de citer des raisons ne figurant pas dans la liste. Parmi les sujets exerçant en France, huit ont mentionné le fait d'être venus en France pour poursuivre leurs études, et sept des sujets que nous avons rencontrés lors des entretiens sont venus en France dans le but de poursuivre leur formation. Pour cinq d'entre eux, il s'agissait du facteur déclencheur de la migration et pour deux autres, cela a été une façon de préparer leur installation en France qui avait été motivée par le fait de suivre le conjoint. En ce qui concerne les questionnaires, 4 sujets ont également évoqué cette raison. Dans les questionnaires, deux sujets ont évoqué le fait

d'être venu en France avec pour objectif de rentrer à la fin de ses études. L'un d'entre eux est de nationalité Malienne et a dit avoir été contraint de rester à cause de la guerre, l'autre sujet est syrien et n'a pas précisé la raison l'ayant poussé à rester en France mais s'il est dans le même cas que les trois sujets syriens que nous avons rencontrés lors des entretiens, il se peut que ce soit la guerre et la situation politique actuelle dans son pays d'origine qui l'ont forcé à rester. Ainsi, dans le cas de ces cinq sujets, la démarche entreprise à l'origine était une démarche de mobilité en vue de se former. Leur projet a dû être modifié par un événement indépendant de leur volonté et il nous semble qu'il s'agit d'un facteur à prendre en compte. Un autre élément qui est souvent revenu dans les réponses libres est le fait d'avoir un conjoint français qu'ils ont rejoint. Six sujets parmi lesquels cinq femmes ont cité cette raison. Aucun des sujets ayant répondu au questionnaire n'a précisé s'il avait suivi son conjoint lorsque celui-ci avait fait le choix de venir en France mais nous verrons à travers les entretiens qu'il s'agit d'une donnée récurrente du parcours des sujets et en particulier des femmes.

En ce qui concerne les réponses libres fournies par les sujets cubains, trois d'entre eux ont cité le souhait d'aider la population brésilienne et notamment les patients vivant dans des zones de pénurie médicale. Un d'entre eux a cité le fait de participer au programme afin d'aider son pays à améliorer sa situation financière, un autre a cité comme raison le fait que son pays est victime d'une crise générale. Un autre a cité le fait de pouvoir améliorer sa qualité de vie et celle de sa famille et enfin un dernier a cité le fait que sa vie était limitée à Cuba. Plusieurs ont cité le fait d'améliorer leur situation économique et celle de leur famille. Nous pensions obtenir plus de réponses de ce type, liées au souhait pour ces médecins d'améliorer leurs conditions de vie et de se détacher des conditions de vie dans leur pays. Les difficultés que nous avons rencontrées pour mener à bien ce travail du fait de blocages des autorités, et notamment le fait qu'il existe une interdiction d'interviewer les médecins cubains participant au programme nous amène à nous interroger sur leur liberté à répondre au questionnaire. Une crainte d'être sanctionné pourrait les avoir poussés à ne pas donner ce type de raisons.

Figure 7 – Raisons ayant motivé le départ du pays d'origine selon le pays d'exercice



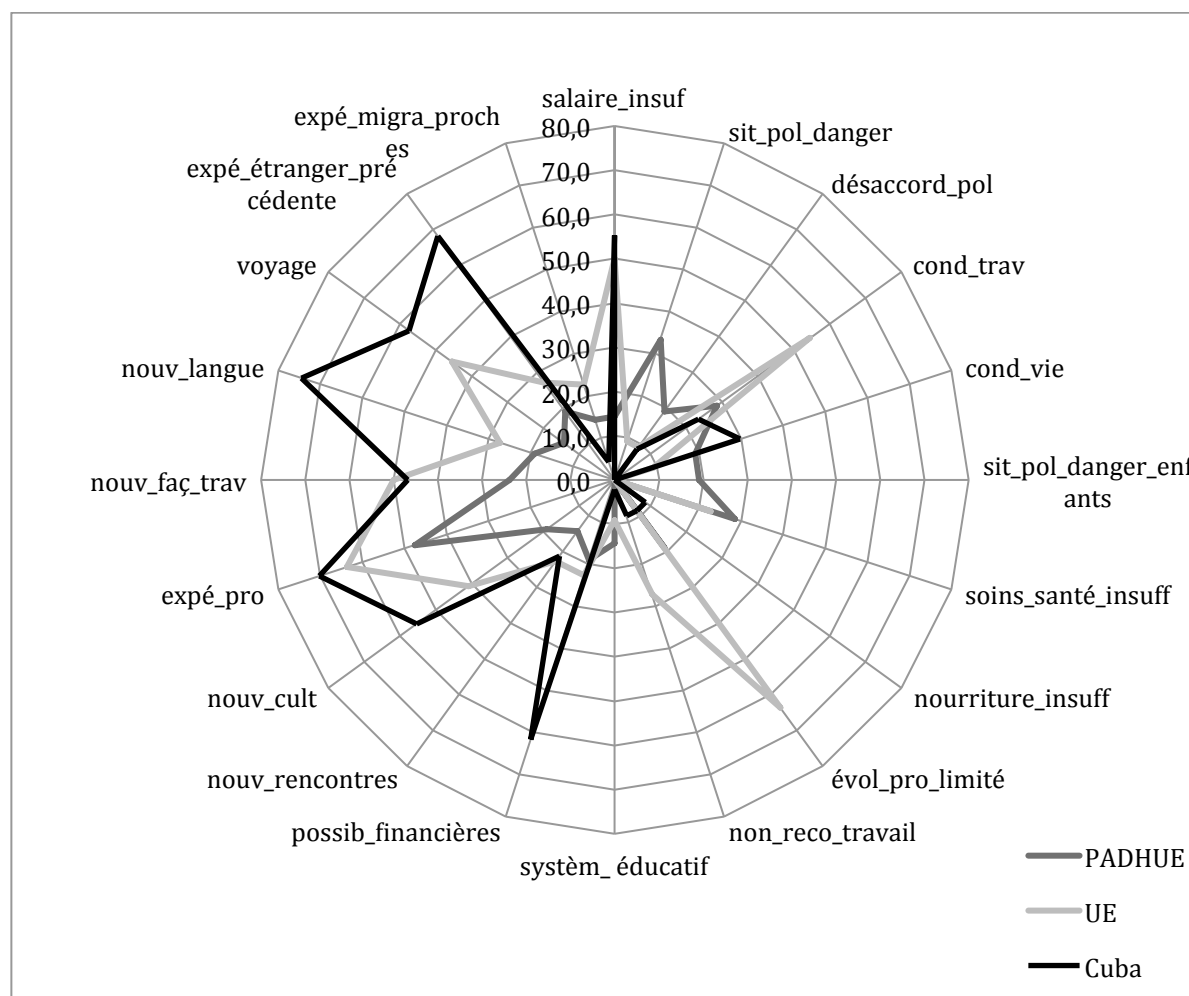
La figure 7 montre les raisons évoquées par les sujets exerçant en France et ceux exerçant au Brésil. Nous voyons quelques différences dans les raisons évoquées par les deux groupes. Ainsi, nous voyons que les sujets exerçant au Brésil sont plus nombreux à citer le fait de percevoir un salaire insuffisant ($X^2 (1, N=90) = 4,71 ; p = 0,030$) et d'espérer améliorer leurs conditions financières ($X^2 (1, N=90) = 15,3 ; p = 0,000$), cependant, ils ne semblaient pas percevoir que leur évolution professionnelle était limitée, contrairement aux sujets exerçant en France qui ont été plus nombreux à évoquer cette raison ($X^2 (1, N=90) = 13,52 ; p = 0,000$) ainsi que les insuffisances du système de santé

(X^2 (1, N=90) = 13,70 ; p = 0,000). Concernant les conditions de travail, les conditions de vie, le fait de faire de nouvelles rencontres, le fait de ne pas se sentir reconnu dans son travail, les deux groupes ont peu évoqué ces raisons et nous n'avons pas mis en évidence de différence dans leurs réponses. De même, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative dans leur réponse concernant le fait d'acquérir de l'expérience (X^2 (1, N=90) = 2,00 ; p = 0,157), il s'agit d'une raison fréquemment évoquée par les deux groupes, ni dans le fait de découvrir de nouvelles façons de travailler (X^2 (1, N=90) = 0,85 ; p = 0,357), puisque les sujets des deux groupes répondent aussi souvent oui que non.

Enfin, nous avons pu remarquer un ensemble de raisons évoquées plus fréquemment par les médecins exerçant au Brésil et relevant de la mobilité professionnelle. Nous avons déjà remarqué cette différence chez les médecins diplômés dans l'UE par rapport aux PADHUE mais n'avons pas pu montrer de différence statistiquement significative pour toutes les raisons. Lorsque l'on s'intéresse au pays d'exercice, on parvient à montrer que les médecins cubains évoquent beaucoup plus fréquemment le fait de découvrir une nouvelle culture (X^2 (1, N=90) = 2,00 ; p = 0,016), d'apprendre une nouvelle langue (X^2 (1, N=90) = 2,00 ; p = 0,000), de voyager (X^2 (1, N=90) = 2,00 ; p = 0,009) mais pas de faire nouvelles rencontres. De plus, les médecins cubains sont significativement plus nombreux à avoir eu une expérience précédente à l'étranger (32 sur 49), comme nous l'a montré le test du Khi-deux que nous avons réalisé (X^2 (1, N=90) = 18,13 ; p = 0,000).³⁷ Contrairement à ce que nous attendions, les sujets cubains n'ont pas évoqué le fait d'être en désaccord avec la politique de leur pays, ni d'avoir des conditions de vie problématiques.

³⁷ Concernant ce dernier résultat, nous aurions dû ajouter une question pour savoir dans quel pays avait eu lieu cette expérience afin de savoir d'une part si la langue du pays en question avait une importance, c'est-à-dire s'il s'agissait d'un pays hispanophone ou anglophone dans la mesure où la majorité ont déclaré parler anglais, mais aussi s'il s'agissait spécifiquement du Venezuela et du précédent programme d'échange mis en place entre le gouvernement cubain et le gouvernement Vénézuélien.

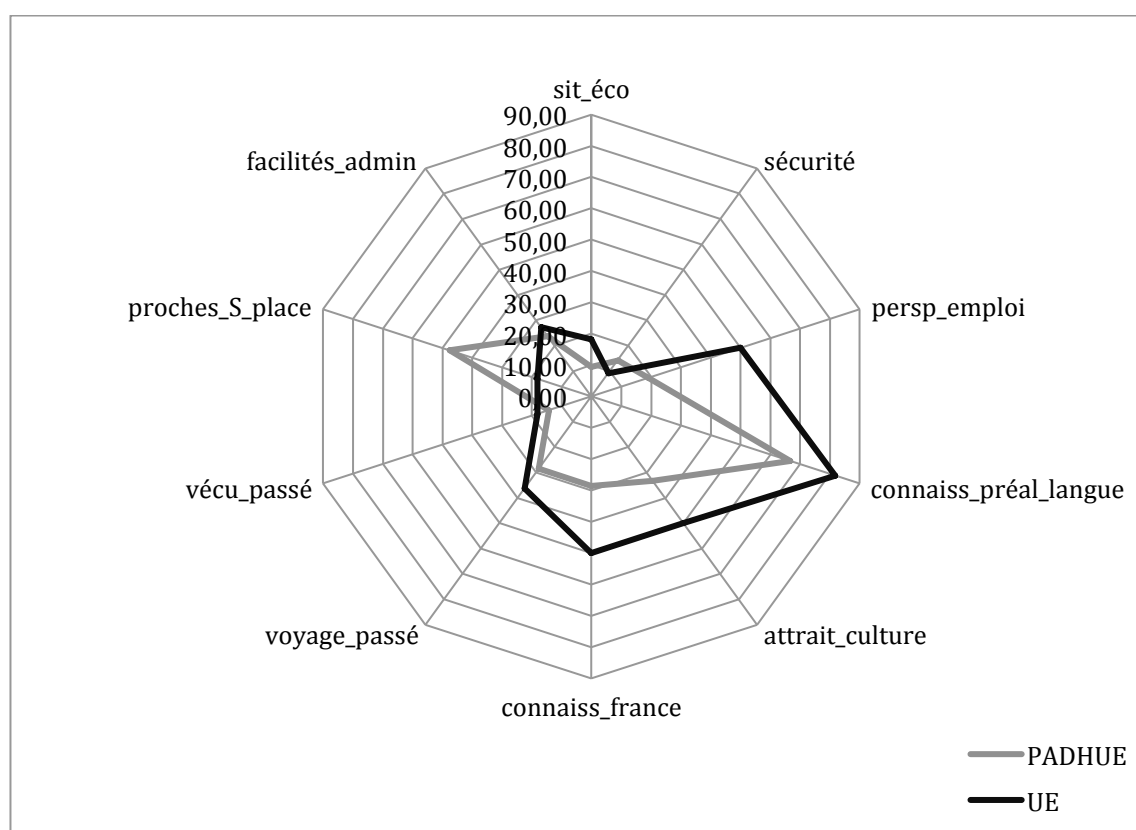
Figure 8 - Raisons évoquées par les sujets pour entreprendre une migration en fonction du lieu du diplôme



Enfin, nous souhaiterions attirer l'attention sur un ensemble d'éléments du graphique ci-dessus (Figure 8) qui correspond aux raisons citées par les sujets pour entreprendre une migration en fonction de leur lieu de diplôme et synthétise donc les éléments que nous avons évoqués précédemment. Nous voyons quelques éléments partagés par deux groupes ou l'ensemble des groupes et nous voyons plusieurs éléments se détacher, ce qui nous indique qu'il existe des caractéristiques propres à un seul groupe. Ainsi, nous voyons sur ce graphique que le sentiment d'avoir une évolution professionnelle limitée est propre aux médecins diplômés dans l'UE alors que le fait de chercher à améliorer ses conditions financières et d'avoir eu une expérience précédente à l'étranger et la volonté d'apprendre une nouvelle langue sont des caractéristiques propres aux médecins cubains. Nous voyons aussi que le fait de découvrir de nouvelles façons de

travailler et d'acquérir de l'expérience professionnelle mais aussi le fait de percevoir son salaire comme étant insuffisant sont des caractéristiques que les médecins diplômés dans l'UE et les médecins cubains partagent alors que les PADHUE ont rarement cité ces raisons. Les tests du Khi-deux que nous avons effectués ont montré que les réponses des trois groupes pour ces raisons étaient significativement différentes au risque de 5%.

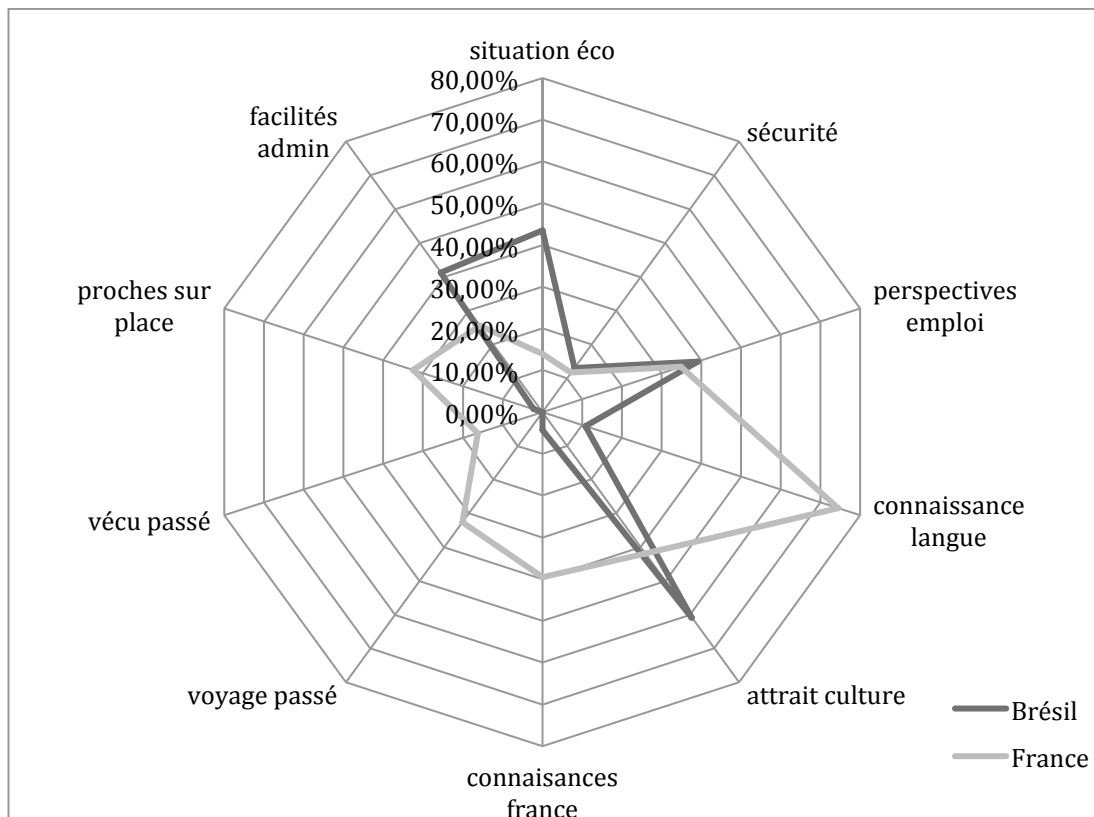
Figure 9 - Raisons ayant motivé le choix de la France comme pays cible selon le lieu d'obtention du diplôme



La figure 9 recense les raisons ayant motivé le choix du pays cible. Nous voyons que la raison principale évoquée par les sujets exerçant en France est le fait qu'ils connaissaient déjà le français puisqu'elle a été choisie par une proportion importante des sujets, à savoir deux tiers des PADHUE et 80% des médecins diplômés dans l'UE, un test d'indépendance du Khi-deux nous a permis de mettre en évidence qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ($X^2 (1, N=43) = 1,226 ; p = 0,268$), par conséquent, la connaissance préalable du français semble avoir été un facteur important dans le choix de la France. Si l'on met en perspective ce résultat avec les résultats obtenus pour la question précédente, on peut penser que les sujets ayant entrepris une démarche de migration professionnelle ont effectués un choix stratégique en partant dans

un pays dont ils maîtrisaient déjà la langue, ou du moins dont la langue ne leur était pas étrangère. Quatre des sujets que nous avons rencontrés lors des entretiens étaient dans ce cas et avaient une connaissance préalable du français. Toutefois, cela n'a pas été déterminant dans leur choix. En ce qui concerne les autres raisons, un test exact de Fisher nous a montré qu'il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes pour le fait de trouver la situation économique du pays favorable ($p=0,664$) et de trouver qu'il s'agit d'un pays sûr ($p=0,664$) ainsi que pour le fait d'y avoir vécu par le passé ($p=1,00$). De même, nous n'avons pas montré de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne l'attrait pour la culture ($X^2(1, N=43) = 1,23$; $p = 0,27$), le fait d'avoir des connaissances vivant en France ($X^2(1, N=43) = 2,07$; $p = 0,151$), d'y avoir déjà voyagé ($X^2(1, N=43) = 0,30$; $p = 0,596$) et enfin d'avoir des facilités administratives ($X^2(1, N=43) = 4,24$; $p = 0,039$). En revanche, les PADHUE ont été significativement plus nombreux à avoir cité le fait des proches sur place ($X^2(1, N=43) = 4,24$; $p = 0,039$) puisqu'ils sont 10 sur 21 à avoir coché cette case contre 4 sur 22 pour les médecins diplômés dans l'UE. Enfin, les médecins diplômés dans l'UE ont été plus nombreux à citer le fait d'avoir des perspectives d'emploi plus favorables en France ($X^2(1, N=43) = 4,53$; $p = 0,033$).

Figure 10 – Raisons ayant motivé le choix du pays d'exercice en fonction du pays d'exercice



Sur la figure 10, nous pouvons voir les différentes raisons évoquées par les sujets exerçant en France et au Brésil et ayant motivé leur choix du pays cible. Ici aussi, nous avons regroupé les sujets exerçant en France pour comparer leurs réponses à celles des sujets exerçant au Brésil. Nous avons pu mettre en évidence des différences dans les réponses des sujets exerçant au Brésil par rapport aux sujets exerçant en France. Les sujets exerçant au Brésil ont été plus nombreux à citer la situation économique favorable ($X^2(1, N=90) = 8,941$; $p = 0,003$). Les sujets exerçant en France ont été plus nombreux à citer :

- La connaissance préalable de la langue ($X^2(1, N=90) = 32,73$; $p = 0,000$)
- Le fait d'avoir des connaissances vivant en France ($X^2(1, N=90) = 16,78$; $p = 0,000$)
- Le fait d'avoir des proches vivant en France ($X^2(1, N=90) = 14,972$; $p = 0,000$)
- Le fait d'avoir voyagé en France dans le passé ($X^2(1, N=90) = 18,12$; $p = 0,000$)
- Et enfin le fait d'avoir vécu en France dans le passé ($p = 0,004$)

En revanche, nous n'avons pas observé de différence significative entre les réponses des sujets exerçant en France et au Brésil pour les raisons suivantes :

- Le pays semble sûr ($X^2(1, N=90) = 0,027$; $p = 0,869$)

- Les perspectives d'emploi semblent satisfaisantes ($\chi^2(1, N=90) = 0,113$; $p = 0,737$)
- La culture du pays était attirante ($\chi^2(1, N=90) = 2,82$; $p = 0,093$)
- Les sujets pouvaient disposer de facilités administratives ($\chi^2(1, N=90) = 2,227$; $p = 0,136$)

Ce dernier résultat nous étonne dans la mesure où nous pensions que la totalité des sujets participant au programme Mais Médicos évoqueraient cette raison. Enfin, nous souhaitons terminer cette analyse des raisons ayant motivé le choix du pays cible par une remarque. Un élément cité pour justifier le choix de la France était pour la quasi totalité des sujets rencontrés lors d'entretien la qualité de la formation française. Il s'agit d'un aspect auquel nous n'avions pas pensé et celui-ci aurait dû avoir sa place dans le questionnaire. Il nous semble de plus qu'il s'agit d'un point de divergence entre les sujets exerçant en France et ceux exerçant au Brésil dans la mesure où la majorité ont été formés à Cuba, où la formation médicale est de réputée comme étant de très bonne qualité et dans la mesure où les médecins cubains ont été recrutés dans un cadre particulier, différent de celui des échantillons français. Nous voyons donc une différence importante dans les projets migratoires dans la mesure où les sujets exerçant au Brésil n'avaient pas pour objectif de parfaire leur formation mais venaient intégrer un programme gouvernemental spécifique qui comporte ses règles, son cadre et ses contraintes propres et s'apparentant plus à une mobilité professionnelle qu'à une migration à proprement parler. Cependant, les programme prévoit une durée relativement longue de séjour sur le territoire Brésilien (de trois à six ans) et il faudrait réinterroger ces médecins dans quelques années afin de voir comment leurs projets ont évolué et quelles sont les possibilités dont ils disposent afin de les mener à bien.

Ainsi, nous avons vu que les raisons les plus citées par les sujets exerçant aussi bien au Brésil qu'en France sont liées à l'évolution et à la carrière professionnelle ou à des aspects plus personnels et liés au voyage et à la mobilité. Les sujets exerçant en France étaient nombreux à avoir entrepris une démarche migratoire avec l'objectif d'améliorer leur carrière et de se former, souvent à la fin de leurs études. Certains d'entre eux avaient à l'origine un projet de mobilité avec un retour envisageable dans le pays d'origine et qui s'est transformé en installation définitive. D'autres ont suivi leur conjoint, ce qui n'a pas été le cas des sujets exerçant au Brésil, qui sont venus seuls pour la plupart dans la mesure où ils n'ont pas la possibilité de faire venir leur famille. Ces derniers ont plutôt entrepris

cette démarche pour améliorer leur situation économique ou celle de leur famille, mais aussi avec un attrait pour la culture brésilienne, la langue portugaise et le fait de voyager, ce qui correspondrait plus selon nous à une démarche de mobilité temporaire. Ils étaient nombreux à avoir déjà eu une expérience précédente à l'étranger et la plupart avaient déjà exercé leur métier pendant une dizaine d'années avant de venir au Brésil. Par conséquent, les sujets exerçant en France visent l'amélioration de leur carrière, alors que les sujets exerçant au Brésil visent l'amélioration de leur situation économique. Les conditions régissant l'exercice de leur profession peuvent expliquer en partie ces différences et nous avons fait le choix de nous intéresser en particulier aux médecins diplômés à Cuba et ayant pris part au programme Mais Médicos mais nous aurions sans doute obtenu des réponses différentes en interrogeant des médecins d'autres pays et inscrits dans ce programme.

Chapitre 3 : Modifications des pratiques déclarées par les sujets

Nous avons posé un ensemble de questions aux sujets concernant leurs pratiques afin de voir de quelle manière ils percevaient leur adaptation au pays d'accueil mais aussi quels étaient les liens qu'ils entretenaient avec leurs proches et leur pays d'origine.

3.1. Moyens de communication

La première concerne leurs modalités de communication avec leurs proches restés dans leur pays d'origine. Nous souhaitons savoir si les médecins diplômés dans un pays de l'Union Européenne utilisaient des moyens de communication différents et s'ils le faisaient à une fréquence différente des médecins diplômés hors de l'U.E. afin d'évaluer la question de la proximité et de l'éloignement familial. Comme nous l'avons en effet montré dans la première partie de notre présentation des résultats du questionnaire, la plupart des sujets ont déclaré avoir un conjoint ou des enfants présents en France. Nous avons pu mettre en évidence en réalisant un test de rapport de vraisemblance pour chacun des modes de communication proposés dans le questionnaire les résultats suivants :

- Pour les contacts par téléphone, il existe une différence significative dans les réponses des deux groupes ($\chi^2(3, N=43) = 12,84 ; p = 0,008$), les médecins diplômés

hors UE répondent plus souvent moins d'une fois par mois et les médecins diplômés dans l'UE répondent plus souvent « tous les jours ».

- Pour les contacts par e-mail, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes qui répondent le plus souvent parfois ($X^2(3, N=43) = 8,83$; $p = 0,065$)

- Pour les conversations vidéo (Skype), il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes et les réponses les plus citées sont jamais ou moins d'une fois par mois ($X^2(3, N=43) = 4,873$; $p = 0,301$), de même que pour les envois postaux ($X^2(3, N=43) = 4,553$; $p = 0,208$) et les transferts d'argent ($X^2(2, N=43) = 1,751$; $p = 0,417$).

Dans la mesure où nous n'avons relevé de différence significative que pour les contacts par téléphone, nous avons regroupé les deux groupes pour les comparer au groupe des médecins cubains. Nous avons obtenu les résultats suivants :

- Pour les appels téléphoniques ($X^2(3, N=90) = 2,443$; $p = 0,446$) et les envois par la poste ($X^2(3, N=90) = 4,319$; $p = 0,365$), il n'y a pas de différence significative entre les réponses des deux groupes. Les deux groupes téléphonent assez souvent (entre une fois par semaine et une fois par jour) et n'envoie pratiquement jamais de courrier.
- En ce qui concerne les e-mails ($X^2(3, N=90) = 33,84$; $p = 0,000$), les appels vidéo ($X^2(3, N=90) = 15,94$; $p = 0,003$) et les transferts d'argent ($X^2(3, N=90) = 27,926$; $p = 0,003$) il existe une différence significative entre les réponses des médecins cubains et des médecins exerçant en France. Nous avons ainsi pu remarquer que les médecins exerçant au Brésil sont nombreux (37 sur 47) à envoyer des e-mails à leurs proches de manière quotidienne ce qui n'est pas le cas pour les médecins exerçant en France. Enfin, en ce qui concerne les transferts d'argent, peu de médecins exerçant en France ont déclaré envoyer de l'argent à leurs proches alors que les trois quarts des médecins exerçant au Brésil ont en revanche répondu qu'ils envoyaient de l'argent à Cuba de manière mensuelle.

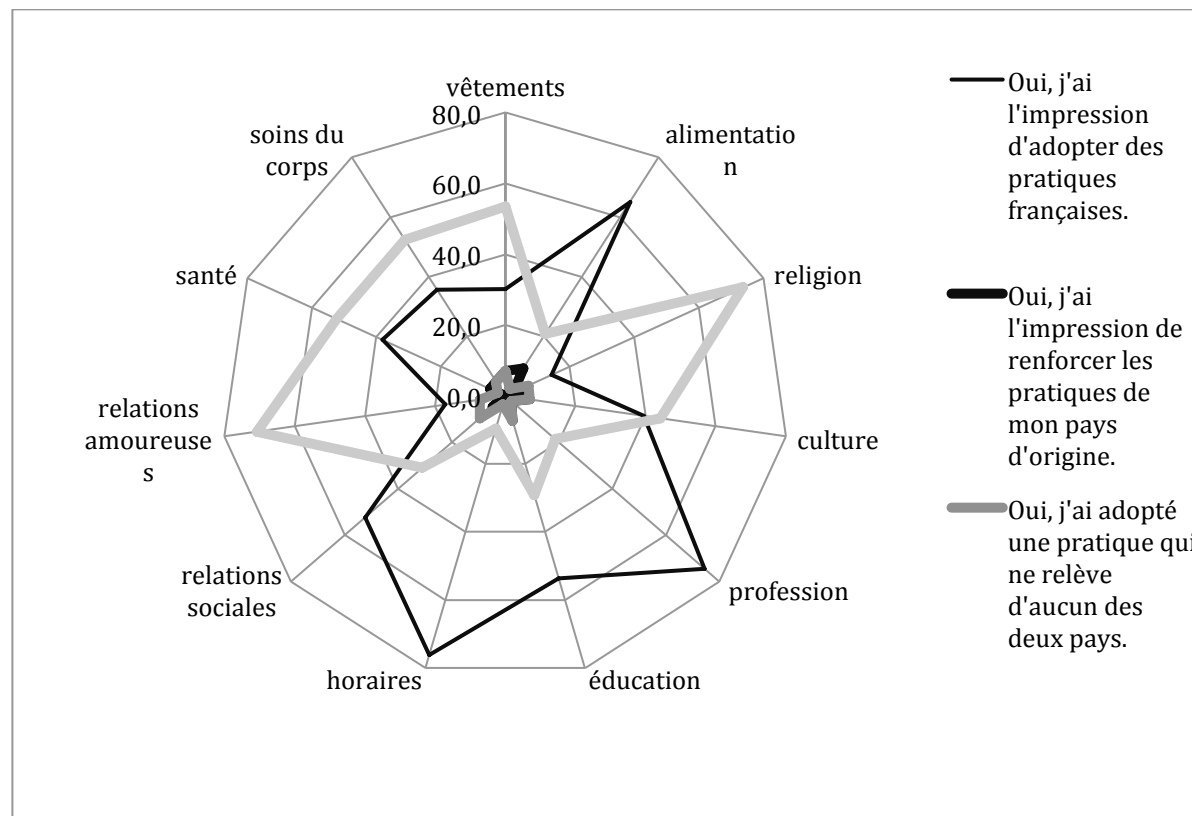
Nous voyons tout de même que les moyens de communication privilégiés sont le téléphone et les courriers électroniques, des moyens de communication qui nous semblent être « de proximité » surtout pour le téléphone. Nous nous attendions cependant à ce que les sujets déclarent avoir fréquemment recours à des appels vidéo, or, il semblerait que cela ne fasse pas partie de leurs pratiques. Enfin, nous avons vu une différence concernant les transferts d'argent qui pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des médecins exerçant en France vivent en avec leur famille sur place alors que la majorité des

médecins cubains sont séparés de leur famille à qui ils envoient de l'argent. Nous voyons ici que le fait que la famille soit restée dans le pays d'origine force le sujet à conserver des liens de plusieurs manières, il est obligé soit de prévoir un moyen d'être réuni avec sa famille, soit une trajectoire où il vivra toujours séparé de ses proches.

3.2. Modification des pratiques quotidiennes et stratégies d'acculturation

Nous avons ensuite analysé les questions que nous avons posées aux sujets concernant la façon dont ils pensaient avoir modifié leurs pratiques quotidiennes dans différents domaines. Nous avons ensuite analysé les réponses des sujets exerçant en France puis celles de sujets exerçant au Brésil. Ensuite, nous avons confronté leurs réponses puis nous avons mené une réflexion sur la façon dont ces réponses montraient quelles sont les politiques d'acculturation du pays d'accueil et quelle était la conséquence pour les sujets en termes de mode de vie.

Figure 11 – Modifications des pratiques déclarées par les sujets exerçant en France

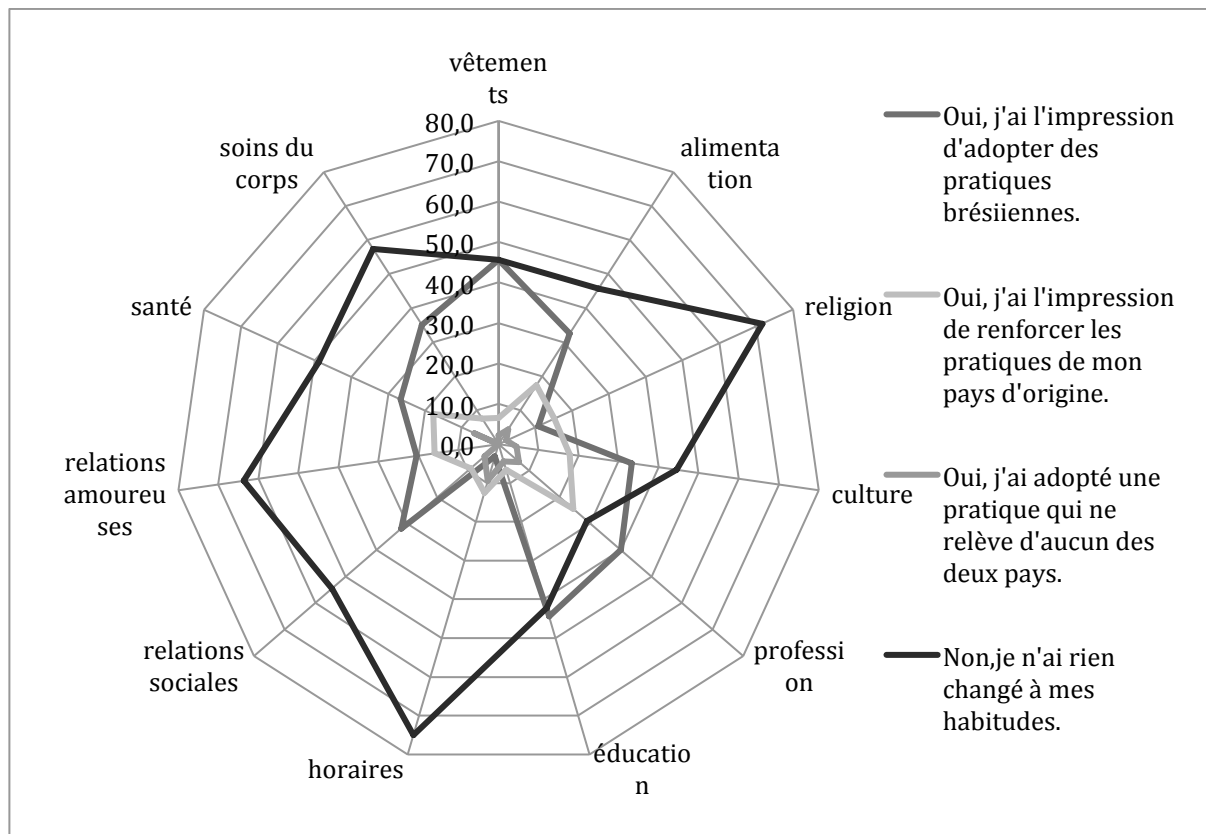


La figure 11 rend compte des réponses à la question concernant les modifications des pratiques déclarées par les sujets exerçant en France, qui visait à rendre compte des stratégies d'acculturations des sujets. Nous pouvons voir deux groupes de réponses se détacher de l'ensemble :

- les pratiques liées aux relations amoureuses, à la santé personnelle, aux soins du corps, à l'habillement et à la religion auxquelles les sujets ont répondu en majorité « non, je n'ai rien changé à mes habitudes ». Il semblerait donc que pour les pratiques relevant du domaine privé, à l'exception de l'alimentation, les sujets aient en majorité le sentiment de ne pas avoir modifié leurs pratiques. Nous avons conçu cet item comme un indice d'une stratégie d'intégration mais il nous semble difficile de se prononcer sur une stratégie d'acculturation en prenant en compte seulement celui-ci.
- les pratiques liées aux horaires, aux relations sociales, à l'éducation des enfants, à la profession et à l'alimentation, à propos desquelles les sujets ont répondu « j'ai l'impression d'adopter des pratiques françaises ».

En ce qui concerne les réponses des sujets exerçant au Brésil à cette question, nous avons obtenu des résultats légèrement différents comme le montre le graphique ci-dessous (Figure 12) où nous voyons que les sujets exerçant au Brésil semblent être nombreux à répondre qu'ils n'ont pas modifié leurs pratiques en ce qui concerne les horaires, les relations amoureuses, la santé, les soins du corps et la religion.

Figure 12 - Modifications des pratiques déclarées par les sujets exerçant au Brésil



Nous avons effectué des tests du rapport de vraisemblance qui nous ont permis de montrer que les résultats des deux groupes (médecins exerçant en France versus médecins exerçant au Brésil) sont significativement différents en ce qui concerne la profession ($X^2(4, N=90) = 18,74 ; p = 0,006$), les horaires ($X^2(4, N=90) = 17,12 ; p = 0,006$), l'éducation ($X^2(4, N=90) = 28,97 ; p = 0,000$), les relations sociales ($X^2(4, N=90) = 10,47 ; p = 0,033$) et l'alimentation ($X^2(4, N=90) = 11,81 ; p = 0,019$). Elles sont similaires en ce qui concerne les autres domaines. Ainsi, 75% des sujets exerçant au Brésil ont indiqué ne rien avoir changé à leurs habitudes en ce qui concerne les horaires alors que 76,2% des sujets exerçant en France ont indiqué avoir adopté des pratiques françaises. Il se peut que ce résultat s'explique par une proximité entre les pratiques cubaines et brésiliennes et une grande différence entre les pratiques françaises et les pratiques d'autres pays ou bien, il se peut que les médecins exerçant au Brésil aient plus de liberté pour adapter leurs horaires. Les entretiens nous ont apporté peu d'éléments à ce sujet, seul un sujet exerçant en France nous a fait part de son expérience. En ce qui concerne la profession, 74,4% des médecins exerçant en France ont répondu qu'ils avaient adopté des pratiques françaises alors que seulement 40% des médecins du programme Mais Médicos ont déclaré avoir adopté des pratiques brésiliennes, 28,9% ont déclaré avoir gardé leurs habitudes et 24,4% ont déclaré qu'ils renforçaient les pratiques

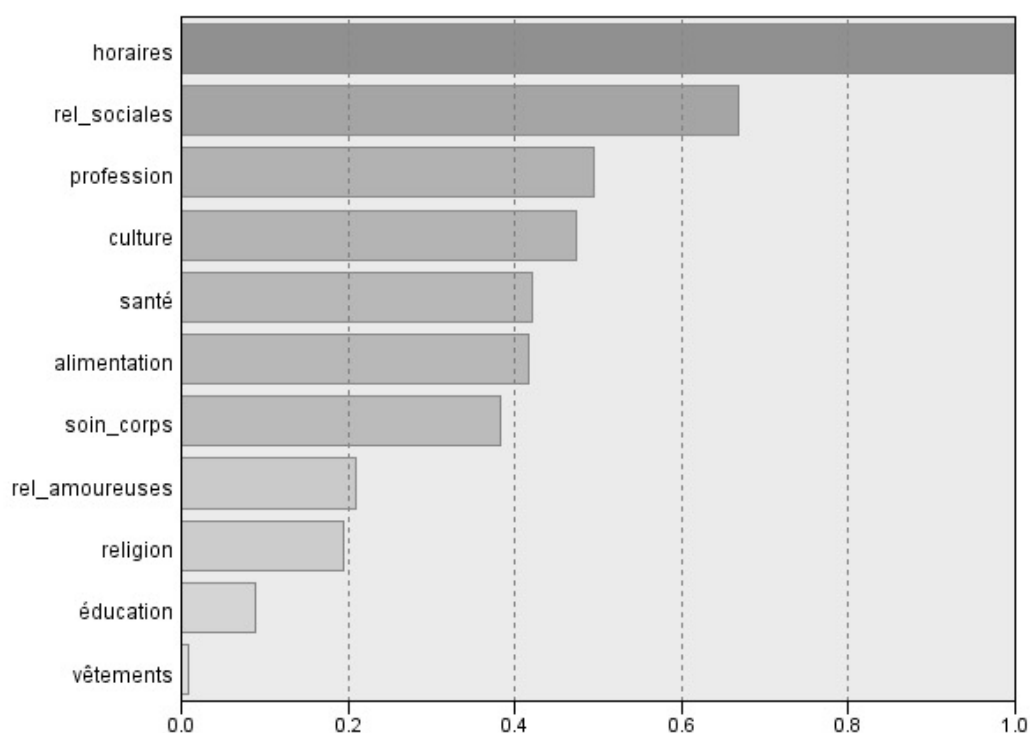
de leurs pays d'origine. Pour l'alimentation, 66,7% des sujets exerçant en France ont déclaré avoir adopté des pratiques locales contre 35% de sujets exerçant au Brésil, ces derniers ont été 45,7% à déclarer ne pas avoir modifié leurs habitudes. Concernant les relations sociales, environ la moitié des sujets exerçant en France déclarent adopter des pratiques locales contre le tiers des sujets exerçant au Brésil, à l'inverse la moitié des sujets exerçant au Brésil déclarent conserver leurs habitudes contre un tiers des sujets exerçant en France. En ce qui concerne les pratiques éducatives, 55% des sujets exerçant en France déclarent avoir adopté des pratiques françaises et 30% déclarent avoir conservé leurs habitudes. Parmi les sujets exerçant au Brésil, 80% déclarent avoir conservé leurs habitudes.

Nous avons vu de plus sur la figure 8 que les modifications des pratiques semblaient se séparer en deux groupes distincts, un groupe adoptant majoritairement des pratiques du pays d'accueil et l'autre groupe déclarant ne rien avoir changé à ses pratiques. Toutefois, nous n'avons pas pu montrer de manière satisfaisante en réalisant des tests du Khi-deux variable par variable qu'il existait un lien entre ces différentes pratiques et d'autres caractéristiques de l'échantillon. Nous avons souhaité approfondir notre analyse en opérant un regroupement des items de la question que nous avons posée aux sujets à propos des modifications qu'ils ont pu opérer quant à leurs pratiques quotidiennes afin de les prendre en compte comme un ensemble qui témoignerait d'une logique liée aux processus d'acculturation des sujets et donc de mieux comprendre en quoi celles-ci peuvent être liées aux processus identitaires des sujets. Pour réaliser cette analyse des réponses à la question concernant les modifications de leurs pratiques opérées par les sujets, nous avons pris en compte l'ensemble des items que nous leur avons proposé afin de voir s'il était possible de dresser un « profil » en fonction du type de réponse choisi et donc en lien avec les stratégies d'acculturation.

Nous avons obtenu deux clusters différents, le premier incluant 30 sujets et le deuxième incluant 47 sujets, 13 sujets ayant été exclus des clusters par le logiciel parce qu'ils n'avaient pas répondu à certains items. Les réponses des deux groupes se concentrent autour de deux pôles de réponses : soit ils ont répondu qu'ils n'avaient rien changé à leurs pratiques, soit ils ont répondu qu'ils avaient eu l'impression d'adopter des pratiques françaises. La répartition de leurs réponses fonctionne en « miroir », ce que nous avons entrevu lors de l'analyse des pourcentages de réponses et qui se voit confirmé par l'analyse par clusters. L'analyse par clusters nous a permis de mettre en évidence

deux groupes, un groupe (cluster 1) dont la majorité des sujets ont répondu « j'ai l'impression d'avoir adopté des pratiques françaises » et un groupe (cluster 2) où la majorité des sujets ont répondu « je n'ai rien changé à mes pratiques » pour les horaires, la profession, les relations sociales, l'alimentation, la santé, les pratiques culturelles, et enfin, les soins du corps. Concernant les vêtements, les relations amoureuses, la pratique religieuse et l'éducation, les sujets des deux clusters ont tendance à apporter la même réponse ce qui correspond à ce que nous avons montré précédemment à propos des réponses de l'ensemble de l'échantillon.

Figure 13 - Ordre d'importance des variables comme facteur de prédiction dans l'analyse des pratiques



La figure 13 montre l'importance des variables liées à la question concernant les pratiques par ordre d'importance comme facteur de prédiction et montre donc que les horaires, la profession, les relations sociales, les pratiques culturelles et la santé sont les variables qui différencient le plus les deux groupes. Un test d'indépendance du Khi-Deux nous a permis de voir que l'appartenance au cluster 1 ou au cluster 2 n'est pas liée au fait d'avoir obtenu son diplôme dans l'UE, hors de l'UE ou à Cuba en effet il n'y a pas de différence significative dans la répartition des différents lieux d'obtention du diplôme entre les deux clusters ($\chi^2(1, N=76) = 3,093; p = 0,213$). En revanche, nous avons cherché à savoir si d'autres variables pouvaient avoir un rôle dans cette répartition et nous

avons pu constater qu'il existe une différence significative dans les réponses des sujets connaissant des personnes en France ou au Brésil autres que des membres de leur famille ($\chi^2(1, N=38) = 11,891$; $p = 0,001$) en ce qui concerne la modification de leurs pratiques. On ne retrouve aucun sujet ayant déclaré avoir des connaissances en France dans le Cluster 2 où la majorité des sujets ont déclaré qu'ils n'avaient rien changé à leurs pratiques. De plus, nous avons pu voir que les sujets dont les enfants sont présents avec eux sont significativement plus nombreux dans le cluster 1 ($\chi^2(1, N=38) = 6,778$; $p = 0,009$) et enfin qu'il y a significativement plus de femmes dans le cluster 2 que dans le cluster 1 ($\chi^2(1, N=38) = 4,093$; $p = 0,043$).

3.3. Relations sociales

Nous avons ensuite proposé aux sujets une question concernant leurs relations sociales et l'origine de leurs amis. Le test d'indépendance du Khi-deux que nous avons réalisé ne nous a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les deux groupes concernant l'origine de leur amis ($\chi^2(3, N=43) = 5,53$; $p = 0,137$), leurs préférences ($\chi^2(3, N=43) = 5,53$; $p = 0,137$), leurs facilités à rencontrer des personnes ($\chi^2(3, N=43) = 0,523$; $p = 0,914$) et leurs facilités à se faire des amis ($\chi^2(3, N=43) = 1,44$; $p = 0,696$). Nous avons ainsi regroupé les deux groupes afin de les comparer au groupe des médecins exerçant au Brésil. Là encore, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative concernant l'origine de leurs amis, ($\chi^2(3, N=43) = 5,07$; $p = 0,280$), leurs préférences ($\chi^2(3, N=43) = 5,96$; $p = 0,202$), leurs facilités à rencontrer des personnes ($\chi^2(3, N=43) = 2,24$; $p = 0,525$), en revanche, les médecins exerçant au Brésil ont été plus nombreux à se lier d'amitié avec des brésiliens ($\chi^2(3, N=43) = 11,23$; $p = 0,024$). Ce dernier résultat peut s'expliquer par le fait qu'ils sont souvent les seuls cubains dans leur ville, ils ont donc vraisemblablement peu d'opportunités de se lier d'amitié avec des compatriotes.

Chapitre 4 : Niveau de langue et langues parlées

En ce qui concerne les langues, nous avons posé deux questions aux sujets. D'une part, nous leur avons demandé d'évaluer leur niveau de langue française ou portugaise

selon quatre critères, la compréhension orale, la lecture, la production orale et la production écrite. D'autre part, nous leur avons posé plusieurs questions concernant les langues étrangères qu'ils maîtrisent.

4.1. Apprentissage de la langue du pays d'accueil

Nous avons cherché à voir si les sujets exerçant au Brésil déclaraient avoir un niveau différent des sujets exerçant en France et avons mis en évidence les résultats suivants par la réalisation d'un test du rapport de vraisemblance ou du Khi-deux le cas échéant :

- pour le modalité niveau de lecture : $X^2 (1, N = 90) = 2,776$; $p = 0,106$
- pour la modalité niveau de compréhension orale : $X^2 (1, N = 90) = 0,33$; $p = 0,856$
- pour la modalité niveau de production écrite : $X^2 (2, N = 90) = 7,059$; $p = 0,000$
- pour la modalité niveau d'expression orale : $X^2 (1, N = 90) = 22,126$; $p = 0,000$

Les sujets des deux groupes ont en majorité déclaré avoir une bonne compréhension écrite et orale. En revanche, pour les modalités liées à la production, qu'elle soit orale ou écrite, la répartition n'est pas homogène. Les sujets exerçant au Brésil sont en effet plus nombreux que les sujets exerçant en France à déclarer avoir un niveau moyen en compréhension orale (27 sujets sur 47 contre 5 sujets sur 43) et écrite (23 sujets sur 47 contre 2 sujets sur 43). Les sujets exerçant en France déclarent généralement avoir un bon niveau des les quatre modalités.

En ce qui concerne la langue, les sujets des deux groupes ont en majorité déclaré avoir une bonne compréhension écrite et orale. En revanche, pour les modalités liées à la production, qu'elle soit orale ou écrite, la répartition n'est pas homogène. Les sujets exerçant au Brésil sont en effet plus nombreux que les sujets exerçant en France à déclarer avoir un niveau moyen en compréhension orale. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'ils sont arrivés depuis moins de 3 ans au Brésil et ont donc eu moins de temps pour apprendre le portugais malgré la proximité de cette langue avec leur langue maternelle, l'Espagnol. Concernant les sujets exerçant en France, il nous semble difficile de se prononcer sur la raison pour laquelle ils ont majoritairement déclaré avoir un bon niveau de langue française à l'écrit comme à l'oral puisqu'ils sont en France depuis longtemps pour la plupart mais aussi parce que nous avons vu qu'une proportion importante connaissant déjà le français avant de venir exercer en France. Cependant, si

l'on se réfère à Déplaud (2011), la majorité des médecins à diplôme hors UE exerçant en France viennent d'anciennes colonies ou d'anciens protectorats français, ce qui peut expliquer en partie le fait que la plupart ont choisi la France parce qu'ils maîtrisaient la langue. Ceci implique également, comme nous verrons à travers le récit de vie de deux des sujets qu'ils entretiennent un rapport avec la France et l'appartenance avec la France lié à son histoire coloniale et qu'ils étaient familiarisés avec la culture française depuis l'enfance.

4.2. Maîtrise d'une ou plusieurs langues étrangères

La deuxième question que nous leur avons posée concerne le fait de maîtriser une langue étrangère en plus de leur langue maternelle et du français ou du portugais. Sur les 90 sujets ayant répondu à la question, 72 sujets (soit 80%) ont déclaré parler une autre langue et 18 (soit 20%) sujets ont déclaré ne pas parler d'autre langue. Un test binomial a montré que la proportion de sujets parlant une langue étrangère de 80% était significativement supérieure à la proportion attendue de 50% ($p = .000$, bilatéral). Nous avons également cherché à savoir si malgré ce résultat, il existait une différence significative dans la maîtrise d'une langue étrangère entre les médecins exerçant en France et ceux exerçant au Brésil. Le test d'indépendance du Khi-deux que nous avons effectué n'a pas montré de différence significative entre ces deux parties de l'échantillon pour les deux modalités ($\chi^2 (1, N = 90) = 0,713$ $p > .05$). Ainsi, nous remarquons que l'une des caractéristiques des sujets de notre échantillon est de maîtriser une langue étrangère en plus du français et de leur langue maternelle. Les tableaux suivants (tableaux 8 et 9) reprennent les langues étrangères parlées par les sujets des deux échantillons.

Tableau 8 - Langues parlées par les sujets exerçant en France

France		
Maîtrise d'une langue étrangère différente de la langue du pays d'accueil	Nombre de sujets	Pourcentage de sujets
Oui	36	83,7%
Non	7	16,3%
Langues		
anglais	22	61,1%
anglais, allemand	2	5,6%
anglais, arabe	1	2,8%
anglais, bulgare	1	2,8%
anglais, espagnol	3	8,3%
anglais, néerlandais	3	8,3%
anglais, italien	1	2,8%
espagnol, berbère	1	2,8%
russe	1	2,8%
absence de réponse	1	2,8%

Tableau 9 - Langues parlées par les sujets exerçant au Brésil

Brésil		
Maîtrise d'une langue étrangère différente de la langue du pays d'accueil	Nombre de sujets	Pourcentage de sujets
Oui	36	76,6%
Non	11	23,4%
Langues		
anglais	30	83,3%
anglais, créole haïtien	1	2,8%
anglais, français	3	8,3%
espagnol, français, arabe	1	2,8%
absence de réponse	1	2,8%

Ceci a pu orienter plus tard le choix du pays dans lequel partir au moment d'entreprendre une migration. Une grande proportion de l'échantillon déclare parler anglais, quel que soit le pays d'exercice, nous ne leur avons toutefois pas demandé quel était leur niveau de maîtrise de cette langue mais ce résultat peut indiquer que ces professionnels ont un attrait pour une carrière internationale, ce qui peut être un facteur explicatif de la raison pour laquelle ils ont entrepris une migration.

Chapitre 5 : Difficultés rencontrées par les sujets

Nous avons posé aux sujets un ensemble de questions concernant les difficultés qu'ils avaient pu rencontrer au cours de leur parcours et les sources de ces difficultés selon eux. Nous avons obtenu peu de réponses de leur part sauf concernant les difficultés administratives pour l'ensemble des répondants, et celles liées au fait de trouver un logement pour les répondants exerçant en France. Toutefois, même pour ces items, nous avons eu un nombre important d'absence de réponses c'est pourquoi nous citons cette information à titre indicatif. Il semblerait ainsi que même si la majorité des sujets n'a pas pris le temps de répondre à cette question³⁸, certains ont tout de même tenu à souligner les difficultés qu'ils ont rencontré dans ces trois domaines alors qu'ils n'ont pas répondu concernant les autres domaines proposés dans la question (les loisirs, les activités quotidiennes, etc.). Il nous semble ainsi qu'il s'agit de difficultés rencontrées communément par les sujets.

De plus, nous avons obtenu un nombre de réponses plus important à la question suivante qui concernait l'origine des difficultés rencontrées par les sujets. La taille de l'échantillon (N=90) associée nombre relativement élevé d'absence de réponse a rendu impossible l'exploitation des résultats tels quels avec un test du Khi-deux (trop grand nombre de cellules avec un nombre de réponses attendu inférieur à 5). Nous avons donc regroupé les modalités « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » pour les traiter comme « réponses positives » et les modalités « pas du tout d'accord » et « plutôt pas d'accord » pour les traiter comme « réponses négatives » et avons constitué des groupes en fonction du pays d'obtention du diplôme et avons exclu les sujets n'ayant pas répondu. De cette manière, nous avons vu qu'il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes concernant les difficultés liées à la compréhension ($\chi^2(2, N=77) = 5,082; p = 0,079$) (bien que les sujets aient tendance à répondre non) et les difficultés liées à la différence entre le pays d'origine et le pays d'accueil ($\chi^2(2, N=90) = 1,069; p = 0,586$) puisque les sujets des deux groupes répondent autant oui que non. En ce qui concerne les difficultés liées aux employés, nous avons vu que les sujets exerçant en France avaient

³⁸ Il nous semble que le nombre important d'absence de réponse peut être lié au fait que cette question placée en fin de questionnaire et comportant un nombre trop important d'items ait pu rebuter les sujets.

plus souvent des réponses positives que les sujets exerçant au Brésil ($X^2 2, N=90 = 12,317 ; p = 0,002$), de même en ce qui concerne les difficultés liées à la différence existant entre les pays d'accueil et le pays d'origine ($X^2 2, N=90 = 1,069; p = 0,586$).

Enfin, en ce qui concerne les difficultés rencontrées par les sujets, nous avons pu relever quelques éléments spécifiques concernant les médecins cubains exerçant au Brésil dans le cadre du programme Mais Médicos. Il s'agit de réponses libres fournies par les sujets lorsqu'ils ont répondu au questionnaire et qui indiquent un décalage entre leurs attentes et la réalité concernant plusieurs aspects. Ainsi, un des sujets a notamment déclaré : « *falavam lá que ia ser totalmente diferente o pagamento sem intermediários* », c'est-à-dire qu'il lui avait été dit qu'il recevrait son salaire directement, sans intermédiaires, or, nous avons vu que le salaire des médecins cubains est versé par le Brésil au gouvernement cubain qui ne reverse qu'une partie de la somme aux professionnels. De même, en ce qui concerne la venue des proches au Brésil, un autre a déclaré : « *ao inicio falaram que eu podia trazer a minha familia comigo mas depois o governo cubano não deixa porque somos tratados diferente aos demais médicos estrangeiros* », nous avons expliqué plus haut que les médecins cubains ne sont pas autorisés à faire venir leur famille au Brésil pour toute la durée de leur contrat. Enfin, l'un d'entre eux évoque les limites matérielles freinant la mise en place du programme : « *considero um fracasso esse sistema de especialização sem adequada internet em meu município localizado no amazonas.* » Le programme est en effet accompagné d'un ensemble de ressources à distance pour les médecins, accessibles en ligne. Or, non seulement nous avons retrouvé cette information dans des sources documentaires, mais nous avons pu constater nous-mêmes lorsque nous avons tenté de mettre en place des entretiens avec ces médecins que les postes de santé où ils travaillent ne disposent que très rarement d'un accès à internet. Il ne s'agit pas de l'unique source de difficultés matérielles que ceux-ci rencontrent dans leur travail.

De plus, certains ont évoqué leurs projets d'avenir et le fait qu'il leur serait très difficile de continuer à travailler au Brésil du fait des limites imposées par le programme, malgré leur souhait de rester : « *eu quero continuar trabalhando por contrato independente por mais de 3 anos depois de concluído meu contrato vigente mais acho que o ministério terá muita barreira* », un autre explique : « *o direito para atuar no brasil foi concedido de governo a governo. Considero que o tramite para revalidação de titulo no brasil é muito complexa. Quase impossível continuar trabalhando se quiser; acho que já temos 3 anos*

de expediente no brasil o reconhecimento do titulo devia se reconhecido ao menos por 3 anos mais sem tantos tramites burocráticos. » Pour ces deux médecins, la procédure de reconnaissance des diplômes est très complexe, avec beaucoup de démarches administratives à accomplir. Le programme comporte en effet des limites interdisant aux participants (de toutes les origines) d'exercer en dehors du programme : *« eu fui contratado por a OPAS, e estou autorizado para atuar, mas de forma restrita, só no município que me foi indicado pelo ministério e só pelo programa Mais Médicos, gostaria de revalidar o meu diploma e obter um CRM brasileiro para poder atuar sem restrições.* » Ce médecin explique que son contrat ne l'autorise à exercer que là où il a été affecté, uniquement dans le cadre du programme et qu'il souhaiterait être enregistré auprès du Conseil Fédéral de Médecine pour pouvoir exercer comme médecin sans restrictions. Nous voyons à travers ce point particulier que la problématique de la reconnaissance du diplôme est très différente pour les médecins du programme Mais Médicos, et en particulier pour les médecins cubains.

Un e-mail envoyé par l'un des médecins suite à la réception du questionnaire nous semble être une source supplémentaire de réflexion à propos des difficultés rencontrées par ceux-ci :

“Senhora /senhor esta escrevendo a profissionais muito humanizados e inteligente como fala anonimato com certeza sim tem nos emails, rsss. Ainda eu sou tudo responsável de conto escrevo para senhor/senhora. A minha impressão del programa es una porqueria não nos reconhecem como médicos profesionales com vaste experiência em sua tesis nos, como representante de isso que estudea vc, mais Eu sento muito ruim não posso exercer a minha profissão como desejo não se permite fazer medicina natural e bioenergetica e todo et sendo chegado protocolos rigido onde não é pensamento médico logico uma medicina ruim é es a minha opinião. Não se preocupe participarei de sua tesis mais quero senhor/senhora conciderei a opinião.³⁹”

³⁹ Traduction de l'auteur : Madame/Monsieur vous écrivez à des professionnels très humanisés et très intelligents comme vous dites anonymisé bien sûr, vous avez nos e-mails, LOL. Je suis entièrement responsable de ce que je vous écris. Mon impression est que le programme est une connerie, ils ne nous reconnaissent pas comme des professionnels avec une vaste expérience. Dans votre thèse, nous sommes représentatifs de ce que vous étudiez mais je trouve très mauvais de ne pas pouvoir exercer ma profession comme je le souhaite il n'est pas permis de faire de la médecine bioénergétique naturelle et tout et on nous envoie des protocoles rigides où il n'y a pas de pensée médicale logique mais une mauvaise médecine, c'est mon opinion. Ne vous inquiétez pas je participerai à votre thèse mais je voudrais que vous considériez mon opinion.

Le ton de ce courrier électronique est plutôt défensif, presque agressif puisqu'il commence en disant « *vous parlez à des professionnels intelligents, vous dites le questionnaire sera anonyme mais vous avez nos e-mails, rires* », mais ce médecin exprime le fait qu'il est empêché dans son travail par les limites du programme, qui l'empêche selon lui d'exercer sa profession comme il l'entend. La violence de ce message adressé à quelqu'un qui ne le connaît pas et qui le contacte de manière formelle nous amène à penser qu'il est probablement en souffrance par rapport à son exercice professionnel. Il nous accuse de nous moquer de lui, accuse le programme de faire de même. Il s'agit de l'avis d'un médecin, cela ne représente pas la majorité mais il nous semblait tout de même nécessaire de mentionner cette réponse.

Il existe donc des différences dans les raisons invoquées par les médecins de l'échantillon selon qu'ils avaient été diplômés à Cuba, dans un pays de l'UE ou hors de l'UE. Ainsi, bien que tous aient tendance à déclarer que ce ne sont pas leurs difficultés de compréhension qui sont à l'origine de leurs difficultés, mais plutôt le système administratif et ses employés nous voyons que les sujets exerçant et vivant au Brésil attribuent plus souvent leurs difficultés à l'adaptation à un nouveau pays alors que les sujets exerçant en France les attribuent au comportement des employés de l'administration qu'ils ont pu rencontrer. Nous avons retrouvé ces difficultés liées à l'administration dans nos entretiens mais elle nous a semblé plus présente chez les sujets diplômés hors de l'UE, toutefois, les résultats des questionnaires nous montrent qu'il s'agit d'un obstacle pour l'ensemble des sujets. Nous verrons lors de l'analyse des entretiens en quoi celle-ci est problématique pour le sujet et comment elle vient s'intégrer dans sa trajectoire, notamment du point de vue de la reconnaissance.

Chapitre 6 : Absences de réponse

Enfin, nous avons été confronté à un nombre important d'absence de réponse en ce qui concerne les difficultés rencontrées par les sujets dans des domaines spécifiques. Nous avons constaté une majorité d'absence de réponses dans la totalité de l'échantillon pour les questions concernant leur satisfaction par rapport aux conditions de travail et à leur satisfaction, à leurs relations avec leurs collègues, avec leurs supérieurs hiérarchiques et avec les patients. Nous avons effectué un ensemble de tests d'indépendance du Khi-Deux qui nous ont montré que les réponses étaient homogènes pour les médecins

diplômés dans l'UE, hors UE et les médecins exerçant au Brésil. C'est-à-dire que cette absence de réponse est un point commun entre tous les médecins de notre échantillon. Les quelques réponses que nous avons obtenues étaient des réponses négatives, sauf dans le cas des patients où aucun médecin n'a répondu. Il se peut qu'il y ait un tabou lié au fait d'aborder les relations professionnelles, en particulier en vue d'émettre une critique ainsi que le fait de parler de ses relations avec les patients et de se plaindre de ses conditions de travail. En effet, nous pouvons penser ici que si ces relations étaient positives, ils l'auraient sans doute exprimé, sauf éventuellement concernant les patients. Rappelons que le questionnaire nous renseigne sur le genre professionnel, ce qui signifie qu'au niveau transpersonnel, lorsqu'on s'intéresse à la dimension prescrite du travail, il semblerait que les relations professionnelles et en particulier avec les patients fassent l'objet d'un interdit qui peut être lié au secret professionnel. Toutefois, au cours des entretiens, les sujets ont parlé de leurs relations au travail du point de vue personnel sans enfreindre la règle du secret médical. Par contre, nous avons obtenu plus de réponses concernant la satisfaction liée au salaire de la part des médecins cubains ($\chi^2 (2, N=90) = 15,41 ; p = 0,000$), 15 d'entre eux n'ont pas répondu, 23 ont répondu qu'ils n'étaient pas du tout satisfaits et 9 ont répondu qu'ils n'étaient pas satisfaits de leur salaire. En sachant que 70% de leur salaire est récupéré par le gouvernement cubain, il se peut que l'anonymat du questionnaire leur ait permis de manifester leur insatisfaction concernant le salaire.

Nous avons également noté une absence de réponse pour la majorité de l'échantillon concernant l'amélioration future de leurs conditions de travail et de leur situation. Ils ont été 33 dans l'échantillon français et 35 dans l'échantillon brésilien à ne pas répondre. Les médecins qui ont répondu ont apporté des réponses négatives. Ce résultat est le signe de plusieurs éléments. D'abord, ceux qui ont répondu semblent avoir une vision pessimiste de leur avenir, ensuite, il se peut que l'absence de réponse soit le signe d'une impossibilité d'envisager leur avenir professionnel, de l'imaginer, ce qui serait le signe d'une souffrance identitaire. Cette absence de réponse peut aussi signifier que la question posée est trop générale et qu'elle renvoie à des réalités différentes pour chaque sujet. En effet, l'évolution positive des conditions de travail peut renvoyer à des éléments différents, pour un sujet elle se traduira par l'amélioration de ses relations avec ses collègues alors que pour un autre elle pourra se traduire par une augmentation des moyens mis à disposition. Toutefois, cette absence de réponse nous semble être une donnée en elle-même qui nous renseigne sur une possible difficulté éprouvée par ces

médecins pour envisager leur avenir. En ce qui concerne la mobilité et le retour dans le pays d'origine, nous avons montré qu'il existait une différence significative dans les réponses entre les sujets exerçant en France et ceux exerçant au Brésil. Ainsi, les médecins du programme Mais Médicos ont été significativement plus nombreux à ne pas répondre à cette question puisque 24 d'entre eux n'ont pas répondu alors que seulement 8 médecins exerçant en France n'ont pas répondu ($\chi^2 (2, N=90) = 11,36 ; p = 0,005$). Tous les médecins qui ont donné une réponse concernant une mobilité future, quel que soit leur pays d'exercice, ont répondu qu'ils n'envisageaient pas de mobilité à l'avenir. Nous avons obtenu le même type de résultats pour le retour dans le pays d'origine ($\chi^2 (2, N=90) = 24,41 ; p = 0,000$) : 19 médecins exerçant en France n'envisagent pas du tout de retourner dans leur pays d'origine, 12 ne l'envisagent pas et 12 ne répondent pas. Aucun n'a donné une réponse positive, ce qui signifie qu'ils ont pour projet de rester définitivement en France pour la plupart. En ce qui concerne les médecins exerçant au Brésil, 37 sur 47 n'ont pas répondu et les 10 autres ont répondu qu'ils n'envisageaient pas de repartir à Cuba. Si l'on considère ces deux réponses ensemble, les médecins cubains semblent être dans une grande incertitude concernant leur parcours. Ceci nous paraît surprenant dans la mesure où le programme Mais Médicos prévoit une durée limitée à 6 ans maximum, ce qui signifie qu'ils devraient envisager soit un retour soit une autre mobilité à la suite de leur échange au sein du programme. Ainsi, le fait qu'ils ne répondent pas peut signifier qu'il ne leur est pas possible de formuler un projet et d'apporter une réponse à cette question, soit parce qu'ils n'ont pas suffisamment d'éléments pour construire un projet d'avenir, soit parce qu'ils sont privés de parole et craignent des représailles s'ils expriment le souhait de rester au Brésil. Cependant, nous n'avons pas posé directement la question et nous avons vu que plusieurs médecins parmi eux envisageaient de rester au Brésil.

Partie 5 : Analyse des entretiens et analyse documentaire

Cette partie a pour objectif de présenter les données construites à travers les récits de vie élaborés par les sujets. Nous analyserons séparément la partie de l'entretien consacrée au récit de la trajectoire du sujet et celle consacrée au visionnage des vidéos parce que ces deux méthodes convoquent des processus psychiques différents. Il nous semble important de séparer le récit, qui mobilise des processus spécifiques liés à la mémoire, à l'imaginaire et à la construction d'une trame narrative de la partie concernant les extraits vidéo qui ne mobilise pas les mêmes processus. Toutefois, dans la mesure où ces deux phases se sont succédées au cours d'un même entretien, nous réaliserons ensuite une mise en perspective des résultats issus des deux phases de l'entretien afin qu'elles viennent s'enrichir mutuellement. Enfin, nous réaliserons une analyse documentaire afin d'apporter un ensemble d'éléments de compréhension des processus identitaires en jeu dans le contexte du Brésil.

Chapitre 1 : Analyse des récits de vie des sujets exerçant en France

Dans un premier temps, nous allons présenter les résultats relatifs aux récits de vie des sujets, en traitant de manière séparée le récit de chacun. Il s'agira ici de dégager les éléments spécifiques au récit de vie de chacun des sujets mais aussi de procéder à une analyse selon un plan commun aux huit entretiens afin de pouvoir par la suite confronter ces données entre elles et avec les données issues du questionnaire, des réactions aux extraits vidéo et de l'analyse documentaire.

1.1. Analyse du récit de vie de Mohammed

1.1.1. Résumé du récit de vie de Mohammed

Si l'on restitue la trajectoire de Mohammed à partir de son récit, il est né à la fin des années 1960 ou au début des années 1970, il est donc âgé de 45 ans environ, il a passé son bac en 1988 dans son pays d'origine, qui ne fait pas partie de l'Union Européenne. Il a débuté ses études de médecine la même année après être arrivé 2^e au concours. Il commence sa spécialisation en 1994 et obtient son diplôme en 1998. Il obtient une bourse d'études pour partir en France à ce moment là. Entre 2000 et 2001 il prend des cours de français pendant un an dans son pays d'origine afin de préparer son arrivée. En 2001, il arrive en France avec l'intention de repartir dans son pays d'origine à la fin de ses études pour exercer comme professeur à l'Université. Il commence à travailler comme faisant fonction d'interne puis occupe différents postes. Pendant ce temps, il a suivi un ensemble de formations complémentaires. Il a obtenu la reconnaissance de son diplôme en 2014 et envisageait au moment de l'entretien d'aller passer quelques mois dans un DOM. Il a pour objectif de passer le concours de praticien hospitalier. Il est marié, n'a pas d'enfants et son épouse est elle aussi médecin.

1.1.2. Rôles et statuts évoqués par Mohammed au cours de l'entretien

Nous allons présenter de façon diachronique les différents qualificatifs utilisés par le sujet dans l'entretien afin de mettre en évidence la succession des positionnements de lui-même au cours de son récit de vie. Dans son récit, Mohammed a évoqué cinq statuts différents, tous liés à sa profession. Il commence par se présenter en disant « je suis médecin d'origine [...] », ce qui nous amène à penser que lui-même se reconnaît avant tout dans son statut de médecin puisqu'il est ce qui fait office d'introduction au récit de son parcours. Il précise d'origine [...] ce qui indique qu'il a opéré une transition du point de vue de l'appartenance culturelle, il fait d'ailleurs référence par la suite au fait qu'il a obtenu la nationalité française et qu'il se considère également comme français. Il continue en racontant « je suis venu là comme médecin » et « j'étais spécialiste », le fait qu'il parle de son statut de spécialiste au passé nous interpelle dans le sens où il nous semble que ce temps passé indique qu'il a dû renoncer à cette identité de spécialiste. Il explique ensuite « on travaille dans les hôpitaux comme interne » mais ne fait pas référence explicitement au statut de faisant fonction d'interne (FFI). Enfin, à propos de son poste en France, il nous explique qu'il est « praticien attaché associé » ; au moment de l'entretien, il exerçait

en effet sous ce statut, après vingt ans passés en France. Il allait bientôt obtenir la reconnaissance de son diplôme et pourrait par la suite passer le concours pour devenir Praticien Hospitalier.

1.1.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien de Mohammed

Dans cet entretien, nous n'avons pas relevé de passages liés à des références extérieures ou à des dialogues passés. En revanche, nous avons recensé 18 personnages évoqués par le sujet. Le tableau suivant montre le classement de ces personnages que nous avons proposé en fonction du pays auxquels ils étaient liés dans le discours du sujet et de leur rôle ainsi que de la valence positive, négative ou neutre de la relation. Ce tableau vise à clarifier la place des différents personnages et n'a pas de visée statistique, il a pour but de montrer de manière synthétique quels types de relations sont présents dans l'entretien.

Tableau 10 - Personnages du récit du sujet 1

Rôle et valence	Autre	France	lien PO France	Syrie	Total
négatif	3	3			6
identification négative/opposition	3				3
obstacle professionnel		3			3
neutre	3	2		1	6
identification	2			1	3
identification ambivalente	1				1
relation professionnelle		2			2
positif	1	2	1	2	6
aide professionnelle		2	1		3
identification	1				1
relation familiale				2	2
Total	7	7	1	3	18

Dans son récit, peu de personnages sont liés à la Syrie, il s'agit de ses parents qui sont restés là-bas et à propos desquels il nous a dit avoir une dette étant donné que ce sont eux qui ont payé ses études et de son épouse qui l'a suivi et vit en France avec lui. Elle aussi est médecin, nous l'avons rencontrée mais elle n'a pas souhaité prendre part à notre travail. Enfin, il cite également des étudiants de son pays d'origine de manière générale, qui, comme lui, souhaitent venir en France compléter leur formation. Du point de vue

identitaire, il nous semble qu'il s'agit d'une source d'identification dont la valence est neutre mais ce passage sur ces étudiants nous renseigne également sur la représentation que Mohammed avait de la France avant son arrivée, au moment de formuler son projet migratoire. Il nous a en effet expliqué que « *la Syrie préfère les pays développés, soit l'Angleterre soit la France soit la...mais euh nous on a une bonne relation avec la France* » et que « *les étudiants, les syriens ils cherchent à compléter leurs études dans les zones plutôt...les pays qui sont corrects c'est pas n'importe quel pays hein, donc un niveau qui est mieux, qui apporte plus de formation que ce qu'on a fait...* » A l'origine, il était venu en France dans le cadre d'un programme d'échange, avec l'intention de se former puis de rentrer dans son pays d'origine, il a par la suite modifié son projet. Parmi les personnages présents dans l'entretien, nous avons également relevé la présence des « *professeurs français dans toutes les spécialités, médecine je veux dire, droit, les ingénieurs toutes les spécialités* » qui ont eu pour rôle de faire un lien entre la Syrie et la France et ont constitué une relation positive du point de vue professionnel dans la mesure où ce sont eux qui ont choisi d'attribuer une bourse d'études au sujet.

Parmi les autres personnages, il a surtout cité d'autres médecins, ainsi que les internes, les assistants et le chef de service des hôpitaux où il a travaillé. Il s'agit de relations neutres ou positives liées à la France et qui sont exclusivement rattachées au domaine médical. Il nous a notamment parlé du professeur avec qui il est resté en contact qu'il « *considère comme [son] papa* », nous voyons ici que l'investissement affectif par rapport à certains supérieurs hiérarchiques est très fort, de même que l'identification à ceux-ci. Cette donnée était présente chez plusieurs sujets qui tissent des relations très fortes avec leurs supérieurs. Il n'a pas parlé d'autres professions de santé dans son récit, seuls les médecins sont présents, nous verrons que ceci se retrouve dans les autres récits. Parmi ces médecins, une partie sont des médecins étrangers d'autres pays, « *qui viennent soit de la Syrie, soit du Maghreb, soit de certains pays qui ne sont pas dans l'Europe* », ou encore « *un médecin de Tunisie qui parle le français* » ainsi que « *les médecins maghrébins, les médecins syriens ou les médecins libanais* » auxquels il s'identifie et qu'il oppose aux médecins « *de l'Europe de l'Est* », aux médecins « *qui sont venus de Lituanie ou de Roumanie* » ou de Bulgarie et qui ont une place négative dans son récit comme nous le verrons dans la section suivante.

Enfin, il cite des médecins français qui ont été pour lui une source de difficulté, qui ont constitué un obstacle, notamment « *certaines médecins, à l'hôpital, des PH c'était*

[...] spécial » et en particulier « *une dame elle voulait [qu'il] fasse le travail que les autres ne veulent pas faire.* » Ce passage nous donne un indice sur le fait que le sujet a probablement été victime de discrimination de la part de ce médecin dans la mesure où il s'est vu confier des tâches qu'il jugeait ingrates. Enfin, il a également évoqué le directeur de l'hôpital où il travaillait qui a eu un rôle négatif dans son parcours dans la mesure où il a selon lui renvoyé les médecins diplômés hors de l'UE pour embaucher des médecins diplômés dans des pays d'Europe de l'Est qui venaient d'entrer dans l'UE. Cet événement a été une source de souffrance identitaire pour lui parce qu'il travaillait dans le service depuis un certain nombre d'années et s'est vu remplacer par des médecins qui venaient d'arriver, il nous semble qu'il s'agit d'un défaut de reconnaissance qui l'a atteint au niveau personnel et a été à l'origine d'une atteinte à la valeur de son identité. Il s'agit d'une privation de la reconnaissance sociale précédemment accordée. Cependant, concernant cet événement, il insiste sur le fait qu'il a été renvoyé alors qu'il avait plus d'expérience que les médecins embauchés à sa place. Il semblerait qu'il ait une attente temporelle liée à l'anticipation et au fait qu'il avait prévu son parcours avec une succession d'étapes et une estimation du temps que devait durer chaque étape. Cet événement a introduit une rupture dans son parcours à laquelle il lui a été difficile d'attribuer un sens. Du point de vue affectif, il a eu un important sentiment d'injustice.

1.1.4. Espace culturel et géographique de l'entretien de Mohammed

Le tableau suivant résume l'analyse que nous avons faite à l'aide du logiciel Tropes afin de recenser et hiérarchiser les différents termes constituant l'espace culturel de l'entretien de Mohammed. Les termes correspondent à des référents-noyaux identifiés par Tropes parmi les substantifs du texte et organisés en 3 classes correspondant à l'univers de référence 1 (UR1), l'univers de référence 2 (UR2) et les références utilisées (Réf.). L'UR1 correspond au niveau le plus général de la classification.

Tableau 11 - Espace culturel, géographique et linguistique du sujet 1

UR1	UR2	Réf.	Substantifs								
France	118	France	44 France	44 France	44						
		français	44 français	44 français	41						
				nationalité française	3						
			Loire	11	Saint-Etienne	11					
		Rhône-Alpes	22	Rhône	6	Lyon	5				
				lyonnais	1		1				
			Ardèche	5	Annonay	4					
					Ardèche	1					
			Ville de Paris	4	paris	4					
			Ile-de-France	6	parisien	1	parisien	1			
		Val-de-Marne	1	Rungis	1						
	Alsace	2	Bas-Rhin	2	Strasbourg	2					
Proche-Orient	53	Proche-Orient	53	Pays Origine	52	Pays Origine	36				
						Nationalité	13				
						Ville 1	2				
						Ville 2	1				
		Liban	1	libanais	1						
Europe	27	Europe de l'Est	18	Roumanie	8	Roumanie	7				
						roumain	1				
							Europe de l'Est	6	Europe de l'Est	6	
							Bulgarie	4	Bulgarie	4	
						Europe	5	Europe	3	Europe	3
							CEE	2	union européenne	2	
						Europe de l'Ouest	2	Allemagne	2	Allemagne	2
						pays baltes	1	Lituanie	1	Lituanie	1
Grande-Bretagne	1	Angleterre	1	Angleterre	1						
Afrique	9	Afrique du nord	8	Afrique du Nord	3	Maghreb	3				
						nord-africain	2	maghrébin	2		
						Maroc	2	marocain	1		
								Maroc	1		
							Tunisie	1	Tunisie	1	
						Afrique	1	Afrique	1	Afrique	1
Amérique du Nord	3	usa	3	usa	2	Etats-Unis	2				
						américain	1	américain	1		

L'analyse de l'espace culturel et géographique du premier entretien avec le logiciel Tropes nous permet de voir que le sujet fait référence à la France de manière très importante puisque nous avons recensé 118 occurrences liées à la France. Parmi ces

118 occurrences, 44 font référence directement à la France et 44 au terme « français », parmi lesquelles nous trouvons 13 références à la langue française, 5 à l' « école française », 3 à la nationalité française et celles restantes à l'adjectif français. Nous avons remarqué que pour le sujet 1, la question de « passer par l'école française », c'est-à-dire d'effectuer une partie de son cursus universitaire en France était d'une grande importance. Il dit en effet : « *pour moi, je trouve quelqu'un qui passe dans l'école française, dans les hôpitaux universitaires, il est sérieux, il est correct, il travaille bien, il a fait des diplômes. Par exemple moi j'ai sept ou cinq diplômes français, avant de passer, de réussir la PAE.* » Il s'agit pour lui d'acquérir une reconnaissance et une légitimité à travers sa formation et nous verrons que cette question de la légitimité et de l'évaluation des compétences est une source importante de conflit pour lui. Les autres références que nous avons pu relever concernant la France dans son entretien sont liées aux lieux où il a vécu, exercé et où il est allé se former et relèvent donc de la mise en scène du récit.

Nous avons ensuite relevé 53 références au Proche-Orient parmi lesquelles une référence au Liban qui correspond à un moment où le sujet évoquait les médecins libanais auxquels il s'identifie dans une certaine mesure. Les 52 références à son pays d'origine sont de 3 types différents : nous recensons 36 références au pays, 13 références au gentilé et 3 références aux villes où le sujet a étudié et vécu. Le sujet a en effet beaucoup parlé de lui-même comme médecin de sa nationalité, il a utilisé l'expression « nous les [gentilé] » à plusieurs reprises et il nous a semblé que son origine avait beaucoup d'importance dans sa construction identitaire. Mohammed a également fait référence à 27 reprises aux pays de l'Est et en particulier à la Roumanie dans son récit, comme nous avons pu le voir à travers l'analyse des personnages du récit. Il a en effet beaucoup parlé des différences existant en ce qui concerne les conditions de reconnaissance des diplômes des médecins roumains par rapport aux médecins diplômés hors de l'Union Européenne. Nous verrons dans le point suivant que cette question est une source importante de conflit et de souffrance pour lui. Ensuite, nous avons pu relever 9 références à l'Afrique dont 8 au Maghreb et qui correspondent à des passages où il a évoqué le statut des médecins maghrébins en France comme source d'identification. Enfin, nous avons relevé 3 références aux Etats-Unis qui correspondent aux comparaisons qu'il a pu faire entre le système universitaire français, le système universitaire syrien et le système universitaire américain : « *Mais en France c'est pas la même école, et l'école française c'est pas comme l'école américaine, c'est pas comme l'école de mon pays on va dire. Donc pour*

entrer dans la médecine en France, il faut passer au moins quelques stages dans les hôpitaux universitaires. » qu'il utilise pour appuyer son argumentation concernant la reconnaissance des diplômes en France.

Nous voyons ainsi que le récit de ce sujet s'organise autour d'un ensemble de 5 « pôles » ou espaces culturels et géographiques, la France et son pays d'origine qui correspondent au pays où il a migré et à son pays d'origine, les pays de l'Est qui viennent poser la question de la reconnaissance du diplôme, l'Afrique et notamment les médecins formés au Maghreb ou originaires de cette région qui constituent une source d'identification et enfin les Etats-Unis qui servent au sujet à créer un contraste, une opposition afin d'exprimer des éléments conflictuels ou problématiques pour lui.

1.1.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie de Mohammed

Nous avons recensé un aspect du parcours du sujet qui semblait particulièrement conflictuel dans l'entretien et qui concerne la reconnaissance des diplômes des médecins diplômés dans l'Union Européenne et en particulier dans des pays d'Europe de l'Est. Ce conflit est lié spécifiquement aux médecins diplômés en Roumanie, en Bulgarie et dans d'autre pays de cette région, en revanche, le sujet n'a pas cité les médecins espagnols, italiens ou allemands. Il nous a en effet expliqué que pour lui, *« quelqu'un qui vient d'arriver d'Europe de l'Est, qui a pas un niveau important, qui prend un poste, qui a le PH tout de suite, ils ont un poste de PH, et nous on a passé quinze ans ou treize ans, on a la nationalité française, on est français, on vit en France, je trouve que c'est grave. »* Il ressent un fort sentiment d'injustice face à cette question qui se traduit par un défaut de reconnaissance de son expérience professionnelle mais aussi de sa nationalité française, on se trouve donc face à deux niveau de non-reconnaissance, un niveau juridique et social dans le domaine professionnel et un niveau social voire aussi affectif dans le domaine personnel. Il semble en effet qu'au-delà du fait d'avoir la nationalité, qui correspond à un niveau juridique où le sujet se voit conférer des droits, celui-ci se reconnaisse comme français et s'identifie à cette appartenance. De plus, il considère que ces médecins ont un niveau de formation et de compétence moins élevés que le sien et souffre de devoir leur être subordonné, il explique en effet : *« ça veut dire, moi je peux travailler aujourd'hui, je travaille quelquefois sous la responsabilité de ce médecin qui vient d'arriver. Parce que lui est inscrit à l'Ordre des médecins et moi non. »* Le conflit se situe donc ici à un niveau paradoxal où il a obtenu la nationalité française mais ne peut pas jouir des mêmes droits

qu'un médecin français parce qu'il a obtenu son diplôme à l'étranger, il s'agit d'une atteinte à la cohérence de son identité dans la mesure où du point de vue de la temporalité et de l'expérience professionnelle, qui est pour lui un critère de légitimation, qui détermine ce qui rend un professionnel compétent, cet événement amène une contradiction importante. Les aspects juridiques, affectifs et sociaux sont ici en jeu et viennent s'affronter. Il s'agit d'un conflit générant des affects négatifs, que le sujet ne parvient pas à résoudre, et par rapport auquel il reste dans la colère, l'amertume et le sentiment d'injustice. Toutefois, malgré cette absence de résolution, le sujet tente tout de même d'imaginer des solutions, des mesures que le gouvernement français pourrait prendre selon lui afin de modifier les règles liées à la reconnaissance des diplômes des médecins diplômés à l'étranger. Il imagine une solution qui irait dans le sens d'un examen unique, que la totalité des médecins souhaitant exercer en France devraient passer. Nous verrons que cette solution se retrouve chez certains médecins. Nous avons également pu voir que le fait d'avoir lui-même des enfants est un aspect conflictuel. Il nous a expliqué que son épouse et lui-même n'avaient pas eu d'enfants pour des raisons financières, parce qu'ils avaient une dette envers leur pays d'origine et envers leurs parents. Il nous semble que le fait de devoir rembourser cette dette, qui passe aussi par le fait de parvenir à être reconnu comme médecin à part entière constitue un obstacle pour le sujet dans la mesure où il ne peut pas imaginer un positionnement de lui-même en tant que père tant qu'il n'aura pas remboursé cette dette. En effet, pour lui, le fait de ne pas avoir d'enfants semblait relever d'une contrainte plus que d'un choix. Toutefois, il a également évoqué le fait que lui et son épouse continuaient à suivre des formations coûteuses tous les ans et n'avaient donc pas la possibilité pour cette raison de fonder une famille. Il se peut que la dette financière auprès de son pays qu'il évoque fasse référence à une dette auprès de ses parents, liée au fait qu'il a choisi de privilégier sa carrière plutôt que sa famille, ce qui pourrait être à l'origine d'un sentiment de culpabilité.

1.1.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie de Mohammed

L'analyse des différents enjeux conflictuels présents dans le récit de vie de chacun des sujets nous a permis de mettre en évidence les différentes logiques de la reconnaissance qui influencent les différents processus identitaires présents chez eux. Nous pouvons voir que ces différents aspects dialoguent entre eux et s'interpénètrent. Les différentes modalités de la reconnaissance se rencontrent, se compensent et dialoguent pour les différents aspects de l'identité du sujet. Nous avons pu montrer trois logiques

différentes qui s'interpénètrent au cours du temps et qui relèvent en fait des réactions psychologiques transitoires du sujet :

- **dimension professionnelle de l'identité** : dans son pays d'origine, le sujet était médecin, reconnu comme tel par ses pairs et les institutions et lui-même se reconnaissait dans cette identité. Il est venu en France pour approfondir sa formation avec l'objectif de repartir dans son pays d'origine par la suite. A l'origine, il se considérait donc comme un médecin et comme un étudiant venu pour apprendre de nouvelles techniques. Il a dû travailler avec un statut d'interne et ne se reconnaissait pas dans ce qui lui était demandé. Aujourd'hui, il a un sentiment d'injustice par rapport à cette question.
- **dimension personnelle de l'identité** : nous avons relevé assez peu d'aspects que nous rapporterions à la dimension personnelle de l'identité dans l'entretien. Ceux-ci sont essentiellement liés aux relations familiales et au fait qu'en faisant ses études et en venant en France, le sujet ait contracté une dette financière envers ses parents et l'Etat, et probablement aussi morale du fait de la situation politique actuelle. Dans tous les cas, nous avons relevé la présence d'un sentiment de culpabilité.
- **dimension culturelle de l'identité** : tout au long de l'entretien, le sujet a beaucoup utilisé l'expression « nous les [nationalité] » et s'est qualifié en tant que tel a de nombreuses reprises. Il avait commencé par parler de lui comme médecin d'origine [...], puis il s'est également identifié comme français parce qu'il a obtenu la nationalité française. Nous voyons donc qu'il a opéré une transformation de son appartenance culturelle, restant très attaché à son origine tout en se considérant comme français.

Nous avons également relevé plusieurs éléments qui montrent l'existence dans cet entretien d'interpénétrations entre la dimension professionnelle et personnelle de l'identité d'une part et entre la dimension culturelle et la dimension professionnelle d'autre part. En effet, le fait que le sujet ne soit pas reconnu comme médecin alors qu'il est reconnu comme français nous semble relever d'une incohérence entre la dimension personnelle et la dimension professionnelle de son identité dans la mesure où il est confronté à une demande paradoxale puisqu'il doit se considérer et se comporter comme un français mais ne peut pas exercer son métier comme s'il était français, ce qui complexifie son processus d'acculturation. Cela génère chez lui une incompréhension et une incohérence identitaire qui est renforcée par le fait que certains médecins qui n'ont

pas obtenu la nationalité française et qui n'ont pas eu le même parcours de formation que lui bénéficient de la reconnaissance de leur diplôme. Il s'agit de la deuxième interpénétration d'aspects identitaires, entre l'aspect professionnel et l'aspect personnel. En effet, lorsqu'il était dans son pays d'origine, il lui paraissait normal de considérer que les médecins formés dans les pays de l'Est étaient moins qualifiés et il a conservé cette représentation lorsqu'il est venu en France alors que l'on pourrait penser que sa propre situation serait à même de l'amener à se mettre à la place de ces médecins, et à s'identifier à eux. Cela crée au contraire une atteinte à la cohérence de son identité pour lui puisqu'il ne comprend pas que des médecins que lui-même considère comme peu qualifiés puissent être amenés à le superviser dans son travail. Nous voyons ici comment l'appartenance culturelle entre en dialogue chez ce sujet avec l'identité professionnelle et crée une incohérence dans son projet personnel global.

1.2. Analyse du récit de vie de Marianne

1.2.1. Résumé du récit de Marianne

Nous allons restituer la trajectoire de Marianne dans l'ordre chronologique à partir de son récit. Elle est née à la fin des années 1950 dans un pays d'Afrique où elle a grandi. Elle a passé son bac en 1978 en série littéraire. De 1978 à 1980, elle a effectué son service militaire. Elle est entrée en médecine en 1980. Elle est elle aussi arrivée 2^e au concours. En 1983, elle a passé un concours pour faire des gardes en pédiatrie et elle a suivi un parcours de recherche à l'issue duquel elle a rendu un mémoire en microbiologie. La même année, elle a rencontré son époux qui était lui-aussi étudiant en médecine. Ils se sont mariés en 1985. En 1986, elle et son époux sont partis ensemble en province pour leur stage interné, ils y sont restés un an puis ont obtenu leur diplôme. Ils ont ensuite été nommés dans le nord du pays où ils ont travaillé dans un dispensaire. Ils y sont restés un an puis sont retournés travailler à la capitale pour se rapprocher de la famille de Marianne. Là, ils travaillaient dans un cabinet collectif avec d'autres collègues de promotion. Ils ne gagnaient pas assez d'argent, c'est pourquoi son époux a passé un concours en 1989 pour venir travailler en France. Il ne leur était pas possible de bénéficier d'un regroupement familial, Marianne s'est donc inscrite en formation en France et a rejoint son mari un an plus tard. Elle n'a pas pu aller dans la même ville que lui. A cette époque, elle exerce en tant que faisant fonction d'interne et fait du bénévolat à la MSH de sa ville. Au bout de quelques temps, elle ne supporte plus d'être séparée de son époux et

préfère cesser son activité pour le rejoindre. En 2008, son époux qui côtoie des psychologues à l'hôpital lui parle de la possibilité pour elle de reprendre des études de psychologie. Elle commence à ce moment là à se renseigner sur les équivalences existant et les possibilités qu'elle aurait de s'inscrire. Elle est finalement reçue en licence 2 de psychologie en 2009. Elle a été reçue au début de l'année 2014-2015 en Master 2, après deux années de Master 1 et un Diplôme Universitaire spécialisé dans les démences et les troubles cognitifs. Au moment de l'entretien, elle allait obtenir son diplôme au moins de juin.

1.2.2. Rôles et statuts évoqués par Marianne au cours de l'entretien

Dans le récit de Marianne, nous avons relevé un ensemble de rôles et de statuts différents, certains réels et d'autres imaginés, notamment au début de l'entretien qui nous renseignent sur la façon dont elle a construit son parcours et sur un des aspects de la polyphonie présent dans le récit. Elle a évoqué en premier lieu le fait d'être fille d'enseignant pour expliquer les premiers choix qu'elle a envisagés quant à son parcours. Elle a d'abord souhaité être journaliste, puis professeure d'anglais.⁴⁰ Elle a ensuite envisagé d'être juge pour enfants mais comme nous le verrons plus loin, elle n'a pas poursuivi dans cette voie. Elle a ensuite évoqué le fait qu'elle était formée pour être pédiatre, puis médecin. Elle nous a dit ensuite à son arrivée en France qu'elle était devenue « *une femme au foyer* » et enfin qu'elle était devenue psychologue. Dans cet entretien, cette succession de statuts est liée selon nous à la question du genre et des rôles genrés. En effet, soit Marianne a évoqué ces différents statuts en lien avec son rapport à l'apparence et à la féminité, notamment lorsqu'elle a parlé du fait d'être professeure d'anglais ou de sa langue maternelle, soit il s'agit de profession où les femmes sont en nombre important (pédiatre, psychologue, juge pour enfants), ou bien encore lorsqu'elle dit être devenue femme au foyer et « *fille de* ». Tous les statuts qu'elle a évoqués sont liés de manière plus ou moins explicite au fait d'être une femme, et nous verrons que d'autres entretiens abordent cette question même si les sujets le font d'une manière qui nous paraît moins explicite. Dans son récit, cet aspect est très marqué et surtout très normalisé. Les rôles de genres peuvent varier d'une culture à l'autre et il existe des différences dans la place de la femme selon les cultures. Il semblerait ici que Marianne ait été élevée dans une culture et à une époque où le rôle de la femme était orienté vers certaines activités.

⁴⁰ Nous avons développé cet aspect en lien avec la question des identifications dans le paragraphe sur l'espace culturel de l'entretien de Marianne (cf. page 199)

Nous allons voir dans la section suivante, qui aborde une autre dimension polyphonique du récit de quelle manière les relations intersubjectives auxquelles elle a pris part ont été source d'identifications et quelle a été la place du genre dans ces identifications.

1.2.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien de Marianne

Dans l'entretien du deuxième sujet, nous avons relevé un ensemble de références à des dialogues passés auxquels elle avait pris part. Au début de l'entretien, elle explique les différentes orientations professionnelles auxquelles elle avait pensé puis elle rapporte le discours de l'un de ses professeurs qui l'a dissuadée de devenir juge pour enfants :

« Et je me disais, ah je peux être aussi un bon juge. Je me dis ah je vais faire juge des enfants, et le dernier jour du...avant le bac, un de nos profs, profs, prof de malgache, il était marié avec une française. Il était prêtre et comment on va dire...étudiant prêtre. [...] Le séminaire. Mais il a trouvé une...il a rencontré une française et il s'est marié avec cette française et il s'est retiré, il est devenu professeur de langue. Et je pense que c'est dans sa formation, il a fait un peu quelque chose de psychologique, quelque chose de...il a dit euh, on a fait une séance de « qu'est-ce que vous allez faire après ». Donc euh, moi j'ai dit je veux être juge des enfants. Et là il m'a dit non, non, non, tu n'as pas le droit, tu ne peux pas faire ça. [...] Et, et pourquoi ? Parce que tu vas libérer tout le monde ! Donc je peux libérer même les malfaiteurs et tout. »

Ensuite, elle rapporte un « incident » qui a eu lieu lorsqu'elle était interne et qu'elle prenait beaucoup de temps pour rendre visite à ses patients, ce qui a déplu à l'un des médecins responsables du service :

« Et le médecin, il y a, donc la dame, le médecin qui ne me connaissait pas, était très fâchée, elle a dit que...j'ai bien entendu... » j'ai dit que il ne fallait pas que Marianne prenne les gardes » mais il y a, l'autre médecin a dit « mais si ! elle peut »

Enfin, elle rapporte un échange qu'elle a eu avec son époux et qui l'a conduite à reprendre des études de psychologie :

« Tu sais, tu peux faire psy », et j'ai dit « euh psy ? », oui, il a dit « psychologue parce que je travaille avec des psychologues à l'hôpital tu vois et je sais comment les psychologues travaillent et je te dis que tu peux faire psy. »

Les passages du récit que Marianne a choisi de construire sous forme de dialogues auxquels a participé correspondent à des événements clé de son parcours, qui ont été des moments de choix déterminants pour elle. Le premier élément correspond aux différentes options qu'elle a explorées avant de se diriger vers des études de médecine, le deuxième montre les difficultés qu'elle rencontrait dans son travail du fait d'un décalage entre sa façon de travailler et les exigences de son milieu professionnel et enfin le troisième élément correspond à une étape récente et importante de son parcours qui l'a conduite à reprendre une activité professionnelle qui correspond à la façon dont elle exerçait son métier de médecin.

En ce qui concerne les personnages du récit, nous pouvons voir dans le tableau suivant que ceux liés à son pays d'origine sont relativement nombreux et que la plupart des personnages ont eu un rôle positif dans la trajectoire de Marianne. En effet, sur la vingtaine de personnages présents dans le récit, un seul nous a semblé pouvoir être classé comme négatif et deux autres comme ambivalents. Les personnages restants ont plutôt constitué des relations positives et n'ont pas été des obstacles à l'évolution du sujet.

Tableau 12 - Personnages du récit du sujet 2

Rôle et Valence	France	lien France PO	PO	Total
ambivalent	1		1	2
aide professionnelle/obstacle	1			1
obstacle professionnel			1	1
négatif			1	1
obstacle professionnel			1	1
positif	6	1	8	15
aide professionnelle	2		2	4
relation familiale		1	5	6
relation personnelle	4			4
relation professionnelle			1	1
Total	7	1	10	18

Dans un premier temps, nous avons recensé des personnages liés à la vie de Marianne dans son pays d'origine et notamment des membres de sa famille. Elle a ainsi parlé de ses parents, tous deux enseignants et de sa mère qui a arrêté de travailler pour s'occuper de ses enfants. Elle n'a pas parlé de ses frères et sœurs. Elle a également évoqué ses grands-parents et notamment son grand-père qui était infirmier ainsi que le fait qu'elle vient d'une famille d'intellectuels. Les membres de sa famille sont une source

d'identifications positives pour elle. Elle a également évoqué ses amis et collègues avec qui elle travaillait à la capitale ainsi que les professeurs qu'elle a eus au lycée et qui l'ont orientée dans son parcours scolaire. Elle a également parlé des médecins avec qui elle travaillait dans son pays d'origine.

Ensuite, son époux est un personnage récurrent de son récit, à la fois lorsqu'ils vivaient dans son pays d'origine et étudiaient puis travaillaient ensemble, et en France puisque le fait que son époux soit éloigné a conditionné un grand nombre de ses décisions. Marianne a en effet eu besoin de privilégier sa relation avec son époux plutôt que son métier. Elle a également évoqué quelques personnes avec qui elle s'était liée d'amitié lorsqu'elle vivait seule en France : une amie tchadienne, une amie algérienne, un médecin qui était dans le nord et l'employé responsable de l'entretien de la résidence avec qui elle discutait parfois.

Enfin, les personnages présents dans la dernière partie de son récit sont les psychologues qui l'ont reçue lors de ses stages et lui ont conseillé de s'orienter en psychologie interculturelle ainsi que le professeur qui l'a reçue en entretien lors de son entrée en Master 2. Ces personnages ont eu un rôle important dans son parcours et ont influencé les choix qu'elle a faits comme c'est le cas pour une grande partie des personnages de son récit.

1.2.4. Espace culturel et géographique de l'entretien de Marianne

Tableau 13 - Espace culturel, géographique et linguistique de l'entretien du sujet 2

UR1	UR2	Réf.	Substantifs
France	69 français	15 français	15 français
	Ile-de-France	10 Hauts-de-Seine	8 Nanterre
			1 Paris
			1 région parisienne
		9 France	9 France
	Picardie	9 la Somme	4 Ville 1
			4 Ville 2
			1 Picardie
	Bretagne	7 Finistère	6 Ville 3
			1 Bretagne
	Rhône-Alpes	6 Rhône	6 Ville 4
	Midi-Pyrénées	4 Haute-Garonne	4 Ville 5
	Pays de la Loire	3 Maine-et-Loire	3 Ville 6
	paca	4 Alpes-Maritimes	4 Ville 7
	Nord-Pas-de-Calais	2 Dépt. du Nord	2 Ville 8
Afrique	28 Afrique de l'Ouest	22 PO	22 Langue PO
			10 PO
			2 Capitale PO
	Afrique du Nord	2 Algérie	2 algérien
	africain	2 africain	2 africain
	Afrique centrale	2 Tchad	2 tchadien
Europe	7 Grande-Bretagne	6 Angleterre	6 anglais
		1 Russie	1 russe
Amérique du nord	1 américain	1 américain	1 américain

Comme le montre le tableau ci-dessus, l'espace culturel et géographique du récit du sujet n°2 fait référence en premier lieu à l'Univers de Référence « France », toutefois, il est intéressant de noter que les 15 références à « français » dans le récit sont liées aux événements survenus lorsqu'elle vivait encore dans son pays d'origine, il s'agit d'éléments faisant référence à son enfance, à ses études et au passé colonial de son pays d'origine. Elle parle en effet des « coopérants français » qui venaient dîner chez ses parents, du « secours populaire français » avec lequel elle a travaillé lors de ses premières années d'exercice. Elle fait également référence à la langue française, parlée dans son pays d'origine et qu'elle n'a donc pas eu besoin d'apprendre lors de sa venue en France. Elle fait peu référence à la France en tant que pays, les références présentes concernent

les questions que nous lui avons posées à propos de son parcours mais elle-même n'utilise le mot France qu'à deux reprises. Cependant, du fait du passé colonial de son pays d'origine, la France était présente depuis son enfance.

La majorité des références restantes concernent des villes françaises, celles où elle a vécu mais aussi celles où elle a postulé au moment de reprendre ses études. Ainsi, la précision liée aux lieux peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une expérience récente puisqu'il s'agissait d'événements récents et qui avaient une grande importance dans la trajectoire du sujet. Ces villes sont en effet liées à des possibilités qui ne se sont finalement pas réalisées dans le parcours du sujet et qui auraient pu l'amener à la formation d'une identité professionnelle différente. En effet, d'une part elle avait postulé dans d'autres spécialités dans les autres villes françaises qu'elle a évoquées et d'autre part, il nous semble que le lieu où l'on étudie, les institutions ainsi que la spécialité dans laquelle on se forme sont porteurs d'une identité spécifique pouvant influencer les processus identitaires. Il s'agit d'ailleurs d'un élément au sujet duquel elle a raconté une anecdote qui illustre assez bien cette question et montre d'une part l'importance de cette question géographique et d'autre part les logiques narratives et dialogiques selon lesquelles l'identité individuelle se forme, en lien avec les autres. Elle explique en fait que le processus de recrutement qui l'a amenée à entrer dans sa spécialité actuelle est le fruit d'un malentendu mais qu'une psychologue qui l'avait reçue pour un entretien en vue de faire un stage dans une structure pour adolescent lui avait conseillé de se tourner vers une autre spécialité. Elle explique :

« Et j'ai pensé que c'est aussi...comme je suis [nationalité d'origine], c'est le destin qui m'a orientée vers là. Parce que j'ai pensé qu'on savait déjà que je pouvais. La psychologue de cette structure savait déjà que je devais aller là, et que là j'ai fait l'entretien et que je suis peut-être faite pour cette spécialité finalement. Parce que ce sont des psychologues qui l'ont dit ».

Il est intéressant de remarquer comment à partir de la question des villes dans lesquelles elle a postulé, on parvient à dérouler tout un processus de mise en sens des événements qui a abouti à la conclusion que le destin l'avait amenée là. Toutefois, cette référence à la destinée qui pourrait paraître irrationnelle est justifiée par Marianne par le fait qu'elle est Malgache et que cela fait partie de ses croyances. Elle fait référence à son identité culturelle pour expliquer cela, toutefois elle réoriente ensuite l'échange en nous disant de manière plus rationalisante qu'elle a une tendance à être multiculturelle liée au fait que

son pays compte plusieurs ethnies et qu'elle devait donc s'adapter dans sa pratique médicale. Cet énoncé à propos du multiculturalisme dans son pays d'origine est au présent, comme si Marianne décrivait une caractéristique générale d'elle-même, une façon habituelle de se décrire, liée à son identité de médecin de cette origine. Elle évoque d'ailleurs dans la suite de l'entretien la transition qu'elle est en train d'opérer entre le fait d'être médecin et le fait d'être psychologue. Elle n'a pas évoqué la question de la nationalité française. Le passé colonial de son pays d'origine nous amène à penser que pour elle, le fait de venir vivre en France n'a pas été vécu comme une rupture du point de vue de son identité. Cette appartenance était présente depuis l'enfance à travers les relations que ses parents avaient entretenues avec des coopérants français. Nous voyons ici dans le dialogue de quelle manière les processus identitaires du sujet se rejouent et se déroulent faisant dialoguer entre elles les différentes identités du sujet et pour faire s'entendre l'identité de médecin d'une origine spécifique, l'identité d'épouse (lorsqu'elle évoque le fait de choisir une ville proche de celle où son époux vit et travaille) et l'identité de psychologue avec une approche multiculturelle. Nous verrons dans la suite de l'analyse comment les personnages du récit prennent place dans ces processus et quels sont les enjeux conflictuels liés à ces questions. Le deuxième ensemble de références concerne le continent africain et en particulier son pays d'origine. Elles sont moins diversifiées et moins précises que les références à la France, ce qui peut s'expliquer là-aussi par le fait qu'elles ne correspondent pas à des éléments récents. Elles sont associées dans le discours du sujet à d'autres références à des lieux sur l'île, tels que le nord, le sud, la côte mais à part en ce qui concerne la capitale, Marianne ne nomme pas de lieux. En revanche, lorsqu'elle évoque ces lieux où elle a vécu et travaillé, ceux-ci sont associés à des histoires, des détails de même que le sont les lieux où elle a vécu en France. Le troisième ensemble fait référence à l'anglais comme langue et concerne en fait le fait que Marianne a envisagé avant de s'orienter en médecine de faire des études en vue d'enseigner l'anglais. Ce passage est intervenu en début d'entretien et concerne les identifications ainsi que le fait de se reconnaître dans une identité professionnelle ou une autre du point de vue personnel :

« Je voulais devenir professeur d'anglais parce que j'étais aussi meilleure en anglais, mais finalement en terminale quand on nous a demandé...d'abord je me suis rendue compte que je pouvais pas être...c'est très mauvais ce que je vais dire mais...je pouvais pas être une prof d'anglais parce que j'ai pas le...les profs

d'anglais dans mon pays d'origine à ce moment là étaient très jolies, bien habillées et tout le reste. Et j'arrivais pas à me projeter en tant que prof d'anglais. [...] Mais, je peux pas être professeur d'anglais, je veux pas être non plus professeur de [langue maternelle]]. Parce que les professeurs de [langue maternelle], par contre elles sont très...elles ne s'habillent pas bien. Donc je peux pas être le... [...] Oui ! L'autre opposé, je peux pas être...Ne pas s'habiller bien, je me sentais au milieu. Et là, j'avais pas le choix, je peux pas être prof, je ne peux pas non plus, je suis assez timide, donc je peux pas non plus être dans la classe et maîtriser la classe, ça j'arrivais pas...j'arrive pas à le faire. Donc, il n'y a plus rien à faire. Je suis entrée en médecine. »

Nous souhaitons commenter ce passage dans la mesure où il comporte un ensemble d'informations sur différents enjeux identitaires liés à la façon dont Marianne se représente elle-même, dont elle s'identifie à d'autres et dont cela influence ses conduites et ses choix professionnels. Ce passage en particulier nous semble également lié à la question du genre et des attentes sociales a propos de l'apparence, notamment parce que les événements relatés sont intervenus au moment de l'adolescence où sont enjeux sont particulièrement présents. À travers sa description des deux professions qu'elle a envisagées, Marianne dessine une sorte de continuum du soin apporté à l'apparence par deux groupes féminins (auxquels elle fait référence comme tels, elle ne parle que de professeures femmes) et elle dit se situer au milieu, ni dans le soin très important accordé à l'apparence, ni dans l'absence de soin. Or, sachant que ces deux pôles servent à opposer « femmes féminines » et « femmes non féminines », on peut émettre l'hypothèse que ce passage constitue un positionnement par rapport à la féminité en relation à l'apparence physique. Il nous semble qu'un sujet masculin n'aurait jamais évoqué la question de sa profession sous cet angle et Marianne semble en avoir conscience puisqu'elle dit « *c'est très mauvais ce que je vais dire* » avant de raconter cet épisode de sa vie. Nous commenterons de nouveau la question du genre lorsque nous analyserons les conflits présents dans son récit, il s'agit ici d'une première approche de la question.

Parmi les références à l'Afrique, nous avons également recensé des références à l'Algérie et au Tchad qui renvoient à des collègues et à des amis qu'elle a eus au cours de son parcours. Enfin, nous avons relevé une référence à la Russie qui renvoie au passé politique de son pays d'origine. Elle nous a expliqué qu'elle avait fait son service militaire, nous avons été étonnée d'apprendre que les femmes aussi faisaient leur service

militaire, notamment parce que les éléments qu'elle a avancés auparavant n'allaient pas dans le sens d'une égalité des rôles féminins et masculins. Ce à quoi elle nous a répondu que son pays d'origine était socialiste « côté Russe ». Il s'agit donc ici d'une référence au passé politique communiste de son pays d'origine qu'elle a vécu étant jeune. C'est le seul passage où elle évoque cette question. La dernière occurrence d'un terme lié à un pays ou une culture est « américain » et fait référence aux séries américaines. Dans la trajectoire du sujet, cela fait référence à un événement crucial, à un tournant de son parcours. La référence aux États-Unis n'est pas significative en elle-même et ne fait pas partie à proprement parler de l'espace culturel. En revanche, elle fait référence à un événement important dans la trajectoire du sujet.

1.2.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie de Marianne

Dans le récit de Marianne, nous avons recensé quatre épisodes conflictuels différents, liés à des périodes et à des événements de son parcours et qui ont conditionné des choix déterminants pour elle, conditionnant ainsi la suite de son parcours. Le premier épisode que nous avons recensé concerne son orientation professionnelle et concerne l'affrontement entre ce qu'elle souhaite, qui est lié à la façon dont elle se représente elle-même, et ce que lui conseillent ses professeurs. Nous avons vu précédemment qu'elle avait envisagé plusieurs possibilités avant de s'orienter en médecine presque par défaut. Elle a résolu ce conflit à travers une sortie la conduisant à un choix totalement différent.

Nous avons ensuite relevé un épisode conflictuel concernant la façon dont elle souhaite travailler et ce qui lui est demandé. Il semblerait qu'il y ait un problème de non maîtrise du genre professionnel, c'est-à-dire qu'elle ne parvenait pas à accomplir les tâches qui lui étaient demandées de la manière prescrite mais aussi qu'elle n'avait pas la manière adéquate de communiquer avec les patients. Elle explique ainsi à propos de sa façon de travailler : « *J'étais toujours en train d'être longue dans le...en train de discuter, de voir comment est vraiment la personne. [...] Oui, non, je sais pas...mais j'ai cette approche. Et une approche vraiment assez lente et lourde. Mais comme je suis on va dire que je suis...je travaille très très bien. Et je réussis bien à faire les diagnostics, le traitement et tout le reste, tout le monde me supportait.* » Elle nous a dit à plusieurs reprises qu'elle ne faisait pas son travail correctement, ce qui a été une source de difficulté pour elle et l'a conduite à arrêter à son arrivée en France. En effet, elle nous a expliqué qu'elle avait le sentiment qu'il lui serait impossible de travailler en tant que

médecin en France : « *Oui, en tant que médecin, je pouvais pas, j'arrivais pas, je veux pas être... parce que je suis sûre que j'allais rencontrer un problème en faisant mon, ce travail, en regardant ce qu'il y a derrière la personne.* » Nous voyons ici qu'elle ne se reconnaissait pas dans ce qui lui était demandé même si ses capacités étaient reconnues et même appréciées par certains collègues et patients. Elle a ensuite ajouté : « *J'étais déjà sûre que, il faut prendre ce que la personne, il y a quelque chose qui travaille derrière la personne physique là. Mais je savais pas que il y a la psychologie, ça je le savais pas.* » Il est intéressant de voir comment dans son récit elle réinterprète les événements et de quelle manière elle leur donne un sens par rapport à ce qu'elle fait aujourd'hui. Ce processus est particulièrement visible dans son récit parce qu'elle a pris une orientation complètement différente qui l'a amenée à résoudre cette difficulté. Elle a dû d'abord passer par un abandon, un changement identitaire important en devenant femme au foyer puis en changeant de domaine professionnel.

Toutefois, ce changement ne s'est pas fait brutalement et lorsqu'elle a repris ses études, son identité de médecin et la posture ainsi que les pratiques associées sont entrées en conflit avec ce qui lui était demandé en psychologie. Il lui a fallu un temps de transition comme elle l'explique : « *Et du coup, c'est... Je retrouve un... Je suis pas... Je maîtrise pas encore, hein. Ça je le dis. [...] Je peux pas dire que je suis, je fonctionne comme une psychologue... à peu près comme un psychologue. Mais je peux pas dire que... je pense que je vais être une psychologue, en avril, à la fin. [...] Mais je pense que j'ai passé plusieurs stades pour devenir psychologue. Je suis plus le médecin que j'ai... dans mes fonctions de...* » Nous voyons lorsqu'elle raconte ce cheminement qu'elle se reconnaissait tout de même dans son identité de médecin, qu'elle avait acquis certains réflexes, certains aspects du genre professionnel, mais qu'elle n'arrivait pas à se reconnaître suffisamment dans son activité. Toutefois, elle a tout de même dû modifier ses pratiques afin de répondre aux exigences du métier de psychologue, elle a dû maîtriser un nouveau genre professionnel : « *comme je l'ai déjà dit, au début j'ai... jusqu'en L3, je fonctionnais... et même mon premier stage de psychiatrie en... je fonctionne comme un médecin, j'étais en train... en psychiatrie en fin de L3, j'étais en train... je suis toujours en train de vouloir apposer un diagnostic. Parce que c'est ça le fonctionnement du médecin. [...] On pose un diagnostic. Et on va traiter. On a, il y un symptôme. Tout de suite le réflexe c'est « c'est quoi derrière, quel organe derrière, et tout le reste. » J'élimine, j'élimine, j'élimine. Le diagnostic est ça, je donne un médicament.* »

Elle a opéré cette transition lors de ses stages qui lui ont permis d'avoir une pratique de terrain. Elle raconte ainsi qu'elle a dû abandonner ses réflexes de médecin qu'elle avait appris à maîtriser progressivement : *« Ça je l'ai maîtrisé, et progressivement je l'ai...Là, j'arrive à le refouler. Depuis que j'étais en psycho-gériatrie. Et là, j'ai pratiquement, euh, je l'ai pratiquement...C'est, j'arrive à fonctionner un peu plus en tant que psychologue. C'est-à-dire que je fais plus. Il m'arrive parfois encore de le faire. Mais je fais plus quel organe derrière, et quel est le diagnostic. Il m'arrive encore de poser un diagnostic. »*

Il nous semble que cette transition lui a permis de regagner son estime de soi qui avait été attaquée au niveau professionnel, la poussant à abandonner son activité. Elle nous a dit en effet : *« je suis quand même contente d'avoir pu le faire »*, il nous semble qu'il s'agit aussi d'une prise d'indépendance et d'une possibilité qu'elle a eue de s'affirmer et de trouver une activité dans laquelle elle se reconnaît. En effet, face à la contrainte de vivre de séparée de son époux, elle avait choisi d'interrompre sa carrière et il nous semble que cette reprise d'études correspond là-aussi à une résolution de cette difficulté.

1.2.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie de Marianne

L'analyse des conflits présents dans le récit de vie de Marianne nous a permis de mettre en évidence les processus identitaires et les réactions psychologiques transitoires suivants :

- **dimension professionnelle de l'identité** : lorsqu'elle vivait dans son pays d'origine, Marianne ne se reconnaissait pas entièrement dans le fait d'être médecin, lorsqu'elle est arrivée en France pour suivre son époux, elle a cessé son activité professionnelle. Par la suite, elle a repris une formation dans un domaine différent mais dans lequel elle se reconnaît davantage.
- **dimension personnelle de l'identité** : comme nous l'avons exposé au cours de notre analyse, nous avons rencontré un nombre important d'éléments liés à l'identité genrée du sujet. En ce qui concerne les processus identitaires personnels liés au parcours migratoire de manière spécifique, nous avons remarqué que Marianne semble accorder une grande importance à sa relation avec son époux qu'elle a suivi lorsqu'il est venu en France. Le fait de devoir vivre séparée de lui est l'une des raisons qui l'ont conduite à cesser son activité professionnelle, devenant ainsi « femme au foyer. »

- **dimension culturelle de l'identité** : concernant la dimension culturelle de l'identité, ce que Marianne nous a dit dans son entretien fait ressortir le fait qu'elle a toujours été confrontée à des références culturelles multiples et notamment françaises du fait du passé colonial de son pays d'origine. Elle se définit elle-même comme interculturelle.

Nous avons vu que ces trois dimensions s'influencent mutuellement et dialoguent dans le discours du sujet pour s'inscrire de manière globale et articulée dans son parcours. Toutefois, nous avons conscience du fait que certains aspects sont orientés par la direction qu'a pris son parcours professionnel puisqu'elle s'est orientée dans un domaine de la psychologie qui prend pour base de réflexion notamment les questions migratoires et la différence culturelle. Il se peut que ceci ait eu une influence importante sur son positionnement par rapport à sa trajectoire migratoire au cours de son récit. Toutefois, il ne s'agit pas nécessairement d'un biais mais plutôt d'un aspect spécifique de son parcours qui lui donne un regard particulier sur son expérience.

1.3. Analyse du récit de vie d'Aziz

1.3.1. Résumé du récit d'Aziz

Aziz est né en 1978 dans un pays du Moyen-Orient, il a passé son bac en 1996 puis a déménagé dans une autre ville pour poursuivre des études de médecine. Il voulait être médecin depuis son enfance. Il a obtenu son diplôme de médecine en 2002 et a commencé son internat à la capitale. Il est devenu chef des internes en 2004 et a obtenu son diplôme de spécialité en 2006. De 2006 à 2007 il travaille dans un service de soins intensifs et apprend le français en vue de venir étudier en France. A ce moment là, il préparait également des examens pour étudier aux Etats-Unis et en Allemagne mais il a finalement choisi la France. Il est arrivé en 2009, il a été faisant fonction d'interne au début. Il a obtenu la reconnaissance de son diplôme et l'autorisation d'exercice en 2012 puis a obtenu un poste de chef de service dans un hôpital périphérique. Il est marié, sans enfant et son épouse est de la même nationalité que lui. Ils étaient déjà mariés au moment de leur arrivée en France, c'est lui qui est à l'origine du projet migratoire.

1.3.2. Rôles et statuts évoqués par Aziz au cours de l'entretien

Au cours de son entretien, Aziz a évoqué quatre statuts différents, il s'est d'abord présenté comme interniste néphrologue puis comme praticien hospitalier. Il nous a

également dit avoir travaillé comme interne et a expliqué qu'à son arrivée en France, « *au début, vous êtes pas considéré comme un interne* ». Il a eu une évolution professionnelle rapide en France, à la temporalité comparable à celle du parcours d'un médecin diplômé dans l'UE bien qu'il ait dû se présenter au concours et qu'il ait dû passer par la procédure d'autorisation d'exercice, ce qui peut expliquer le peu de statuts différents évoqués au cours de l'entretien. Nous verrons qu'au cours de son parcours, il n'a pas été confronté à des expériences mettent en péril la valeur de son identité. Au contraire, il a vécu un parcours valorisant et cohérent avec son projet personnel du point de vue de l'identité. Toutefois, nous avons vu qu'il avait envisagé son parcours comme une mobilité avec un projet de retour dans son pays d'origine.

1.3.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien d'Aziz

Dans son entretien, nous n'avons pas relevé de traces d'intertextualité ou de discours rapporté. Il n'a pas construit son récit en s'appuyant de manière directe sur des dialogues auxquels il aurait participé. Il a plutôt rapporté des moments et des actes concernant d'autres personnes de son entourage qui lui ont semblé importants. Dans l'ensemble, nous avons recensé beaucoup plus de relations positives que de relations négatives (10 sur 16) et beaucoup plus de relations liées à la France (13 sur 16) dans l'entretien du sujet 3.

Tableau 14 - Personnages du récit du sujet 3

Rôle et Valence	France	P.O.	Total
négatif	1		1
obstacle professionnel	1		1
neutre	3	2	5
identification	1		1
relation professionnelle	2	2	4
positif	9	2	11
aide personnelle	1		1
aide professionnelle	2		2
relation familiale		2	2
relation personnelle et professionnelle	1		1
relation professionnelle	4		4
Total	12	4	16

Le seul personnage du récit dont le rôle peut être qualifié de négatif est une infirmière à propos de laquelle il nous a dit qu'elle avait eue une réaction d'impatience à son égard lorsqu'il était interne. Il a toutefois essayé de rationaliser et de justifier sa réaction par de la fatigue ou des difficultés professionnelles. Les personnages liés au pays d'origine du sujet présents dans l'entretien sont des étudiants avec qui il avait créé un site internet pour aider les externes dans leurs révisions, des infirmières et des médecins italiens avec qui il a travaillé lorsqu'il était employé dans un hôpital italien et enfin son épouse qui l'a suivi lorsqu'il est venu en France et de son frère décédé peu de temps après son arrivée en France. Il s'agit donc de personnages au rôle positif ou neutre dans son récit. Parmi les personnages liés à la France, nous avons repéré un groupe particulier qui est celui des professeurs, qu'il s'agissent des professeurs de l'hôpital où il a été embauché à son arrivée et notamment de celui qui lui a montré le service, du président de la société française de néphrologie et du professeur qui l'a emmené à l'aéroport lors du décès de son frère, il s'agit de relations positives qui ont eu un rôle d'aide et auxquels il nous semble que le sujet semble s'identifier de manière positive et auxquels il semble également porter beaucoup d'admiration et de respect. Il a également cité le personnel de son service, c'est-à-dire les infirmières et les internes mais aussi des médecins généralistes qu'il essaie de former aux techniques mises au point dans son service. Il s'agit de relations positives avec des individus envers lesquels il se sent investi d'une mission de transmission et d'une responsabilité. Il nous a en effet longuement expliqué de quelle manière il assurait

cette transmission dans le service et pour quelle raison il lui semblait important de mettre en place des formations :

« parce que quand il n'y avait rien, pour tout créer, tout faire, bien former les infirmières, c'est quoi les maladies du rein, quand on en a une qu'est-ce qu'on fait, et en attendant que je fasse le cours aussi aux médecins généralistes, parce qu'il faut bien les former, parce que je trouve qu'ils sont mal formés en néphrologie, et même soignants, même les autres internes, Je trouve que les internes ça se passe super bien, mais c'est pas évident, il faut pas qu'on arrête. Voilà. »

Il a également évoqué les étrangers en France qui sont une source d'identification neutre intervenant lorsqu'il parle de la complexité du parcours de reconnaissance du diplôme de médecin : *« c'est pas facile le système médical pour les étrangers en France, parce que il faut passer...vraiment il est un peu compliqué, avec les statuts. Au début, vous êtes pas considéré comme un interne. »* Il réalise une comparaison avec les Etats-Unis et l'Allemagne mais nous explique qu'il a aimé la France et qu'il a choisi des rester pour cette raison malgré des possibilités d'emploi et de salaire plus favorables ailleurs. Enfin, nous avons relevé un nombre important de références à ses patients. Lorsqu'il parlait de son activité professionnelle, son discours était en effet centré sur le patient, par exemple lorsqu'il nous a expliqué de quelle manière il accueille ses patients : *« donc moi par exemple quand j'examine un patient, la première chose que je fais, je mets la main sur l'épaule du patient. Ça le rassure. Ça le rassure quand je fais comme ça, je regarde, je le surveille, je dis on c'est bon, je donne de l'espoir même si je sais que le pronostic il est pas bon. Et ça au niveau des patients, ça donne un effet vraiment positif. »* Ou encore à quel point ceux-ci sont au centre de son activité professionnelle : *« Pour moi le travail c'est les patients. Il faut pas faire n'importe quoi avec les patients, c'est une responsabilité. »* Ainsi, pour lui, la relation aux patients est au centre de son activité professionnelle et nous verrons dans la section suivante en quoi ceci a été lié pour lui à l'apprentissage de la langue française. Nous pouvons néanmoins dire ici que les relations avec les patients sont une source de reconnaissance pour ce sujet.

1.3.4. Espace culturel et géographique de l'entretien d'Aziz

Tableau 15 - Espace culturel et géographique de l'entretien du sujet 3

UR1		UR2		Réf.		Substantifs	
France	34	France	18	France	18	France	18
		français	14	français	14	français	14
		Ile-de-France	1	Ville de Paris	1	Paris	1
		Région A	1	Département	1	Ville A	1
Europe	24	Grande-Bretagne	12	Angleterre	12	anglais	10
		Europe de l'Ouest	9			Angleterre	2
				Allemagne	4	Allemagne	2
						allemand	1
						Munich	1
				suisse	2	suisse	2
				Italie	2	italien	2
				Belgique	1	Bruxelles	1
		Europe	3	européen	2	européen	2
				Europe	1	Europe	1
Proche Orient	15	Proche-Orient	15	PO	15	PO	7
						Ville 1	4
						Ville 2	2
						Nationalité	1
						Origine	1
Amérique du nord	9	usa	9	usa	6	Etats-Unis	6
				américain	3	américain	3
arabe	4	arabe	4	arabe	4	arabe	4

En premier lieu, Aziz a fait référence à la France, avec 18 références au pays et 14 à la langue et aux français. Il n'a fait référence qu'à trois lieux différents, Paris, la ville où il vit et la ville où il travaille. Au cours de l'entretien, il a évoqué le moment où il a appris le français ainsi que les stratégies qu'il a mises en place pour progresser : « *Quand je suis venu là, j'avais le choix soit j'étais en cours ici à l'Alliance française, soit je passais tout de suite à l'hôpital et je faisais un premier semestre de langue vivante pour apprendre. [...] je me suis dit, parce que le meilleur endroit pour apprendre c'est l'endroit où vous voyez les gens, où vous parlez avec les gens toute la journée.* » Il a eu recours à différentes stratégies afin de s'immerger totalement dans la langue française qui lui ont permis de progresser : « Chez moi par exemple quand j'écoutais de la musique, Je n'écoutais pas la musique de ma langue maternelle, j'ai tout arrêté, j'ai tout mis en anglais et français, pendant presque six mois. J'ai parlé avec... j'ai pas mal d'amis ici en

France, j'ai pas parlé avec eux, je peux dire une fois par mois ça suffit. Je me suis dit si je parle trop en arabe ça va compliquer les choses, il faut vraiment essayer de ne pas parler en arabe. Soit en anglais, soit en français. »

Pour lui, la maîtrise de la langue est en effet une condition indispensable pour l'exercice de sa profession :

« Et après je vois tous les patients, même les patients qui ne sont pas concernés. [...] C'est pas que la maladie du patient, il faut Comprendre le patient, comprendre ce qu'il dit, même s'il dit des choses qui ne concernent pas la maladie parce qu'il y a des patients qui commencent à raconter leur histoire. Quand j'étais enfant j'ai fait comme ça, c'est une perte de temps mais il faut savoir quand on a bien appris la langue, donc maintenant on sait, quand est-ce que j'arrête le patient. Quand est-ce que je le laisse continuer jusqu'à la fin. [...] et ça, sans langue, c'est trop difficile. Donc, c'était très dur. Je dis pas que c'était facile, vraiment c'était très dur. »

Nous voyons à travers le passage suivant que l'apprentissage de la langue et la question de l'oubli de sa langue maternelle sont le signe pour lui de son acculturation, de son adaptation à la société française et non pas seulement à son milieu professionnel : « Maintenant vous pouvez imaginer que il y a des mots en arabe que j'ai commencé à oublier parce que je trouve les mots plus facilement français qu'en arabe parfois. Et quand vous commencez à faire ça veut dire que vous avez vraiment commencé à être, À rentrer on peut dire dans la vie sociale, dans la vie pratique. » Pour lui, l'apprentissage de la langue fait référence à la façon dont il s'est adapté petit à petit à la vie en France et constitue un indice parmi d'autres des processus identitaires en jeu dans son parcours migratoire. Il fait ensuite référence à l'Europe et notamment à l'Angleterre et à la langue anglaise. Il parle également de l'Allemagne où il avait envisagé de travailler avant de venir en France. Les références à l'Europe sont liées soit à des lieux où il a publié des articles, soit à des pays où il aurait pu aller travailler. Elles organisent donc d'une part l'espace des possibilités de mobilité professionnelle qui se sont présentées au sujet au cours de son parcours et d'autre part la dimension internationale qu'il semble vouloir donner à sa carrière. Ce sont ensuite les références à son pays d'origine que nous recensons. Elles sont associées à 4 références à la langue arabe qui ont été classées à part par le logiciel mais qui sont liées à l'origine du sujet. Ces références correspondent à des événements survenus dans le parcours du sujet, comme par exemple son lieu de naissance

ou les villes où il a étudié. Il nous a également parlé de la médecine dans son pays d'origine et de l'organisation du système médical et universitaire. Enfin, nous avons relevé des références aux Etats-Unis, liées au fait qu'il aurait pu partir travailler là-bas, et donc à l'exploration d'autres possibilités qui auraient modifié son parcours. Il utilise cette possibilité pour expliquer et renforcer son choix d'être resté en France malgré le fait qu'il aurait pu avoir un salaire beaucoup plus élevé aux Etats-Unis : « En fait, pour les médecins donc il y a deux choses, soit on choisit le bon endroit où on se retrouve on peut dire à l'avenir, soit on choisit l'argent. Pour aller aux Etats-Unis c'est sûr c'est cinq fois le salaire, c'est multiplié par cinq. Ça c'est sûr. Moi j'ai plein d'amis là-bas et moi ici je suis beaucoup moins payé. Mais je suis content, je suis tranquille et j'aime bien ce que je fais. Et je sens que je suis au bon endroit. » Nous avons recensé assez peu de références à des pays ou des cultures par rapport à la longueur de l'entretien. Dans cet entretien, Aziz nous a beaucoup parlé de son métier, de la façon dont il exerçait et des rapports qu'il entretenait avec ses patients et ses collègues. Cet entretien était beaucoup plus tourné sur la question professionnelle que sur la migration. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il est assez jeune, qu'il est en France depuis six ans et qu'il a connu une évolution professionnelle très rapide en peu de temps.

1.3.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie d'Aziz

Dans le récit de ce sujet, nous avons retrouvé à plusieurs reprises la logique de gestion du conflit et de la difficulté suivante : « *c'est pas facile la médecine sinon.* " [...] *c'est pas facile mais quand vous aimez une chose c'est jamais difficile.* », c'est-à-dire que pour lui, le fait d'aimer son travail rend toutes les difficultés surmontables. Il est très investi dans son métier et se reconnaît totalement dans ce qu'il fait, il dit vouloir être médecin depuis tout petit et s'investit beaucoup, il cherche à s'améliorer en permanence. On voit ici que tout est résolu par la reconnaissance qu'il trouve en France et par son métier. Tout au long de l'entretien, il a énormément évoqué sa façon de travailler, ce qu'il faut faire ou ne pas faire pour être un bon médecin. On retrouve un nombre important de traces du genre professionnel et de la stylisation dans l'entretien de ce sujet. Il s'agit ainsi d'un sujet dont le projet identitaire a pu être mené à bien, son identité professionnelle est valorisée.

Ensuite, nous avons relevé un conflit portant sur les choix qui se présentaient à lui et lié à l'exploration des options et des possibles ; il a d'abord passé une équivalence pour partir en Allemagne puis il a préparé l'examen pour partir aux Etats-Unis lorsqu'un de ses

amis qui travaillait dans la ville où il est arrivé l'a convaincu de venir. Il s'y est plu et a choisi de rester. On retrouve ici la même logique liée à l'importance d'aimer ce qu'il fait et de s'y reconnaître qui rend toutes les difficultés surmontables.

Nous avons de plus relevé un épisode où il a été en conflit avec une infirmière lorsqu'il était interne mais il minimise cet épisode en le rationalisant et en essayant de donner une explication au comportement de l'infirmière. Il nous raconte ainsi : *« c'est possible que j'aie vu une infirmière qui était pas trop... On peut pas dire trop gentille mais elle était un peu agressive, c'est possible. Mais c'est pas vraiment du racisme, non pas du tout. C'était... vraiment peut-être elle travaille toute la journée, elle a pas le temps de faire plus de, de prendre le temps de comprendre les autres... C'est possible, peut-être qu'elle était fatiguée chez elle. »* Nous avons remarqué dans ce récit une logique globale d'évitement du conflit qui pourrait expliquer pourquoi ceux-ci sont peu présents dans le texte. En effet, les épisodes et passages que nous avons relevés comme étant conflictuels sont en réalité assez rapidement résolus par le sujet. Il définit lui-même son comportement et sa façon d'être avec les autres de cette manière : *« et tous les gens pour moi sont vraiment bien, et si je vois le contraire, voilà, j'essaie d'éviter [...] moi vraiment j'ai un cœur blanc, ça veut dire je sens que tous les gens sont bien. Après, si derrière moi c'est pas bien, ça ne me touche pas parce que ça ne me gêne pas parce que j'avance. »* Nous voyons ainsi qu'il s'agit d'attitudes générales qu'il mobilise face aux événements et aux situations et qui lui servent à se définir lui-même. La métaphore du cœur blanc est une référence religieuse, le sujet définit un aspect important de lui-même, lié à son positionnement moral dans les relations interpersonnelles en faisant référence à un élément issu de sa culture d'origine et de sa religion. Il s'agit d'un des seuls éléments que nous avons repérés dans les entretiens faisant référence à une croyance religieuse. Marianne avait également fait référence à ses croyances mais elle avait nuancé son propos et l'avait dévalorisé. Aziz a fait référence à la religion également lorsqu'il a réagi aux extraits vidéo. Il nous a expliqué à propos du regard que certains médecins musulmans portaient sur leurs patients et leurs collègues : *« C'est pas que le patient même avec les collègues. Tout à fait. Il fait bien son travail. Ça n'a rien à voir avec la capacité, il fait bien son travail, tout ça. Et après, il va me regarder comme ça parce que je fais pas comme il veut. C'est bon, c'est mon choix. Je fais comme je veux, il faut respecter comme je suis. Il n'y a pas ça à l'hôpital. Il faut qu'il soit loin. »* Pour lui, une séparation doit être faite entre les croyances religieuses relevant du domaine privé et l'exercice professionnel.

Il peut s'agir d'un positionnement qu'il avait avant son arrivée en France comme il peut s'agir d'un effet lié au fait de promouvoir la laïcité qui aurait eu une influence sur son identité.

1.3.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie d'Aziz

L'analyse des processus identitaires présents dans le récit nous a surtout permis de comprendre le rapport du sujet à son activité professionnelle. Nous avons vu qu'il se reconnaît particulièrement dans son activité professionnelle et que le fait de venir en France lui a permis d'évoluer dans sa carrière puisqu'il est aujourd'hui chef de service dans un hôpital. Pour lui, la profession occupe une place prépondérante dans les processus identitaires et les relations professionnelles ont un rôle important dans la reconnaissance de son identité. Du point de vue personnel et culturel, nous avons relevé peu d'éléments dans son récit de vie à l'exception de la question de la langue. Nous verrons toutefois que les réactions aux extraits amènent un certain nombre d'éléments liées à la langue et à l'appartenance française. Nous avons pu remarquer à travers son récit que son parcours est caractérisé par beaucoup de stabilité et de fluidité, on retrouve ce que nous verrons pour Pietro et Marta, c'est-à-dire que lorsque le parcours professionnel se passe relativement bien, il parvient à trouver des sources de reconnaissance de son identité.

1.4. Analyse du récit de vie de Bachir

1.4.1. Résumé du récit de Bachir

Bachir est né en 1975 au Moyen-Orient, il a passé son bac en 1993 puis a réussi à entrer en médecine la même année. Il a obtenu son diplôme de médecine en 1999 et son diplôme de spécialité en 2005. Il a ensuite passé un concours pour venir en France et a obtenu une bourse. Il est arrivé en France au mois d'octobre et son épouse l'a rejoint au mois de février de l'année suivante. Il a travaillé à l'hôpital et s'est inscrit en Master 1 en même temps en 2005-2006. Sa première fille est née cette année-là. Il a obtenu son Master en 2007 et a commencé un doctorat en sciences qu'il a terminé en 2011 pendant lequel il a également suivi des formations complémentaires et dispensé des cours à l'université. Il a eu deux autres enfants en 2008 et 2011. Après sa thèse, il a été au chômage pendant deux ans puis a obtenu un poste de praticien attaché associé en 2013. Il a passé le concours de la PAE en 2014 et en 2015, au moment de l'entretien, il attendait

les résultats. Il a pour projet de passer le concours une dernière fois en 2016 et de partir en Allemagne s'il échoue.

1.4.2. Rôles et statuts évoqués par Bachir au cours de l'entretien

Au cours de l'entretien, le sujet 4 a évoqué quatre statuts liés à différentes étapes de son parcours. Il nous a d'abord expliqué qu'il était ici « pas comme interne, c'est pas comme spécialiste » à deux reprises afin de définir le statut de *praticien attaché associé*. Cela nous amène à penser qu'il s'agit pour lui d'un statut relativement complexe qu'il ne peut définir que par la négative, à partir de ce qu'il n'est pas. Il a ensuite parlé du statut officieux qui lui avait été accordé par son maître de stage et qui a finalement été un obstacle lorsqu'il a souhaité faire reconnaître son diplôme. Celui-ci avait en effet inscrit qu'il était « aide opératoire » afin de valoriser son travail mais ce statut ne bénéficie pas d'une reconnaissance officielle, ce qui a été pour le sujet une source d'incompréhension. Au cours du récit, il n'a pas évoqué le fait qu'il était médecin directement comme les autres sujets ; nous verrons que le fait que son diplôme ne soit pas reconnu en France est une source de baisse de l'estime de soi et est à l'origine chez lui d'un sentiment d'inutilité envers son parcours. Il nous semble que le fait qu'il ne se qualifie pas comme médecin de manière explicite constitue une première indication de cette atteinte à l'estime de soi. Il a également évoqué le fait qu'il avait obtenu la nationalité française en disant « *je suis français aussi* ».

1.4.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien de Bachir

Dans son entretien, comme dans ceux du sujet 1 et du sujet 3, nous n'avons pas relevé de références extérieures ou de citations de dialogues extérieurs à la situation d'entretien. Ces trois sujets viennent du même pays, ils partagent la même culture et la même langue maternelle, si nous nous référons aux travaux de Bruner pour qui la culture influence la façon dont on construit un récit, il se peut que ceci soit un effet culturel. Nous avons dénombré treize personnages différents présents dans le récit, dont la moitié sont liés à la France.

Tableau 16 - Personnages du récit du sujet 4

Rôle et Valence	Autre	France	lien PO France	PO	Total
négatif	1			1	2
identification négative/opposition	1			1	2

neutre	3		1	4
identification			1	1
identification ambivalente	1			1
identification négative/opposition	1			1
relation professionnelle	1			1
positif	3	3	1	7
aide personnelle		1		1
aide professionnelle	1	2		3
relation familiale	1		1	2
relation personnelle	1			1
Total	1	6	3	13

Les premiers personnages de son récit sont les membres d'un jury de France qui vient chaque année dans son pays d'origine pour sélectionner les étudiants qui vont partir en échange et que l'on retrouve aussi dans le récit du sujet 1. Il a ensuite évoqué le chirurgien avec qui il a travaillé et fait sa thèse et qui a été une aide professionnelle lors de son parcours. Il nous a ensuite parlé des anciens étudiants à qui il a enseigné en France et qui sont aujourd'hui internes. Il s'agit d'une marque de l'atteinte à l'estime de soi dans la mesure où lui-même n'a pas encore pu faire reconnaître son diplôme. Ensuite, les relations familiales qu'il a citées sont son épouse avec qui il s'est marié dans son pays d'origine et qui l'a suivi en France et ses trois filles nées en France lorsqu'il faisait ses études. Il a également parlé d'un ami de la même nationalité que lui qui l'a hébergé lorsqu'il est arrivé en France et qui l'a donc aidé à s'installer. Parmi les relations d'aide, il a également parlé d'autres étudiants syriens arrivés avant lui et qui constituent un réseau d'entraide. Il a également parlé de ses amis français. Enfin, parmi les personnages restants, il oppose les médecins de la même nationalité que lui « comme lui », c'est-à-dire les médecins diplômés dans son pays d'origine et arrivés avant la guerre et les médecins demandeurs d'asile qui peuvent prétendre à d'autres conditions de reconnaissance de leur diplôme puisqu'ils sont soumis à un examen et pas à un concours. Pour lui, cette différence constitue une injustice de même que le fait que le diplôme des « *médecins qui n'ont pas fait d'études ici en France, qui viennent d'autre pays d'Europe.* » L'absence de reconnaissance du diplôme est la source d'une telle souffrance identitaire qu'elle l'amène à déréaliser le fait que les médecins de son pays demandeurs d'asile, aient été forcés de s'exiler. Il ne semble pas réaliser le fait qu'ils sont dans une situation de grande détresse et ne s'identifie pas à eux mais semble les voir comme ayant bénéficié d'un traitement de

faveur là où lui s'est investi, a fait la démarche de s'intégrer. Il avait envisagé le fait d'étudier en France comme une source de légitimité et se rend compte d'une incohérence qui influence son identité dans la mesure où il avait prévu un cheminement qui aboutirait à la reconnaissance de l'identité dans laquelle il se reconnaît. Or, il se rend compte qu'il existe une autre possibilité, ce qui est vécu comme une incohérence et une injustice l'amenant à déréaliser la souffrance de l'autre. On retrouve une similitude avec le discours de Mohammed à propos des médecins diplômés dans l'Union Européenne, toutefois, Bachir ne fait pas la distinction entre les médecins diplômés dans les pays de l'Est et les autres.

1.4.4. Espace culturel et géographique de l'entretien de Bachir

L'espace culturel et géographique de l'entretien de Bachir présente des similitudes avec celui d'Aziz. Les groupes de références rencontrés sont en effet les mêmes (France, Proche-Orient et langue arabe, Europe et Etats-Unis). Pour lui, comme pour tous les autres sujets, les références à la France sont les plus nombreuses et font référence soit à des lieux où il a vécu ou travaillé, soit à la langue ou au fait d'être français et aux français. Les références au Proche-Orient sont plus variées chez lui parce qu'en plus des références à son pays d'origine, il a travaillé au Qatar et envisage le Qatar et les Emirats-Arabes-Unis comme des possibilités de migration future, il s'agit d'un élément propre à son parcours. Les références à l'Europe, de même que l'unique référence aux Etats-Unis, sont liées chez lui à des articles qu'il a publiés ou à l'Allemagne qu'il envisage comme une possibilité de migration future. Nous verrons dans la section suivante concernant les conflits présents dans le récit que ce sujet que les difficultés qu'il rencontre pour faire reconnaître son diplôme sont à l'origine d'une atteinte à la valeur de son identité à laquelle il essaie de répondre en mettant en avant son parcours académique mais aussi en envisageant d'autres possibilités de migration dans des pays où son diplôme et son parcours seraient reconnus plus facilement.

Tableau 17 - Espace culturel, géographique et linguistique du sujet 4

UR1	UR2	Réf.	Substantifs
France	36 France français	22 France	22 France 22
		8 français	8 français 7
	Rhône-Alpes	6 Ardèche	2 Annonay 2
		Rhône	3 Lyon 2
		Haute-Savoie	1 Gerland 1
		Isère	1 Annecy 1
			1 vienne 1
Proche-Orient	26 Proche-Orient	24 PO	24 PO 16
			Nationalité 5
	Péninsule arabique	2 émirat arabe	1 émirats 1
		Qatar	1 Qatar 1
Europe	24 Europe de l'Ouest	13 Allemagne	13 Allemagne 13
		Europe de l'Est	3 Pologne 3
		Warsaw 1	
		Varsovie 1	
	Grande-Bretagne	3 Angleterre 3	
	Europe	2 Europe 2	
	Europe du Sud-Ouest	1 chypre 1	
	Scandinavie	1 suède 1	
Cee	1 Cee 1		
union européenne	1 1		
Amérique du Nord	1 usa	1 Washington	1 Seattle 1
arabe	1 arabe	1 arabe	1 arabe 1

1.4.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie de Bachir

Nous avons pu relever trois thématiques conflictuelles dans l'entretien de Bachir. Premièrement, la question de la reconnaissance de son diplôme et des choix qu'il a fait durant son parcours est une source de conflit dans la mesure où son Master et sa thèse en sciences lui paraissent inutiles parce que ces diplômes ne lui permettent pas d'exercer en tant que médecin. Ceci est à l'origine chez lui d'un sentiment d'injustice lié à une incongruence entre la reconnaissance et la valorisation qui lui ont été accordées par les professeurs français qui l'ont choisi pour venir se former en France et son expérience aujourd'hui face à l'impossibilité de faire reconnaître son diplôme. La valeur de son parcours en est fortement diminuée, ce qui engendre une souffrance identitaire liée à une

baisse de l'estime de soi. Ce conflit reste irrésolu, le sujet est face à une incompréhension comme en témoigne son discours lorsqu'il nous dit : « *je sais pas de qui ça vient. Je ne sais pas qui est le responsable. Je n'ai jamais pensé à qui c'est.* » Il tente toutefois de sortir de ce conflit en planifiant la suite de son parcours de manière stratégique et en portant ses espoirs sur l'Allemagne où son diplôme pourrait être reconnu plus facilement et où il pourrait travailler. Toutefois, il est au début de la formulation de ce projet.

Cette première thématique entraîne une ambivalence dans la reconnaissance de son parcours, il nous a effet eu le discours suivant à propos de son mémoire de Master : « *j'ai eu la meilleure note [...] et il a été choisi pour être publié sur le site de l'université et après on m'a envoyé un mail pour le publier. [...] Mais tout ça, ça sert à rien.* » Il semble être à la fois fier de son parcours, celui-ci est valorisant pour le sujet mais en même temps, dans la mesure où il ne lui permet pas d'atteindre son objectif, le sujet a un sentiment d'inutilité qui ne lui permet pas de se reconnaître dans son identité professionnelle. Ceci renvoie à ce que nous avons observé dans le paragraphe concernant les rôles et les statuts qu'il cite dans l'entretien, c'est-à-dire qu'il ne se dit pas directement médecin et qu'il définit son statut de praticien attaché associé de manière négative par ce qu'il n'est pas, ni interne, ni spécialiste.

Enfin, la dernière thématique que nous avons identifiée concerne les aspects personnels et professionnels. Il souhaitait en effet repartir dans son pays d'origine parce qu'il avait un poste là-bas mais a écouté son épouse et est resté en France. Aujourd'hui, concernant son projet de départ en Allemagne, ses enfants souhaitent rester en France pour l'instant et il a choisi d'écouter leur choix et de rester en France jusqu'en 2016 et de continuer de tenter de réussir la procédure d'autorisation d'exercice. Nous voyons qu'il privilégie les intérêts de sa famille et son rôle d'époux et de père face à son ambition professionnelle même s'il en résulte une baisse de l'estime de soi.

1.4.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie de Bachir

Dans le récit du sujet 4, nous avons identifié principalement deux aspects liés à l'identité et aux processus identitaires. Un premier aspect lié à la dimension professionnelle de l'identité et qui est chez lui une source de souffrance. Lorsqu'il était dans son pays d'origine, il se reconnaissait dans son choix professionnel, il était reconnu et valorisé au niveau social et a même été choisi pour venir se former en France avec une promesse d'embauche à son retour. Lorsqu'il est arrivé, qu'il a complété son cursus et qu'il s'est rendu compte qu'il ne pouvait pas travailler en tant que médecin, encore moins

en tant que spécialiste, il ne s'est pas reconnu dans son activité et dans son parcours professionnel. Il résulte de ceci une baisse de l'estime de soi qu'il tente de compenser par la formulation d'un projet migratoire dans un autre pays de l'Union Européenne. Toutefois, il nous semble que ce projet soit plutôt un mécanisme lui permettant de supporter sa situation par l'imaginaire et l'idéal dans la mesure où il s'appuie sur deux « obstacles » rendant son projet provisoirement irréalisable. Premièrement, il s'est donné une date limite suffisamment éloignée dans le temps pour parvenir à obtenir l'autorisation d'exercice et deuxièmement il privilégie la volonté de son épouse et de ses enfants de rester en France pour l'instant. Il envisage toutefois de partir seul dans un premier temps puis de faire venir sa famille lorsqu'il se sera installé. Il nous semble cependant que ce projet est plus un mécanisme lié à l'imaginaire sur lequel il s'appuie pour surmonter l'atteinte à l'estime de soi et à l'identité que lui fait vivre sa situation professionnelle.

1.5. Analyse du récit de vie d'Adel

1.5.1. Résumé du récit de vie d'Adel

Nous allons restituer la trajectoire du sujet dans un ordre chronologique à partir des événements qu'il a rapportés dans le récit. Le récit de ce sujet est caractérisé par un nombre important de repères temporels, concernant à la fois sa trajectoire personnelle et des événements historiques sur lesquels il étaye le déroulement de son récit. Ce sujet est né en 1944 en Algérie, puis il a effectué son parcours scolaire dans sa ville natale jusqu'en 1954. De 1954 à 1962, il a été interne pensionnaire dans une autre ville. Cette période correspond à la guerre d'Algérie qui a débuté en 1954. Il a passé son baccalauréat en juin 1962, « un mois avant l'indépendance ». En septembre 1962, Adel est parti faire des études de médecine en France, l'université d'Alger avait été brûlée par l'OAS. En 1968, une révision des accords universitaires entre la France et l'Algérie a lieu. Il retourne en Algérie en 1971 et passe le concours d'internat. Il rencontre son épouse entre 1971 et 1976. En 1976, il devient assistant chef de clinique. Son premier enfant naît en 1976, 3 mois avant leur départ en France. Entre 1976 et 1980, il fait un échange en France, dans 3 villes différentes. Son deuxième enfant naît en 1979 en France. Il effectue à cette période un stage au Canada, à l'époque, son service recevait des « boat-people » du Vietnam et du Cambodge. En 1980, il rentre en Algérie avec sa famille et passe son agrégation en 1986. En 1988, la guerre civile débute en Algérie, les attentats d'octobre 1988 ainsi que des menaces qu'il a reçues avec d'autres collègues l'amènent à quitter l'Algérie pour la

France en septembre 1989. A cette période, son épouse a été diagnostiquée atteinte d'un cancer du sein, elle était suivie en France et faisait des aller-retours réguliers avant leur installation. Elle est décédée en janvier 1990. En 1990, il passe l'épreuve écrite afin d'obtenir l'équivalence et l'épreuve orale en 1993. Entre temps, il a travaillé comme faisant fonction d'interne et a passé un an et demi sans trouver de poste. « Un jour », en 1993, il a trouvé un poste dans son hôpital actuel, aux urgences. En 1995, une série d'attentats a eu lieu en France qui a été attribuée à un groupe islamiste Algérien. En 2000, il a obtenu son autorisation d'exercice et a pu commencer à prendre des gardes à l'hôpital. Il a fait son dernier voyage en Algérie en 2006. Il a pris sa retraite en 2010 puis a repris son activité à temps partiel en 2012.

1.5.2. Rôles et statuts évoqués par Adel au cours de l'entretien

Au cours de l'entretien, le sujet a évoqué un ensemble de rôles et de statuts lui servant à se qualifier lui-même. Ces statuts témoignent en quelque sorte de la chronologie identitaire du sujet, c'est-à-dire des changements de statut qu'il a subi au cours du temps. Nous n'avons relevé que les statuts qu'il a évoqués de manière explicite, c'est-à-dire en ayant recours à une formulation du type « je suis » ou équivalente, l'ensemble de rôles qu'il a pu évoquer en rapport à d'autres individus ayant été analysés dans le paragraphe concernant les personnages du récit et les relations qu'ils entretiennent entre eux et avec le sujet. Nous remarquons que sur les huit statuts différents évoqués explicitement, sept se réfèrent à l'identité professionnelle, deux se réfèrent à la période où il vivait dans son pays d'origine et les six autres concernent sa vie en France. Le premier statut évoqué par le sujet est celui d'assistant, chef de clinique et fait référence à sa profession à l'issue de ses études dans son pays d'origine, juste avant son départ en France. Il évoque également le fait d'avoir été « interne pensionnaire » pendant sa scolarité, nous avons vu précédemment que cela lui sert à se décrire comme quelqu'un qui s'adapte partout. Il évoque ensuite deux fois le fait d'être chirurgien lors de son séjour de quatre ans en France puis le fait qu'il était reconnu comme docteur en médecine et pas comme chirurgien. Ensuite, il évoque son statut au niveau juridique disant qu'il a « travaillé 20 ans comme contractuel », puis qu'au moment de prendre sa retraite, il a été considéré « même pas à titre étranger, en tant que français(...)pas comme fonctionnaire ». Il évoque finalement le fait d'être « consultant d'orthopédie ». Enfin, le dernier qualificatif qu'il emploie est celui de grand-père. Nous avons donc ici les éléments qu'il utilise pour se caractériser à la première personne mais aussi ceux qu'il utilise pour parler des rôles qui

lui ont été attribuées par d'autres au cours du temps et qui ont parfois montré un défaut de reconnaissance. Nous voyons bien cependant que l'évocation de ces rôles seule ne nous apporte que peu d'informations sur les processus identitaires du sujet, c'est pourquoi nous allons maintenant présenter une analyse des différents personnages du récit.

1.5.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien d'Adel

Nous avons recensé les différents personnages présents dans le récit ainsi que les relations qu'ils entretiennent avec le sujet. Nous avons attribué à chacun de ces personnages une valence, un pays et un rôle. Le tableau ci-dessous permet de résumer les catégories que nous avons dégagées et de montrer combien de personnages ont été classés dans chacune de ces catégories.

Tableau 18 - Personnages du récit de vie du sujet 5

Rôle et valence	P.O.	Autre	France	Lien PO France	Total
négatif	1	1	6		8
identification		1			1
identification négative/opposition			1		1
obstacle	1		5		6
neutre	1	6	4		11
identification			3		3
identification ambivalente		5			5
identification négative/opposition		1	1		2
relation familiale	1				1
positif	3	1	15	2	21
aide personnelle			1		1
aide professionnelle			7	1	8
idéal		1			1
identification				1	1
identification négative/opposition	1				1
relation familiale	2		5		7
relation professionnelle			2		2
Total	5	8	25	2	40

Parmi les personnages du récit, nous voyons que la majorité sont liés à la France et que la majorité d'entre eux correspondent à des relations positives. Parmi ces relations positives, les aides professionnelles que nous avons rencontrées correspondent aux différents chefs de service qui ont appuyé le sujet au cours de son parcours, mais aussi aux relations qui lui ont permis d'évoluer dans sa profession, tous ont été rencontrés en

France mais nous avons choisi de classer l'un d'entre eux comme lien entre l'Algérie et la France puisqu'il s'agit d'un médecin français d'origine algérienne, ce qui semble ne pas être anodin pour le sujet. Il est intéressant de remarquer les adjectifs qui sont associés à ces personnages, la façon dont ceux-ci sont qualifiés par le sujet. Les chefs de service étaient « des types remarquables », « un type extraordinaire », « un type très bien », on voit que ces personnages sont associés à des affects forts pour le sujet. Il utilise le même type de qualificatif à propos de ces deux petites filles qui sont « adorables ». On ne remarque pas la même intensité affective pour les autres relations évoquées dans le récit, quelles soient positives ou négatives. Nous avons relevé quelques identifications négatives, c'est-à-dire des personnages auxquels le sujet ne s'identifie pas et qui occupent dans le récit une fonction de contraste, pour montrer ce que le sujet n'est pas. Il s'agit d'amis qui ont eu la même trajectoire migratoire mais qui n'exerçaient pas la même profession et pour qui l'insertion professionnelle a été plus simple, mais aussi de jeunes médecins, de médecins français, et d'un personnage du film *Hippocrate* (Lilti, 2014), un interne français, fils de patron en plus », auquel le sujet s'oppose et ne souhaite pas s'identifier. Nous avons aussi recensé des personnages auquel le sujet s'identifie, des médecins étrangers, le médecin étranger FFI du film *Hippocrate*, les internes et les collègues, ses collègues français, ainsi que son neveu. Nous avons également relevé un ensemble d'identifications que nous avons catégorisées comme étant ambivalentes. Elles concernent un ensemble de professionnels étrangers que le sujet a cité à titre d'exemple et pour lesquels l'identification nous a semblé partielle mais tout de même présente. Le sujet a également évoqué des membres de sa famille à partir de sa génération (ses sœurs) jusqu'à celle des petits enfants. En revanche, il n'a pas parlé de ses parents. Enfin, il a évoqué un ensemble d'obstacles à travers des représentants des institutions et à travers l'administration qui était personnifiée dans son récit. Un de ces personnages était la bibliothécaire de la bibliothèque universitaire en Algérie et nous reviendrons sur son rôle dans notre paragraphe sur les conflits présents dans le récit.

Nous avons ensuite relevé les éléments relatifs à l'intertextualité et aux emprunts à la culture, et les avons classés en deux catégories : des énoncés prononcés par d'autres et se rapportant à des dialogues dans lesquels le sujet a été impliqué et des références à des productions culturelles, soit par des citations, soit par l'énonciation de normes relatives à ces productions culturelles. Dans un premier temps, nous avons pu relever quatre passages où le sujet rapporte le discours d'autres personnes, le premier passage concerne

son épouse : « elle m'a dit on a des enfants, demain ils vont te reprocher de », le deuxième concerne un des membres du jury auquel il a été confronté lors de la procédure de reconnaissance du diplôme, qui « a dit à ses collègues laissez-le ». Le troisième passage concerne un médecin qui a refusé de l'employer : « il y en a un qui m'a dit, à votre âge, vous ne serez pas assez rentable comme interne » et enfin, le dernier passage a un statut différent puisqu'il s'agit d'un énoncé imaginaire, donc n'ayant pas eu lieu : « on aurait dû me dire monsieur vous n'êtes pas compétent, prenez vos responsabilités ». C'est passages sont intéressants parce qu'ils introduisent des dialogues à l'intérieur du dialogue et permettent au sujet de revenir sur lui-même et de proposer une interprétation des événements qui sont advenus et qui étaient dépendants des relations qu'il entretenait avec d'autres individus. Il s'agit d'événements importants, de charnières qui ont modifié le cours de sa trajectoire, et pour lesquels le sujet n'a pas pu décider. Il n'a bien sûr pas recours systématiquement au discours rapporté lorsqu'il évoque des événements sur lesquels il n'a pas eu de prise mais ces éléments nous semblent tout de même pertinent pour la dynamique et la logique de son récit.

Nous avons relevé ensuite un ensemble de références à des productions culturelles qui servent d'appui au récit. La première a servi au sujet à commencer son récit : « on va faire comme dans les contes de fées ». Par la suite, il a raconté une anecdote et a conclu en la qualifiant de « tragédie à la grecque » et de « happy end hollywoodien ». On retrouve ici un aspect des travaux de Bruner (2010) puisque ce sujet se sert des formes culturelles de récit qu'il a pu rencontrer pour construire le sien, il y fait référence de manière explicite. Il a recours également à des auteurs littéraires qui lui servent à aborder la question de l'appartenance culturelle, comme lorsqu'il dit « je connais plus Baudelaire qu'Omar Khayam » et « Kateb Yacine, aux arabisants qui voulaient arabiser rapidement, il leur a dit mais vous êtes fous, le français c'est un butin de guerre », qui sont des marques du fait que le sujet s'insère dans un ensemble de significations partagées et lui servent à faire un commentaire sur son rapport à la culture. De la même manière, il ajoute « comme disait je sais plus qui...l'exil durcit, mais c'est pas un exil », ce qui constitue un commentaire sur sa trajectoire personnelle, à laquelle il tente d'attribuer un sens. Ce sujet a déclaré dans les réactions aux extraits vidéo qu'il ne se reconnaissait plus dans la situation politique actuelle de son pays d'origine. La rupture avec son pays d'origine rend le retour impossible. La négation dans cette phrase montre dans ce cas un mécanisme de défense explicite dans la mesure où l'impossibilité du retour amène le sujet à vivre sa

situation personnelle comme un exil. Enfin, il cite un passage d'un film comme exemple pour illustrer la situation des médecins étrangers en France. Dans ce passage, il oppose deux personnages, un interne français et un médecin étranger, faisant fonction d'interne. À travers cet exemple, le sujet se positionne du point de vue identitaire comme nous l'avons montré en construisant l'espace élémentaire de son identité.

1.5.4. Espace culturel et géographique de l'entretien d'Adel

Tableau 19 - Espace culturel, géographique et linguistique de l'entretien du sujet 5

UR1	UR 2	Réf.	Substantifs	Références secondaires					
Franc e	6 4	3 0	français	3 français	2 6				
					nationalité française		4		
		France	1 5	France	1 5		1 4	<i>Baudelaire</i>	2
				franco-français	1		1	<i>territoire français</i>	1
		Ile-de-France	5	Ville de Paris	5		5		
		Languedoc-Roussillon	5	Hérault	5		1		
		Rhône-Alpes	4	Rhône	3		2		
				lyonnais	1		1		
				Haute-Savoie	1		1		
		Basse-Normandie	3	calvados	3		3		
		limousin	1	Corrèze	1		1	<i>corrèzien</i>	1
	lorraine	1	Meurthe-et-Moselle	1	1				
Euro pe	2 7	9	Grande-Bretagne	9 Angleterre	8	<i>Shakespeare</i>	1		
						anglais	1		
		Europe de l'Est	6	Roumanie	4	2	<i>plombier polonais</i>	1	
						2			
				roumain	1	1			
				Arménie	1	1			
				Bulgarie	1	1			
		Europe de l'Ouest	6	Allemagne	4	2			
						1			
				allemand	1	1			
				Allemagne	1	1			
			saxe	1	1				
			Belgique	1	1				
			belge	1	1				
			Espagne	1	1				
	Europe	4	Europe	3	3	<i>occidental</i>	1		
			européen	1	1	<i>viking</i>	1		
	Europe du Sud-Ouest	1	Grèce	1	1	<i>tragédie grecque</i>	1		
	Cee	1	Cee	1	1	<i>euro</i>	1		
			union européenne	1	1				

Afrique	2 6	Afrique du Nord	2 5	Algérie	2 3	Pays d'origine Conflit armé	1 5 1	<i>Kateb Yacine</i>	1
						Ville 1 gentilé	1 6	<i>histoire coloniale algéro</i>	1 1
				nord-africain	1	maghrébin	1	<i>OAS</i>	2
				Afrique du Nord	1	Maghreb	1	<i>attentat</i>	1
		Afrique	1	Afrique	1	Afrique	1	<i>guerre civile</i>	1
								<i>révolutionnaire</i>	1
Amérique du Nord	6	canada	5	canada	2	canadien	2		
				Ontario	2	Toronto	2		
				Québec	1	Montréal	1		
		usa	1	Californie	1	hollywoodien	1		
Asie	4	Asie du Sud-Ouest	2	Pakistan	1	pakistanaï	1		
				inde	1	hindou	1		
		Asie du sud-Est	2	Cambodge	1	Cambodge	1		
				Vietnam	1	Vietnam	1	<i>boat people</i>	1
arabe	1	arabe	1	arabe	1	arabe	1	<i>arabisant</i>	1
Proche-Orient	1	Proche-Orient	1	Proche-Orient	1	Moyen-Orient	1	<i>Khayam</i>	1
Amérique du sud	1	Amérique du sud	1	sud-américain	1	sud-américain	1		

L'analyse effectuée avec Tropes nous a permis de délimiter l'espace culturel et géographique de l'entretien. Nous avons recensé huit UR1 différents faisant référence à des termes associés à des pays et des cultures, les trois principaux correspondant à la France (64 termes), à l'Europe (27 termes) et à l'Afrique (26 termes). Les références à la France sont variées et font référence pour la moitié au français en tant que langue et en tant que qualificatif. Environ un quart des références (15) renvoie à la France comme pays et le reste des références concernent des villes où le sujet a vécu. Pour l'Europe, un tiers de références sont liées à l'anglais comme langue et les autres références sont liées à des exemples donnés par le sujet en lien avec sa trajectoire. Les références à l'Afrique concernent principalement le pays d'origine du sujet, 15 y faisant référence directement et les autres étant associées au gentilé. Il fait également référence au Canada, qui est un pays où il a vécu et où il a eu une expérience professionnelle de chirurgien. Enfin, les références restantes viennent compléter l'espace culturel et géographique de l'entretien à travers l'évocation d'attributions culturelles ayant été faites au sujet (Hindou, Pakistanais) mais concernent aussi l'origine de certains patients qu'il a pris en charge au cours de son

parcours. Enfin, on recense une seule référence à la langue arabe, qui est ainsi quasiment absente du récit du sujet

1.5.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie d'Adel

Dans cet entretien, nous avons repéré un ensemble de conflits axés sur trois thématiques principales qui sont la reconnaissance de l'identité professionnelle de chirurgien, la reconnaissance juridique du statut de médecin et la question du conflit culturel lié à l'exil. En effet, nous avons observé un épisode conflictuel allant de la page 2 « oui, parce que, si vous voulez, je pouvais prétendre... » Jusqu'à la p. 4 « Surtout avec les gamins qui ont perdu leur mère, qui sont déracinés ». Cet épisode porte sur la non-reconnaissance du diplôme et le parcours qui a mené le sujet à cette reconnaissance. Le conflit est axé sur la question de la rétribution symbolique et financière/matérielle tout au long de la carrière et qui a abouti pour lui à une pension de retraite insuffisante et à l'obligation de reprendre une activité professionnelle à temps partiel. Cet épisode porte principalement sur le défaut de reconnaissance sociale et symbolique. Nous avons eu l'échange suivant avec le sujet :

Dr. : « Ce qui fait que, nous c'est, les gardes c'est 45% du salaire, du revenu. Et donc ils ont calculé ma retraite sans les gardes. »

Ch. : « Donc à 55% de votre revenu. »

Dr. « 50% de 50%. Voilà, ça aboutit à ça quoi. »

Ch. « Un quart, ça fait un quart. »

Dr. « Un quart. Voilà, en gros mon parcours. »

Ce passage comporte une association qui nous semble intéressante pour la question de la reconnaissance. Il nous semble que le fait que le sujet dise « un quart, voilà mon parcours » témoigne du fait qu'il ne se sent pas entièrement reconnu, la rétribution matérielle insuffisante témoigne d'une insuffisance de la rétribution symbolique. Le sujet amène plusieurs tentatives de résolution de ce conflit, il se livre d'abord à une rationalisation disant que « c'est légitime un pays qui protège ses nationaux », puis il réalise un ensemble d'interprétations, essaie d'expliquer cette situation : « c'est spécifique au corps médical qui est très fermé, très corporatiste », « c'était pour des raisons purement financières », « c'est tout cet état d'esprit qui explique les changements de statut, on a essayé de parer au plus pressé ». Nous voyons qu'il tente de fournir une série d'explications inhérentes au fonctionnement du corps médical, qui nous renseigne sur ses

représentations. A la fin du passage (p. 4), il met fin au conflit en le faisant taire, puis suite à nos relances, une réponse affective l'amène à parler de ses enfants. On a ici un premier indice d'une résolution du défaut de reconnaissance sociale de l'identité professionnelle par le recours à d'autres types de relations valorisantes, ici les relations familiales et le statut de père.

Nous avons ensuite relevé un conflit s'inscrivant dans une thématique proche de celle qui nous venons d'évoquer puisqu'il est lié à la reconnaissance de l'identité professionnelle de chirurgien. Pour lui, « ce qui a été difficile, ça a été d'accepter de ne plus faire de la chirurgie ». Il explique en effet :

« C'était ma passion, et...Bon, heureusement que j'ai eu...Ce qui me tempère les choses c'est que je l'ai exercée pendant, allez, trente-cinq ans. Donc bon, c'est pas comme si on m'avait coupé en plein élan. Mais ça me manque. Et puis, se retrouver au service d'urgences, comment dirais-je, comme consultant d'orthopédie. Il y avait des moments difficiles parce que je voyais qu'il fallait opérer, j'appelais le service d'orthopédie, c'était un jeune interne qui venait. Il savait pas qui j'étais, moi je, j'allais pas me mettre une pancarte. C'était difficile pour moi de lui présenter alors qu'il avait vingt ans de moins, de lui présenter le malade et attendre sa décision. »

Plusieurs éléments sont à remarquer dans ce passage. En premier lieu, nous pouvons remarquer que l'enjeu central est ici la question de la reconnaissance du statut de chirurgien, et à travers ce statut de la qualification et de la compétence mais aussi de l'identité professionnelle, qui fait ici défaut. Nous remarquons également que la question des enjeux de hiérarchie mais aussi de pouvoir et de reconnaissance de l'expérience sont présents. Le fait que le sujet souligne la question de la différence d'âge nous semble être en lien avec la question du positionnement identitaire et de la façon dont il se positionne d'un point de vue générationnel. Elle fait également référence au fait qu'il est difficile pour lui d'être placé dans une sorte de mise en scène où il est forcé de demander son avis à un interne moins expérimenté, de dépendre de la décision de celui-ci alors que lui-même a déjà exercé en tant que chirurgien. Dans une telle situation, sa compétence en tant que chirurgien orthopédiste n'est pas reconnue, il n'a pas de légitimité à s'affirmer en tant que tel pour émettre un avis et doit se référer à un interne. La question de la reconnaissance se pose ici de la manière décrite par Clot, le sujet ne se reconnaît pas dans son travail, il tente donc de s'appuyer sur le collectif pour trouver une reconnaissance

sociale mais ne la trouve pas. Enfin, la négation lorsqu'il dit « *c'est pas comme si on m'avait coupé en plein élan* » constitue un mécanisme de défense. En effet, l'abandon de sa profession de chirurgien a été vécu comme une rupture, causant une souffrance identitaire importante.

Le sujet conclut en disant qu'"il faut accepter ça" comme s'il ne l'avait pas encore accepté, il semble ainsi que ce défaut de reconnaissance ne soit pas accepté par le sujet et soit toujours douloureux pour lui. Il s'agit d'un conflit qui déstabilise particulièrement le sujet, qui s'attaque à la "vocation" et à l'identité professionnelle en tant que source d'un sentiment de valeur et d'estime de soi. Ici, nous voyons que la résolution du conflit est ambivalente, le sujet "se venge", "se console comme il peut". Il s'appuie sur le chef de service d'origine algérienne qui lui accorde une reconnaissance de son identité en proposant une mission d'enseignement, ce qui l'amène à dire que « La boucle est bouclée », « on revient au point de départ ». Ces affirmations nous semblent ambivalentes dans la mesure où accéder à une mission de transmission pourrait être perçu comme une promotion sociale, mais comme le statut n'est pas complet, cette mission d'enseignement est perçue comme un palliatif, une solution de remplacement. Malgré tout, cette solution apporte tout de même une satisfaction au sujet qui affirme « ça me fait du bien ». Toutefois, la souffrance associée à ce renoncement à une identité de chirurgien est toujours présente, le déchirement est toujours présent comme il le dit lui-même. Enfin, nous avons pu recenser un troisième conflit autour de l'identité professionnelle et du refus de reconnaissance. Ce conflit concerne le refus de reconnaissance juridique et le sentiment d'injustice du sujet lié à des rapports de pouvoir inégaux, il dit en effet « ces 20000 médecins, ils sont là, on les utilise ». Dans ce passage du récit, le sujet évoque cette question du refus des institutions d'accorder une reconnaissance juridique à ces médecins, il explique que « l'administration était en position de force », utilise le terme « corruption » et affirme que « l'assemblée nationale a toujours eu un grand nombre de médecins comme députés » et qu' « il fallait protéger le gâteau », il ajoute du plus que les médecins sont « à la merci du chef de service » et que « tant que vous n'avez pas l'équivalence, vous êtes dans une situation précaire », il conclut en disant que « si vous n'êtes pas couvert par l'état de droit vous n'êtes rien ». Cette affirmation montre bien que l'absence de cette reconnaissance rend difficile la construction de l'identité. Enfin, il appuie son propos par une référence au film Hippocrate qui met en scène un médecin faisant fonction d'interne et un interne « fils de patron » dans une relation inégale. Il

décrit une situation qui conduit au renvoi du médecin étranger. Il nous semble que ce conflit n'est pas résolu, il nous semble qu'une explication possible pourrait être que ce sujet a obtenu la reconnaissance de son diplôme de médecin mais pas de sa spécialisation en chirurgie. La non-résolution de ce conflit se traduit pour le sujet par une référence à la thématique de la lutte, il dit « c'est une course de haies quoi », il se trouve en permanence face à des obstacles à surmonter.

Nous avons également recensé quatre passages qui concernent un conflit lié à l'appartenance culturelle et à la migration pour ce sujet. Le premier passage concerne la question de l'acquisition de la nationalité française par le sujet. Il raconte la procédure à suivre :

« Il faut passer...alors à l'époque, et je crois que ça continue encore, c'était la naturalisation par réintégration à la nationalité. Il faut être énarque pour trouver des trucs comme ça. C'est-à-dire que dans la mesure où j'étais en 1944, donc territoire français, je réintègre la...j'ai pris des vacances et puis je reviens au bercail en gros. »

Puis il explique la signification de cette procédure administrative pour lui :

« En gros cette réintégration ça veut dire on vous fait passer par la petite porte. Vous avez des...on est engueulés. Vous avez fait une bêtise, vous allez vous, vous avez voulu vous séparer de la France. Allez revenez, on vous accueille parce qu'on est généreux. Mais vous passez pas par le hall officiel, vous passez par une porte de service. C'est un peu ça l'impression que ça a donné. »

Ce passage nous permet de mettre en évidence la place qu'a occupée pour le sujet l'acquisition de la nationalité française. Nous voyons que pour lui, celle-ci fait intervenir l'histoire coloniale de son pays d'origine. Il aborde cette question d'une manière collective, marquant son appartenant à une génération qui avait comme point commun d'être « des biculturels. De l'époque coloniale », mais des biculturels qui ont été principalement en contact avec la culture française, qui ont été « assimilés », ce qui l'amène à dire « je connais plus Baudelaire qu'Omar Khayam ». Le sujet évoque ici une appartenance collective, il traite la question de la culture du point de vue de l'appartenance à un groupe partageant les mêmes significations. Dans un deuxième temps, il parle de son rapport personnel à cette appartenance, il déplace la question du conflit sur l'administration, l'institution. On passe d'un niveau affectif et social à un niveau institutionnel. La lutte pour la reconnaissance se situe ici à un niveau collectif de

la même manière que lorsque le sujet évoquait la reconnaissance du diplôme et insistait sur la nécessité pour les médecins de s'organiser collectivement. La résolution du conflit lié à l'appartenance se fait dans le passage à travers une intellectualisation, pour lui, « il y a toujours de l'idéologie en politique ». Il coupe court à l'évocation de cette question et écarte ainsi les émotions négatives associées au fait qu'il a été forcé d'abandonner la chirurgie en proposant une formule générique qui marque une coupure dans son discours.

Il évoque ensuite un peu plus loin la question de la migration et de l'exil ; le conflit réside ici dans la relation ambivalente que le sujet semble entretenir avec sa trajectoire migratoire, il dit en effet « comme disait...je sais plus qui, l'exil durcit mais c'est pas un exil », il nous semble ainsi qu'il fait référence à un exil puis nie la possibilité de qualifier sa trajectoire d'exil, lui donnant ainsi un sens ambivalent. Cette ambivalence peut toutefois renvoyer au passage précédent relatif à l'histoire coloniale et à la réintégration de la nationalité française qui semble être une question complexe puisqu'elle renvoie à un événement historique qui a probablement amené une redéfinition identitaire importante pour ce sujet. Au début de l'entretien, il explique que lorsqu'il a travaillé la première fois en France, il occupait un poste équivalent à celui de ses collègues français et que cette équivalence lui a été refusée par la suite. Il nous semble qu'un des enjeux de la redéfinition de l'identité engendrée par ce refus est similaire à celle engendrée par les différents événements ayant marqué l'histoire de la colonisation qui ont marqué le sujet. Dans son récit, en effet, il évoque le fait d'avoir été assimilé, puis d'avoir voulu se séparer de la France et d'être puni, c'est-à-dire privé de la reconnaissance. Il nous semble que les processus identitaires en jeu sont similaires : la reconnaissance sociale et juridique a été accordée pendant un certain temps par le collectif, elle était en accord avec ce dans quoi le sujet se reconnaissant lui-même – la culture française ou le métier de chirurgien – et c'est lorsque cette reconnaissance lui a été refusée et qu'il a dû aller vers une identité dans laquelle il ne se reconnaissait pas – celle d'immigré algérien ou celle de faisant fonction d'interne ou médecin aux urgences – qu'il a eu besoin de lutter pour cette reconnaissance du collectif et des institutions.

Dans le récit, la résolution de ce conflit est ambivalente, il commence par se distancier du pays d'origine en disant « culturellement, je ne me sens plus rien de commun avec la société algérienne actuelle », nous voyons que ce sujet a opéré une rupture totale avec son pays d'origine. Il ne se reconnaît plus dans cette appartenance ce qui a pour conséquence que lorsqu'il nous parle de ses amis restés dans son pays

d'origine, il n'a « plus rien à leur dire », c'est-à-dire que l'échange est devenu impossible. Les changements historiques survenus ont eu pour conséquence de s'attaquer au sentiment de cohérence lié à son appartenance culturelle, et il a répondu à cette incohérence par la rupture. Ensuite il évoque un processus d'identification à la France à travers son épouse (« culturellement, il n'y avait pas de soucis, mon épouse était française ») mais aussi une identification à son neveu psychiatre et à sa trajectoire. On retrouve ensuite la thématique de la lutte, individuelle grâce à la vengeance du neveu (« il m'a vengé ») et collective. Cette thématique de la lutte collective se retrouve dans son discours : « je suis né dans un pays qui a été colonisé dans une autre culture » (...) « le français c'est un butin de guerre », il évoque une « logique révolutionnaire. » Il cherche également à minimiser le conflit : « c'est une anecdote, ça n'a pas de... », « il n'y a pas d'amertume dans ce que je dis, ou de fierté », on retrouve ici l'ambivalence de son rapport à l'appartenance culturelle et à la trajectoire migratoire. Enfin, il fait intervenir dans son récit des références à des genres narratifs, la « tragédie grecque » et le « happy end hollywoodien » et cite des auteurs comme « Kateb Yacine ». Il fait référence à plusieurs reprises à de multiples sources culturelles et historiques qui peuvent parfois se contredire, comme par exemple la tragédie Grecque et le Happy End, qui sont contradictoires et qu'il utilise pour qualifier la même anecdote, ce qui appuie le fait que son identité se définit sur l'ambivalence et les appartenances multiples avec toutefois une rupture marquée par rapport au pays d'origine.

En effet, à propos de l'appartenance culturelle et des relations liées à cette appartenance, il affirme qu'il a « un physique sur lequel on n'arrive pas à mettre une nationalité ou une origine », il nous dit que de nombreuses origines lui ont été attribuées puis conclut : « c'est absurde les races, les ethnies, les nationalités », « on est un individu quoi ». Ici, on a un indice d'une orientation identitaire interculturelle et individualiste mais aussi une marque de la rupture avec le pays d'origine. Il a ensuite recours à une métaphore à propos de l'accès aux articles scientifiques il évoque en effet « la bibliothécaire à petites lunettes derrière son guichet » avec qui il fallait bien s'entendre pour obtenir un article et l'oppose à « une technologie extraordinaire qui permet d'abolir les frontières ». C'est un positionnement qui semble s'établir en réaction à un ensemble de situations subies : « les envahisseurs, des vikings aux français », la corruption (la bibliothécaire), les frontières qui peuvent être abolies par la technologie et l'usage d'une langue commune, l'anglais.

Enfin, nous avons relevé un quatrième passage où la question de l'exil et de la perte est évoquée : « quand on part comme ça, la première chose dont il faut se débarrasser impérativement, c'est le souvenir. Il faut surtout pas se réfugier dans le souvenir. De temps en temps de manière positive, sinon c'est le danger ». Ce passage est lié à une atteinte au sens et à la valeur de l'identité, et le fait de se défaire du passé semble être une réaction défensive. De plus, il résout ce problème à travers l'investissement d'un autre pôle de l'identité, plus personnel : « moi, mon moteur ça a été mes enfants. Le fait d'avoir abandonné la chirurgie a été compensé par la réussite de mes enfants. Donc on s'y retrouve. Et puis, je suis grand-père, j'ai deux petites filles adorables. » Il investit un autre domaine, un autre statut dans lequel il se reconnaît et qui lui permet de garantir un sens et une valeur à son identité.

1.5.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie d'Adel

Les processus identitaires que nous avons pu mettre en évidence dans le récit d'Adel suite à l'analyse des conflits sont les suivants :

- **Dimension professionnelle de l'identité** : au départ, le sujet se reconnaît au niveau individuel dans son identité professionnelle de chirurgien orthopédiste et est reconnu par l'institution. Puis il entreprend une migration pour fuir une situation dangereuse, il vit un exil. Cela entraîne un changement de statut, une perte de l'identité professionnelle et de la reconnaissance sociale et juridique. Cela a pour conséquence que le sujet ne se reconnaît plus dans l'identité professionnelle mais tente de retrouver une reconnaissance partielle à travers la reconnaissance de ses compétences pour l'enseignement.
- **Identité familiale** : au départ, le sujet se reconnaît dans son identité familiale en tant qu'époux et père. Ensuite, il perd son épouse, ses enfants grandissent et ont à leur tour des enfants. Il y a un renforcement de ce pôle identitaire, de la reconnaissance affective et un investissement affectif important des générations descendantes. Le sujet se reconnaît dans son identité familiale en tant que père et grand-père.
- **Identité culturelle** : au départ, le sujet se reconnaît dans une identité biculturelle collective. Des changements historiques surviennent et en parallèle le sujet quitte son pays. Les différents processus d'identification mais aussi les différentes stratégies et logiques d'acculturation qu'il met en place ont pour conséquence

qu'il ne se reconnaît plus dans l'appartenance à son pays et aboutit à un investissement plus important du pôle individuel et d'une identité interculturelle.

Ces processus viennent compléter ceux que nous avons pu mettre en évidence lors de l'analyse des différentes dimensions du récit liées aux rôles, aux personnages, à l'espace culturel et géographique ainsi qu'à l'intertextualité. En outre, nous avons également pu relever des indices des interpénétrations, c'est-à-dire des relations dialogiques se mettant en place entre ces différents éléments dans la logique du récit du sujet :

- entre l'identité familiale et l'identité professionnelle : le sujet a investi davantage l'identité familiale à travers les relations affectives avec ses enfants. Il est allé trouver de la reconnaissance dans ces relations.
- entre l'identité familiale et culturelle : le sujet s'est identifié à la culture de son épouse, c'est-à-dire que dans son récit, la culture française est associée à son épouse, c'est-elle qui a une fonction de lien concernant l'appartenance. Il s'agit toutefois d'un lien ambivalent dans la mesure où le sujet marque une rupture avec l'appartenance culturelle et privilégie une appartenance multiple.
- entre l'identité culturelle et professionnelle : le sujet a bénéficié de la reconnaissance de ses compétences par un chef de service de la même origine que lui. Il a pris la peine de la souligner dans le récit et il s'agit d'un positionnement ambivalent du point de vue des identifications dans la mesure où ce chef de service qui est de la même origine lui « rend », reconnaît et valide l'identité dans laquelle le sujet se reconnaît et qu'il avait été contraint d'abandonner.
- entre les trois identités : le sujet s'identifie à son neveu psychiatre qui représente les trois facettes que nous évoquons, il a un lien affectif avec ce neveu, ils partagent la même profession et la même origine culturelle. Le neveu est le personnage qui venge le sujet, celui par qui « la boucle est bouclée », il est un personnage important au sein du récit puisqu'il représente une réparation de la reconnaissance de l'identité professionnelle.

1.6. Analyse du récit de vie de Marta

1.6.1. Résumé du récit de vie de Marta

Marta est née en France en 1967, ses parents étaient ouvriers et étaient venus travailler en France dans les années 1960 en raison de la situation politique de leur pays d'origine. Elle y est restée jusqu'en 1975, puis ses parents sont retournés dans leur pays d'origine où ils ont ouvert un restaurant. Elle a passé son bac en 1985 et a fait une année de préparation à l'entrée en médecine. Elle a échoué au concours et s'est orientée en psychologie. En 1986, elle a réussi à entrer en médecine et a poursuivi son cursus jusqu'au diplôme de médecin qu'elle a obtenu en 1983. Elle a ensuite passé le concours de l'internat et s'est spécialisée en pneumologie. En 1995, elle est venue faire un stage de 3 mois en France puis elle a obtenu son diplôme de spécialiste dans son pays d'origine. Entre 1996 et 1998, elle a passé un an et demi en France avec un poste de praticien attaché. Elle est retournée dans son pays d'origine en 1998 et a travaillé dans un dispensaire, elle faisait également des remplacements à l'hôpital. Elle est retournée en France en 1999 et est restée trois ans avec un poste de praticien attaché dans le même CHU que lors de son précédent séjour. En 2002, son contrat n'a pas été renouvelé, elle a trouvé un poste de praticien attaché dans la structure dans laquelle elle travaille aujourd'hui. En parallèle, elle a rencontré son conjoint entre 2005 et 2009, s'est mariée à eu des enfants à cette époque. Aujourd'hui, elle continue de maintenir des liens avec le CHU où elle retourne régulièrement travailler et a pour projet de changer de poste pour arrêter de faire des gardes.

1.6.2. Rôles et statuts évoqués par Marta au cours de l'entretien

Dans son entretien, Marta a évoqué quatre statuts différents liés à son évolution professionnelle et à ses projets d'avenir. Elle a d'abord commencé son récit lorsqu'elle était interne en pneumologie dans son pays d'origine. Elle a ensuite obtenu un poste d'attaché en France qu'elle a été obligée de quitter. Aujourd'hui, elle exerce dans une structure qui n'est pas un hôpital mais son poste est « *l'équivalent de praticien hospitalier* » et enfin, elle envisage de se réorienter et de devenir « *médecin DIM⁴¹, celui*

⁴¹ C'est-à-dire médecin en charge de l'organisation et du contrôle du Département d'Information Médicale.

*qui s'occupe du PMSI.*⁴² » Elle a évoqué assez peu de statuts différents, chez elle, ce sont les références extérieures et l'intertextualité qui sont particulièrement présentes.

1.6.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien de Marta

Le premier élément que nous avons relevé ne concerne pas l'intertextualité à proprement parler mais il nous semble pertinent de le relever dans la mesure où il s'agit d'une référence à un élément historique que le sujet utilise pour situer son récit dans le temps. Elle est la seule, avec le sujet 5, à avoir introduit une référence à un événement historique dans son récit.

Le deuxième élément concerne ses parents qu'elle cite à deux reprises. La première fois, elle explique qu'ils lui ont proposé de rester chez eux en attendant de trouver une poste : « *mais euh, mais tu as qu'à rester à la maison. Nous on est là, pourquoi tu voudrais gagner plus. C'est pas grave, nous on peut t'aider. Il y aura un jour un poste.* » La deuxième fois, elle raconte de quelle manière ils ont reçu sa décision de partir en France : « *Et quand je leur annoncé que je revenais la deuxième fois, ils ont très mal pris. Parce qu'ils m'ont dit nous on a quitté la France pour que tu puisses vivre dans notre pays et maintenant tu retournes là-bas alors que nous on a fait tout notre possible.* » Il semblerait ainsi que pour Marta, le fait d'être retournée en France ait engendré une rupture de la transmission de la culture de ses parents. Il semblerait en effet que ceux-ci aient fait le choix de rentrer dans leur pays d'origine après un événement politique important pour que leurs enfants puissent y grandir et qu'ils aient ainsi mal accueilli le fait qu'elle décide de repartir. Ce passage nous laisse entrevoir un élément lié à la transmission familiale dans ce récit et nous verrons à propos de l'espace culturel de l'entretien que la question de la langue est au cœur de cette question.

Le troisième élément que nous avons relevé concerne son apprentissage de la langue et ses progrès au cours du temps que les patients remarquaient : « *les patients me disaient « oh vous parlez en français, avec beaucoup moins d'accent... »* Il nous semble intéressant de noter que ce sont les patients qui lui faisaient cette remarque et pas ses collègues, du moins dans le récit qu'elle en fait. Elle nous a également fait part d'un autre élément lié à la langue qui concerne cette fois-ci la lecture. Elle nous a raconté : « *J'ai eu*

⁴² Le PMSI est le Programme Médicalisé des systèmes d'information.

une copine je lui ai dit ah je vais te passer ce livre. Attends, je me rappelle pas si je l'ai en français ou en espagnol. » Cela suit l'échange que nous avons eu avec elle à propos de ses progrès concernant la compréhension orale et écrite du français. Elle nous a en effet expliqué qu'elle a eu besoin d'un certain temps pour arriver à lire des romans en français et qu'aujourd'hui elle lit sans effort le français. Cet élément nous paraît intéressant dans la mesure où il montre une dynamique dialogique dans laquelle Marta et l'amie dont elle parle sont impliquées et où la question de la langue et de l'origine vient faire irruption. En effet, nous pouvons imaginer qu'elle était en train d'avoir une conversation à propos d'un ouvrage avec cette amie et qu'au moment de lui proposer de lui prêter, ce que nous pourrions considérer comme une continuité de ce dialogue, la langue vient faire irruption et peut être un frein à cet échange dans la mesure où si Marta ne possède pas le livre dans la bonne langue, son amie ne va pas pouvoir le lire, ou, du moins, elle devra se le procurer autrement.

Le cinquième élément concerne un événement que Marta nous a raconté afin d'illustrer la façon dont les médecins étrangers s'intègrent en France et de comparer cette situation à celle de l'Espagne. Elle nous a expliqué qu'elle avait été récemment à un congrès où elle a rencontré deux médecins qui ont été internes dans le même hôpital qu'elle dans leur pays d'origine. Une d'entre elles venait d'un pays d'Amérique du sud et l'autre d'un pays d'Afrique, et elles se sont remémoré leur expérience dans son pays d'origine, qui a été difficile pour elles : *« on parlait un peu des différences au niveau de la reconnaissance professionnelle de France et dans mon pays d'origine. Et on disait ici, on regarde pas la couleur de ta peau. On regarde pas d'où tu viens. On regarde ce que tu es capable d'apporter. Dans un service. »* D'après le récit de Marta, il semblerait que ses collègues aient subi plus de discrimination dans son pays d'origine et que toutes les trois perçoivent le milieu hospitalier français comme un milieu où la discrimination n'est pas présente.

En ce qui concerne les personnages du récit, nous avons recensé treize personnages différents, dont deux liés à son pays d'origine, sept liés à la France et quatre personnages qui constituent un lien entre la France et son pays d'origine.

Tableau 20 - Personnages du récit du sujet 6

Rôle et Valence	PO	France	lien France PO	Total
ambivalent/positif			1	1
identification ambivalente			1	1
négatif		2		2
obstacle professionnel		2		2
négatif/ambivalent		1		1
relation professionnelle		1		1
positif	2	4	3	9
aide professionnelle		1	1	2
identification	1	1	2	4
relation familiale	1	2		3
Total	2	7	4	13

Les personnages ayant eu un rôle négatif sont le nouveau patron du service dans lequel elle travaillait au CHU et un de ses collègues qui était vacataire depuis beaucoup plus longtemps qu'elle dans la mesure où ce patron a décidé de ne pas reconduire son contrat afin d'embaucher ce collègue à plein temps. Cet événement l'a amenée à chercher le poste qu'elle occupe aujourd'hui. Parmi les relations positives, nous avons recensé un médecin qui faisait des techniques de ventilation dans son pays d'origine et sous la responsabilité duquel elle effectuait son internat. C'est lui qui l'a encouragée à venir se former en France. Elle a également parlé de son patron de l'époque, en France, qui voulait absolument qu'elle reste dans le service et qui lui a proposé un poste de FFI qu'elle a refusé. Il a réussi à obtenir un poste de praticien attaché pour elle suite à son refus. Elle nous a également parlé de deux médecins qui avaient été internes avec elle dans son pays d'origine et qu'elle a revu en France à plusieurs reprises. Elle a même aidé l'une d'entre elles à obtenir un stage dans sa région. Ensuite, elle a évoqué les pharmaciennes dans son pays d'origine qui étaient un modèle pour elle lorsqu'elle était enfant et des médecins qui lui ont inspiré son projet professionnel futur. Concernant ses relations avec ses patients, nous les avons classées comme des relations professionnelles ambivalentes. En effet, certains de ses propos étaient positifs, elle nous a dit être fière d'avoir réussi à prendre en charge des patients avec des pathologies lourdes dans sa structure et à former les équipes dans ce sens. Certains de ses propos étaient plutôt négatifs dans le sens où la gravité de l'état de certains patients est parfois difficile à supporter pour elle dans la mesure où « *la prise en charge de patients très lourds ça devient un peu pesant.* » C'est pour cette raison qu'elle souhaite changer de poste et s'occuper du PMSI. Enfin, les personnages restant

sont les membres de sa famille, parmi lesquels ses enfants, âgés de cinq ans et son conjoint qui est français mais aussi son frère, qui est né en France et vit dans son pays d'origine et qui est plus jeune qu'elle et enfin ses parents. Concernant ses parents, ceux-ci constituent son premier lien entre la France et l'Espagne puisqu'elle est née en France mais qu'ils ont décidé de retourner vivre dans son pays d'origine lorsqu'elle était enfant. Ils constituent également une source d'identification ambivalente pour deux raisons. La première raison concerne le choix de carrière de Marta. Elle nous a expliqué que ses parents avaient un restaurant dans son pays d'origine et qu'elle et son frère aidaient au service lorsqu'elle était plus jeune : « *mes parents avaient un restaurant [...] j'aimais pas vendre des bières, des...par contre je me voyais bien...ça faisait un peu plus propre d'être dans une pharmacie.* » Nous voyons ici que l'identification est ambivalente dans la mesure où elle-même fait un lien entre la vente de bières et de médicaments, l'un étant plus « propre » que l'autre mais les deux étant liés pour elle. La deuxième raison pour laquelle l'identification à ses parents nous paraît ambivalente est liée à la langue et à la transmission à ses enfants. Nous verrons en effet dans la section suivante de quelle manière Marta envisage cette transmission en lien avec les relations familiales et de quelle manière ses parents sont impliqués dans cette question.

1.6.4. Espace culturel et géographique de l'entretien de Marta

Tableau 21 - Espace culturel, linguistique et géographique de l'entretien du sujet 6

UR1		UR2		Réf.		Substantifs	
France	6	France	2	France	2	France	2
	7		5		5		5
		français	2	français	2	France	2
			4		4		5
		Rhône-Alpes	1	Rhône	1	Ville 1	8
			6		2		
						croix-rousse	2
						lyonnais	1
						Ville 2	1
				Ain	3	Ain	1
						Oyonnax	1
						Hauteville	1
			drome	1	drome	1	
		Ile de-France	2	Ville de Paris	2	paris	2
Europe	4	Europe de l'Ouest	4	Pays d'origine	4	Pays d'origine	2
	7		5	d'origine	4		5
						Langue PO	1
							1
						Ville 1	6
						Gentilé ville 1	1
						nationalité	1
				Portugal	1	Portugais langue	1
		Grande-Bretagne	1	Angleterre	1	Angleterre	1
		Cee	1	Cee	1	communauté européenne	1
Afrique	4	Afrique centrale	2	Sao Tomé	2	Sao Tomé	2
		Afrique	1	Afrique	1	Afrique	1
		Afrique de l'Ouest	1	Cap-Vert	1	Cap-Vert	1
Amérique du Nord	3	usa	2	américain	2	américain	2
		Mexique	1	mexicain	1	mexicain	1
Amérique du Sud	1	Amérique du Sud	1	Pérou	1	péruvien	1

Dans l'entretien de Marta, les références à la France sont les plus nombreuses, elle fait référence au pays, à la langue française et aux villes où elle a vécu mais aussi où ses parents ont vécu. Elle a longuement évoqué la façon dont elle a appris le français ainsi que les moments clés dans son apprentissage de la langue, principalement en termes de compréhension :

« Oui, après on évolue. C'est, c'est...on se rend pas compte mais par exemple...quand je regardais la télé...pour comprendre ce qu'ils disaient il fallait que je sois assise en train de regarder. Oui, non, mais je pouvais pas faire autre chose et écouter. Un jour je me suis rendu compte en faisant la vaisselle, j'avais entendu quelque chose à la télé, j'ai dit tiens il a dit ça. J'étais en train de faire autre chose et j'ai capté. Alors au début c'était pas possible. Parce qu'il y avait la télé au fond, je pouvais pas comprendre ce qu'il disait. C'était comme ça, ça arrive peu à peu. Un jour on se rend compte qu'on réfléchit en français. Qu'on a rêvé en français. »

Nous remarquons ici qu'elle évoque principalement les moments où elle a commencé à comprendre sans avoir à se concentrer, c'est-à-dire à s'être suffisamment imprégnée de la langue et des sonorités pour être capable de comprendre sans avoir à se concentrer. Il semblerait que ce moment ait une importance pour elle en tant qu'étape de son parcours migratoire. De même, elle a évoqué un élément qui semble la définir personnellement et qui, il nous semble, nous renseigne sur l'importance pour Marta du point de vue identitaire du fait de pouvoir lire en français :

« J'ai mis longtemps à pouvoir lire de la littérature française. [...] j'ai toujours lu beaucoup, j'ai commencé par les magazines, journaux, tout ça. Mais lire un livre c'était trop difficile. Parce qu'à chaque fois qu'il y avait un mot que je ne comprenais pas, je pouvais pas m'empêcher d'aller chercher dans le dictionnaire. Donc du coup c'était, non c'était un peu pénible. »

Elle nous dit en effet dans ce passage qu'elle a toujours beaucoup, comme s'il s'agissait d'une façon de se définir, de présenter un trait caractéristique de sa personnalité. Elle nous explique ensuite les stratégies qu'elle mettait en place pour y parvenir : « dans un premier temps, j'ai commencé à lire des auteurs traduits. Des auteurs américains. C'était plus facile que lire... » Puis elle nous raconte une anecdote qui lui a fait l'effet d'un déclic, qui constitue un tournant dans sa trajectoire et donc dans son récit :

« Et un jour je me suis rendu compte, je sais pas, je suis tombée sur un livre, je me suis dit ah ben tiens, je vais essayer de le lire. Et finalement j'avais que ça. J'étais en montagne, ah oui, je m'étais fait une entorse et j'avais qu'un livre français. Je me suis dit bon allez, j'avais pas de dictionnaire. Et finalement ça s'est très bien passé, j'ai eu comme un déclic et j'ai dit ah ben c'est bon, je peux commencer à lire de la littérature française. »

Le livre et son titre n'ont pas d'importance, ce qui est important pour elle et que l'on perçoit à travers la façon dont elle construit son récit, c'est ce moment charnière où elle a été capable de lire et de comprendre un roman en français. Elle nous a ainsi fait part de son cheminement lors de l'apprentissage du français et notamment des événements qui ont jalonné son parcours en termes de compréhension orale et écrite :

« Maintenant même, des fois je lis des livres. Je me rappelle pas si... [...] je l'ai lu en français ou dans ma langue maternelle. J'ai eu une copine je lui ai dit ah je vais te passer ce livre. Attends, je me rappelle pas si je l'ai en français ou en [...]. Les [langue] je lis pas, je les achète pas en traduits hein. Je lis directement. J'essaie de garder...et les français en français. Mais quand c'est des autres auteurs, des fois je sais pas en quelle langue je les ai lus. Pour moi, c'est devenu presque pareil de lire une langue ou l'autre. »

Dans cette partie de l'entretien, nous pouvons mettre en évidence les processus qu'elle a mis en œuvre, non seulement pour arriver à parler français, mais aussi pour parvenir à s'approprier des éléments de la culture (télévision, magazines, littérature...). Nous lui avons ensuite demandé si ses enfants parlaient sa langue maternelle, ce qui l'a conduite à nous parler de ses parents et aux rapports aux deux langues entre les générations. C'est intéressant dans la mesure où les parents de Marta ont vécu en France et parlent donc français, ce qui crée un rapport et un dialogue entre les langues sur trois générations avec des « jeux » autour de la compréhension qui font partie de la construction de l'identité des enfants mais aussi de Marta en tant que mère et fille. L'alternance des langues amène des enjeux d'identification entre elle et ses parents autour des pratiques liées à la langue et à l'éducation.

Ch. Ah oui ? Et vos enfants, ils parlent les deux langues.

Dr. Alors, ils parlent que français parce que mon conjoint est français. Mais ils comprennent les deux.

Ch. D'accord.

Dr. Ils comprennent les deux mais je fais pas trop d'efforts. Parce que comme il y a que moi qui parle [langue] à la maison...Mais quand on va chez mes parents... [...] Donc ils leurs parlent français. Mais ils comprennent tout.

Ch. Oui, parce que vos parents parlent français.

Dr. Oui. Ah oui, oui. Ils parlent très bien français mes parents.

Ch. Donc même avec vos enfants, ils parlent français.

Dr Des fois, alors, ils m'engueulent parce que je parle pas assez [langue] avec eux. Parce que j'ai l'impression que si je leur parle [langue], ils m'écoutent pas. Ils vont faire comme s'ils avaient pas compris. Et mes parents, en fait, ils ont le même réflexe. [...] Ils vont leur parler en espagnol, ils vont faire semblant qu'ils comprennent pas alors ils vont leur traduire en français. Alors je dis tu vois, tu fais comme moi. Non, non. Mais...ils leur parlent surtout [langue]. »

Cet échange est intéressant puisqu'il montre comment la question de la langue que l'on parle peut entrer en dialogue avec les rôles parentaux, à la fois des parents de Marta qui « l'engueulent » parce qu'elle ne parle pas espagnol avec ses enfants, ce qui signifie qu'elle ne transmet pas à travers les générations la langue de ses parents, mais aussi avec son rôle parental. Les enfants utilisent en effet cette question de la langue pour jouer avec l'autorité de leur mère et de leurs grands-parents. Enfin, le rôle paternel entre en jeu ici comme s'il s'agissait d'une transmission automatique, lorsqu'elle dit « *ils parlent français parce que mon conjoint est français* ». Toutefois, il semblerait que le fait que ses enfants apprennent l'espagnol soit important pour elle mais elle semble ne pas souhaiter prendre en charge la transmission de la langue. Celle-ci soit se faire d'une manière relativement institutionnalisée comme le montre l'échange suivant :

Dr. Je voulais les inscrire à l'école internationale mais ça fait un peu trop loin d'ici [...]

Ch. D'accord. C'est important...Vous souhaitez qu'ils prennent des cours de langue ?

Dr. Oui. J'avais pensé, peut-être pour l'année prochaine. Quand on sera à côté des bus. Pour les mercredis après-midi prendre une étudiante Erasmus [de son pays d'origine]. »

Ces échanges font intervenir des références à la langue française mais aussi à l'espagnol ainsi que deux références aux Etats-Unis avec les « auteurs américains » dont elle lisait les romans. Les références à l'Espagne sont en effet les plus nombreuses après les références à la France, puisqu'on compte 47 occurrences. On retrouve également des références à l'Afrique, au Mexique et au Pérou qui correspondent à l'échange qu'elle a eu avec deux médecins qui avaient travaillé dans le même hôpital qu'elle dans son pays d'origine. Ainsi, les références culturelles et géographiques de l'entretien de Marta sont

organisées uniquement autour d'événements personnels et concerne des relations interpersonnelles.

1.6.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie de Marta

Nous avons recensé deux sources de conflit dans le récit de Marta. La première concerne un aspect de sa personnalité qu'elle met en avant pour se définir et qui est en contradiction avec sa vie actuelle. Elle nous a déclaré avoir toujours été très citadine, c'est-à-dire qu'elle aime vivre en ville. Or, à l'heure actuelle, même si elle vit près d'une grande agglomération, le village où se trouve sa structure est très petit, mal desservi par les transports en commun et peu animé, ce qui est difficile à vivre pour elle. Elle avait déjà refusé un poste dans un autre département parce que son lieu de travail était trop éloigné de la ville et elle souhaiterait se rapprocher de la ville la plus proche. Toutefois, il semblerait que la réussite professionnelle contrebalance cette difficulté dans la mesure où elle est satisfaite de son parcours et affirme avoir atteint ses objectifs. Elle souhaite toutefois trouver une autre forme d'exercice de son métier. Elle envisage son avenir professionnel et personnel en France et pas dans son pays d'origine.

La deuxième source de conflit concerne un problème qu'elle a rencontré lors de son arrivée en France. Au début, son statut de spécialiste n'était pas reconnu, elle a donc travaillé comme généraliste et a été rémunérée en conséquence : *« pendant un an ils m'ont payée que comme médecin généraliste. Donc je suis allée réclamer plusieurs fois en disant que puisque j'étais médecin spécialiste, même s'ils me payaient que comme médecin généraliste, je comptais appliquer mes connaissances. De spécialiste. Et un an après, quand j'ai essayé qu'ils me payent de façon rétroactive, évidemment ils ont dit non. »* Le conflit se situe ici au niveau du lien entre la rétribution financière et la reconnaissance des compétences. Il n'a jamais été résolu mais ne se pose plus aujourd'hui dans le poste qu'elle occupe. Dans l'ensemble, nous avons relevé peu de conflits dans son parcours. Elle a rencontré des difficultés par moments, a fait des aller-retours entre la France et l'Espagne et a connu des périodes de précarité financière mais a finalement réussi à s'insérer professionnellement, a construit son parcours comme elle le souhaitait et semble à l'aise dans son travail. Cela signifie que dans son parcours, les relations dans lesquelles Marta était impliquée étaient valorisantes pour son identité.

1.6.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie de Marta

A l'issue de notre analyse du récit de Marta, nous avons pu identifier les processus identitaires suivants :

- **Dimension professionnelle de l'identité** : face au parcours de Marta, nous n'avons pas eu un sentiment de rupture, elle a fait des aller-retour en France tout au long de son parcours mais il semble qu'il y une continuité dans ses différents postes. Elle a pu exercer dans le domaine qu'elle avait choisi, elle occupe un poste à responsabilités et nous a dit avoir obtenu ce qu'elle souhaitait. Du point de vue de l'identité, nous sommes ici dans un dynamique de mobilité professionnelle plus que dans un dynamique de migration dans la mesure où Marta a connu plusieurs épisodes de mobilité et fini par choisir de s'installer en France parce qu'elle ne trouvait pas de poste dans son pays d'origine.
- **Dimension personnelle de l'identité** : Marta a en commun avec Adel d'avoir un conjoint français. Elle est la seule femme de l'échantillon à être venue en France suite à une décision personnelle, liée à son avenir professionnel. Elle a rencontré son conjoint par la suite et a fondé sa famille en France. Nous avons vu à propos de la langue que cela avait eu un effet sur sa représentation de la transmission de l'Espagnol à ses enfants. Pour elle, la raison pour laquelle ses enfants parlent français est le fait que son conjoint soit français et pas le fait qu'ils soient nés en France.
- **Dimension culturelle de l'identité** : il s'agit ici d'un parcours singulier dans la mesure où Marta est née et a vécu en France pendant huit ans avant de retourner vivre dans son pays d'origine. Ceci donne à son récit la particularité de ne pas créer d'impression de rupture. Il semble qu'elle évolue avec aise entre les deux cultures. Elle n'a pas mentionné le fait d'avoir ou non la nationalité française.

Nous avons relevé une influence de la question culturelle au niveau personnel et professionnel chez Marta, comme nous l'avons évoqué. Au cours de son existence, elle a accumulé des identités différentes liées aux événements de son parcours. Elle ne les a pas évoquées mais ces identités successives ont certainement participé à sa construction et à son positionnement actuel par rapport à la cohabitation des deux cultures dans son quotidien. En premier lieu, elle est née en France de parents ouvriers immigrés espagnols

dans les années 1960, ce qui n'est pas anodin. Elle a appris le français à l'école puis elle est rentrée dans son pays d'origine en 1975. Elle ne l'a pas mentionné mais elle a sans doute appris l'espagnol chez elle même si ses parents parlaient et parlent toujours français. Elle est ensuite retournée dans son pays d'origine, où elle était fille de restaurateurs. D'après ce qu'elle nous a dit, elle ne parlait plus français dans son pays d'origine. Elle est ensuite retournée une première fois en France en tant qu'étudiante en stage, de manière provisoire, puis est revenue dans son pays d'origine et est retournée en France, cette fois de manière définitive comme médecin spécialiste diplômée dans son pays d'origine. Aujourd'hui, elle est mère de deux enfants, son conjoint est français et elle retourne régulièrement voir ses parents dans son pays d'origine avec ses enfants.

1.7. Analyse du récit de vie de Paula

1.7.1. Résumé du récit de Paula

Paula est née en Amérique du Sud dans les années 1960, elle a obtenu son diplôme de médecin en 1990. Elle a eu son premier enfant en 1995 et est arrivée en France en 1998 suite à une mutation professionnelle de son époux. De 1998 à 1999, elle a fait un stage à Paris. Elle est arrivée dans sa ville actuelle en 1999 et a exercé en tant que faisant fonction d'interne pendant quatre ans. A cette époque, elle a également préparé et soutenu une thèse de doctorat en sciences. En 2003, elle a passé le concours d'équivalence et a pu s'inscrire à l'Ordre des Médecins en tant que généraliste. Entre 2003 et 2005, elle a exercé en tant que contractuelle. Elle a obtenu la nationalité française en 2005, ce qui lui a permis de passer le concours de praticien hospitalier. Son deuxième enfant est né en 2007. Elle a pour projet de partir dans un autre pays de l'Union Européenne afin de suivre son époux qui a obtenu un poste dans une autre entreprise. Elle est mariée, a deux enfants, le premier est né dans son pays d'origine et le deuxième est né en France. Son époux a la même nationalité qu'elle et exerce la profession d'ingénieur.

1.7.2. Rôles et statuts évoqués par Paula au cours de l'entretien

Paula a commencé son récit en nous disant « je suis médecin depuis 1990 », puis elle a ajouté « je suis [...] d'origine », ce qui, avec le fait qu'elle mentionne l'obtention de la nationalité française nous renseigne sur une possible identification à une identité mixte, française et de son pays d'origine. Elle précise « d'origine » lorsqu'elle parle de sa nationalité, ce qui montre qu'un processus de transformation de son identité a eu lieu,

venant y ajouter le fait qu'elle vit en France depuis plus de vingt ans. Ensuite, elle nous a expliqué d'une part qu'elle avait demandé « *un poste de stagiaire* » et qu'elle est venue « *comme faisant fonction d'interne.* », par la suite, elle a « *pu avoir un poste de praticien contractuel* » et aujourd'hui, elle est praticien hospitalier. On retrouve ici le même parcours que celui de la plupart des sujets et nous verrons que Pietro a lui aussi eu un parcours similaire.

A propos de son poste de faisait fonction interne, elle nous a expliqué qu'il s'agit d'un statut difficile à vivre lorsque l'on est diplômé dans son pays et reconnu comme médecin : « *un poste de FFI, c'est pas évident [...] Moi, j'avais déjà ma formation, j'avais mon cabinet là-bas. Et après, se retrouver comme interne et pire que l'interne. Parce que c'est faisant fonction d'interne. C'est un peu compliqué* », pour elle, en effet, « *les autres médecins à l'hôpital, ils te voient comme n'importe quel interne étranger.* » Nous avons retrouvé cet aspect dans certains des entretiens mais Paula est la seule à avoir abordé cette question directement. On retrouve ici la problématique de la reconnaissance associée au statut de faisant fonction d'interne et la façon dont elle le décrit illustre bien les enjeux identitaires présents. En effet, elle explique qu'il s'agit d'un changement brutal de statut dans la mesure où elle était diplômée comme médecin, une profession valorisée et valorisante pour le sujet, et qu'elle est amenée à avoir un statut « *pire que l'interne* ». Pour elle, le fait d'entreprendre un doctorat en sciences a été un moyen de gagner de la reconnaissance : « *le travail de recherche m'a permis d'avoir un autre regard de la part des autres, comme si j'étais un peu plus sérieuse.* » Nous voyons qu'elle a pu obtenir une reconnaissance supplémentaire à travers ce travail, toutefois, nous verrons que Paula entretient un rapport ambivalent par rapport à cette période dans la mesure où son activité professionnelle a eu un impact considérable sur sa vie familiale.

Elle a également évoqué la façon dont elle se sentait lorsqu'elle se rendait à la préfecture pour obtenir son titre de séjour : « *à la préfecture de police on te traite comme si tu étais un réfugié politique.* » Il s'agit ici aussi d'une atteinte à la reconnaissance dans la mesure où sa légitimité à venir en France n'était pas reconnue. Nous verrons comment cet épisode a trouvé une résolution lorsque nous analyserons les conflits présents dans le récit de Paula.

Enfin, elle évoque un dernier statut en négatif, qui pourtant contraste avec ce que nous venons de présenter ; en effet, qu'elle ne dit pas « je suis comme un médecin français » ou « je me sens française », mais : « *j'ai pas la sensation d'être un médecin*

étranger. J'ai pas la sensation d'être un médecin étranger. Donc là, je suis complètement adaptée, donc, absorbée par le service, par le travail, donc voilà. Et c'est intéressant parce que parfois, les gens autour parlent de médecins étrangers d'une façon. Et je pense qu'ils oublient que moi je suis médecin étranger aussi. Voilà. » Elle se définit comme ce qu'elle sent qu'elle n'est pas pour expliquer que des processus de transformation ont eu lieu dans son identité, au niveau personnel, culturel et professionnel qui ont eu pour conséquence de l'amener à se sentir comme ses collègues français, à s'identifier à eux par le travail. Elle insiste sur cet aspect à travers la répétition de la négation. Ainsi, on a l'impression avec ce passage que pour Paula, la dimension professionnelle de son identité est étroitement liée à la dimension culturelle mais aussi aux relations avec les autres. Ici, la fonction du langage dans la formation de l'identité à travers le dialogue est particulièrement visible dans la mesure où c'est dans la conversation que Paula peut avoir avec ses collègues *sur* les médecins étrangers, qu'elle sent qu'elle n'est pas perçue comme telle *par ses collègues*, ce qui l'amène par conséquent à se sentir « complètement adaptée », et absorbée par le groupe. Une relation dialogique se met en place entre Paula et ses collègues, qui fait intervenir une minimisation de la différence culturelle (Cohen-Emerique, 2012) dont la conséquence n'est pas la souffrance identitaire mais plutôt la reconnaissance de l'identité professionnelle que le sujet recherche.

1.7.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien de Paula

Dans l'entretien de Paula, nous avons relevé un passage où elle cite d'autres échanges afin d'étayer son récit. Ce passage concerne son expérience face à l'administration et en particulier aux employés de la préfecture qui ont pris en charge son dossier. En premier lieu, elle cite une de ses amies qui l'avait mise en garde : « *Et j'ai une amie qui m'a dit « mais tu verras » donc c'était une [même nationalité qu'elle] qui était là aussi pour faire un DEA, et elle m'a dit mais « tu verras donc tu vas arriver et il y aura toujours quelque chose qui va pas ». Et je dis « mais non, mais j'ai tout mon dossier donc c'est impossible ».* Elle s'est donc rendue à la préfecture avec son dossier et le justificatif de son stage à l'hôpital ne mentionnait pas la date de fin de son stage : « *Et la dame à la préfecture elle m'a dit mais de toute façon vous n'avez pas la date de sortie donc il me faut un papier avec la date de sortie. Et je dis mais pour un an c'est jusqu'à mars...et elle me dit non, non je peux pas. Et elle regardait pas le reste.* » Pour Paula, ces moments ont été difficiles à vivre parce qu'ils lui renvoyaient son statut d'étrangère et constituaient

pour elle une perte de temps et d'énergie. Lorsqu'elle nous a raconté cet événement, elle nous a expliqué qu'elle a dû retourner plusieurs fois à la préfecture, soulignant l'absurdité de la situation. Le deuxième passage concerne le moment où elle et son époux ont demandé à obtenir la nationalité française. Elle rapporte ce que l'employé de la préfecture lui a dit : « *mais vous êtes la, les étrangers qui tirent la France vers le haut.* » Ce passage lui a conféré une reconnaissance dont elle avait manqué.

En ce qui concerne les personnages du récit, nous avons recensé douze personnages différents parmi lesquels quatre correspondent à la France, quatre sont associés à son pays d'origine et quatre établissent un lien entre les deux pays. La plupart des relations qu'elle a mentionnées sont positives.

Tableau 22 - Personnages du récit du sujet 7

Étiquettes de lignes	PO	France	lien France PO	Total
néгатif		2		2
obstacle personnel		1		1
obstacle professionnel		1		1
positif	4	2	4	10
aide personnelle		1	2	3
aide professionnelle + relation familiale	1			1
identification + relation familiale	3			3
relation familiale		1	2	3
Total	4	4	4	12

Dans le récit de Paula, nous avons trouvé de nombreuses références à des membres de sa famille. Dans un premier temps, elle nous a parlé des membres de sa famille qui étaient restés dans son pays d'origine et qui sont pour elle une source d'identification. Elle nous a d'abord parlé de son père, qui n'est pas médecin mais qui « a toujours eu envie de faire médecine », puis de sa mère qui est infirmière et enfin de sa sœur qui est médecin elle-aussi. Elle nous a également parlé de son cousin qui avait un cabinet de cardiologie et qui lui a proposé de travailler avec lui à l'issue de ses études. Elle avait donc initialement construit son projet migratoire comme une mobilité en vue de se former pour revenir exercer dans le cabinet de son cousin par la suite. Elle a également évoqué son époux qui est à l'origine de leur départ de son pays d'origine, sa fille qui est née là-bas et qui est arrivée en France à cinq ans et son fils né en France et âgé de huit

ans. Nous voyons ici que les processus identitaires de ce sujet font intervenir de manière importante les relations familiales comme source d'identification et comme ressource affective. En outre, elle a mentionné plusieurs amis brésiliens qui l'ont aidée pour certaines démarches lorsqu'elle était en France, parmi lesquels une amie, une de la même nationalité qui était là pour faire un DEA et des amis de la même nationalité qui vivaient à Paris avant que Paula et son mari arrivent en France.

Parmi les personnages ayant eu un rôle négatif, Paula a parlé des autres faisant fonction d'interne qui ne lui ont pas fourni certaines informations concernant la rémunération. Enfin, le dernier personnage négatif est « *la dame à la préfecture* », qui a été un obstacle dans le parcours de Paula dans la mesure où c'est elle qui s'est occupée de son dossier et qui, même si elle a sans doute appliqué des consignes qui lui avaient été données, a eu une attitude que Paula a mal vécue et qu'elle oppose au « *type de la préfecture* » qui a eu un rôle plutôt positif dans sa trajectoire lorsqu'elle a demandé la nationalité française. Ici, c'est dans les relations avec les employés de l'administration française, qui représentent le gouvernement, que se négocie la reconnaissance d'une appartenance culturelle valorisante. En effet, dans la première situation, l'employée de la préfecture a un discours qui dévalorise l'appartenance culturelle du sujet alors que dans la deuxième situation l'employé a un discours valorisant pour l'appartenance culturelle. Les enjeux de la relation liés à l'appartenance culturelle dans cette relation qui implique le sujet et l'Etat français à travers un de ses représentants sont différents de ceux impliquant les collègues du sujet. Ces deux relations sont complémentaires et offrent au sujet une reconnaissance de différents aspects de son identité.

1.7.4. Espace culturel et géographique de l'entretien de Paula

Tableau 23 - Espace culturel, géographique et linguistique de l'entretien du sujet 7

UR1	UR2	Réf.	Substantifs	réf. secondaires					
France	6	français	2	français	2	<i>cours de français</i>	1		
	1		4		2				
				Nationalité française	2				
		France	1	France	1				
			5		5				
		Ile-de-France	1	Ville de Paris	1				
			4		4				
	Rhône-Alpes	7	Rhône	7	Ville 1	7			
	nord-Pas-de-Calais	1	nord	1	Ville 2	1			
Europe	1	Europe_	1	Belgique	1				
	9	de L'Ouest	9		4				
				Italie	5			Belgique	8
								Bruxelles	3
								liège	1
								néerlandais	1
					flamand	1			
Amérique du sud	1	Amérique	1	Pays	1	<i>langue</i>	4		
	5	du sud	5		5				
								Nationalité	4
								Ville	3

Les références culturelles et géographiques de l'entretien de Paula concernent seulement quatre pays : la France, son pays d'origine, la Belgique et l'Italie. Les références à la France sont les plus nombreuses, suivies par les références à son pays d'origine puis à la Belgique et enfin l'Italie. Elle-aussi a évoqué la question de la langue française. Elle avait déjà suivi des cours dans son pays d'origine et elle nous a expliqué les stratégies auxquelles elle a eu recours pour aider sa fille :

« Ma fille, au départ donc c'était très très dur. C'était très dur. Parce quoi arrive, elle est à l'école. Donc elle parle pas français. Donc je lui ai dit, donc je lui ai expliqué un peu pour demander si elle avait faim, si elle avait soif. Donc des choses, des phrases et à trois ans et demi...et après je lui disais...parce que le portugais il est quand même proche du français. Donc je disais tu mets toujours l'accent. Donc je sais pas comme un téléphone, par exemple, ou je sais pas...Donc je disais tu parles portugais mais tu mets l'accent français. Parfois ça passe, parfois ça marche. »

Elle raconte un événement similaire aux déclics vécus par Marta mais qui concerne sa fille. Elle a passé beaucoup de temps dans un centre de loisirs pendant l'été, où elle a vécu une immersion prolongée dans la langue, les rythmes et la culture française, en présence d'autres enfants, et probablement sans pouvoir parler portugais, ce qui semble avoir provoqué une progression rapide dans son apprentissage du français :

« On est arrivés au mois de février. Donc elle a commencé l'école au mois de mars. Après les vacances de février. Au départ c'était très très dur. Et c'était après les vacances d'été, elle est allée au centre de loisirs, donc où elle est restée un peu plus longtemps parce qu'on avait pas trop, trop de vacances. Et c'est là je pense qu'elle a eu le déclic de, de parler français pour la rentrée de...elle était en moyenne section. Donc c'était quand même plus simple. »

Selon Paula, il s'agissait d'une situation compliquée et le fait de maîtriser la langue lui a facilité le quotidien. Elle donne l'exemple d'une situation d'incompréhension qui montre que des malentendus et des difficultés de compréhension peuvent survenir à propos d'événements du quotidien, qui paraissent évidents lorsque l'on maîtrise la langue mais qui peuvent devenir handicapants et constituent de petits événements déstabilisants dans la trajectoire du sujet, c'est-à-dire dévalorisants du point de vue de l'identité :

« C'était très dur parce que même au niveau du matériel scolaire on comprenait rien, donc les feutres, les feutres avec bouchon. Feutre pour moi c'était la, le tissu, le feutre. Donc c'était vraiment des choses difficiles...bêtes mais vraiment difficiles. [...] Donc on avait la liste, feutre avec bouchon. Donc je pensais que c'était des tissus. Donc on comprenait pas. »

Nous voyons à travers cet exemple comment les difficultés liées à l'apprentissage de la langue peuvent faire surgir des difficultés qui pourraient paraître anecdotiques mais dont le sujet se souvient parce qu'ils ont porté atteinte à la valeur de son identité et qui viennent ponctuer son récit. Les références à la Belgique sont liées à la mutation de son époux et au fait qu'elle doit entreprendre une nouvelle migration qui la confronte de nouveau à son expérience passée, ce qui constitue pour elle une source de difficulté. Les références à l'Italie concernent un de ses collègues. Nous avons recensé peu d'éléments culturels ou géographiques dans le récit de Paula en dehors de celles à son pays d'origine et à la France. Dans son récit, elle a principalement évoqué des éléments personnels, son ressenti par rapport à sa trajectoire et aux difficultés auxquelles elle a dû faire face. Elle

ne nous a pas beaucoup parlé de son activité professionnelle dans ses aspects pratiques comme d'autres sujets ont pu le faire mais plutôt de son ressenti, ce qui nous amène à penser que son expérience migratoire est marquée par des affects forts et en particulier une souffrance importante. La famille étant pour elle une source d'identification et d'appui important, il se peut que la rupture familiale causée par la trajectoire migratoire, associée aux difficultés rencontrées en France, ait renforcé les difficultés du sujet.

1.7.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie de Paula

Nous avons relevé trois sources de conflit dans le récit de Paula. Le premier conflit concerne son statut de Faisant Fonction d'Interne ainsi que le fait d'être vue comme un médecin étranger. Comme nous l'avons évoqué précédemment, elle dit en effet « *j'avais déjà ma formation, j'avais mon cabinet là-bas. Et après, se retrouver comme interne et pire que l'interne. Parce que c'est faisant fonction d'interne. C'est un peu compliqué* » et « *les autres médecins à l'hôpital, ils te voient comme n'importe quel interne étranger.* ». Le conflit que nous relevons ici concerne le fait que ce statut entraîne un manque de reconnaissance qui est ressenti par Paula aussi bien au niveau juridique qu'au niveau social et affectif dans la mesure où son diplôme n'est pas reconnu officiellement, il s'agit de non-reconnaissance juridique, ce qui a pour conséquence qu'elle n'est pas considérée par les autres médecins comme un « *médecin dont le diplôme n'est pas reconnu* » mais comme un interne voire « *pire qu'un interne* », ce qui correspond à une non-reconnaissance sociale, et même comme « *n'importe quel* » interne étranger, ce qui correspond à une non-reconnaissance affective dans la mesure où elle n'est pas reconnue en tant qu'individu singulier. Il y a ici une atteinte à la valeur de son identité. Elle a trouvé une issue à ce conflit à travers la reconnaissance de ses collègues de deux manières différentes, la première passait par le fait de travailler plus, d'entreprendre un travail de recherche qui la faisait paraître « *plus sérieuse* » et la deuxième manière est venue avec le temps, dans la construction de relations personnelles avec ses collègues qui lorsqu'ils parlent des médecins étrangers en sa présence ont tendance à oublier qu'elle est elle-même un médecin étranger. D'une certaine manière, nous retrouvons ici ce qu'avait observé Sainsaulieu (1988) à propos de certains individus ayant tendance à privilégier un modèle de relation basé sur les affinités et les relations interpersonnelles.

Nous avons ensuite recensé un conflit concernant l'accueil qui lui a été fait à la préfecture lors des démarches relatives à son titre de séjour et qu'elle a mal vécu puisqu'elle a eu

l'impression d'être traitée comme « un réfugié politique », c'est-à-dire comme quelqu'un qui viendrait en France avec un besoin, une demande et non pas comme quelqu'un qui viendrait apporter des connaissances et des compétences, ce qui correspond là-aussi à une atteinte à la valeur de son identité. Dans son récit, Paula a surtout évoqué un défaut de reconnaissance de la part de l'administration française et moins au niveau de l'administration hospitalière. Cette situation était très difficile à vivre et le fait qu'à un moment donné son employeur se charge de ces démarches à sa place lui est apparu comme un grand soulagement puisqu'elle n'était plus confrontée à cet obstacle. Pour elle, la résolution de ce conflit est venue plusieurs années plus tard, au moment où elle a sollicité la nationalité française. Elle raconte cet événement de la manière suivante :

« Et on est allés, on a fait la demande. Et donc le type de la préfecture, donc nous a dit, parce qu'on a fait familial⁴³. Donc la nationalité pour toute la famille. Donc il m'a dit, et ça j'ai, j'ai savouré quand il m'a dit ça. Donc il m'a dit mais vous êtes la, les étrangers qui tirent la France vers le haut. Et quand j'ai eu ça, quand j'ai entendu ça, ça m'a fait penser à la préfecture de police à mon arrivée. Qui m'ont traitée vraiment comme, comme rien du tout. Donc c'est vrai que c'est un, ça fait un, ça fait plaisir. Voilà. Oui. »

Les paroles de cet employé ont agi pour elle comme une réparation et un rétablissement de la reconnaissance qui lui avait été refusée en tant qu'individu à part entière et capable d'amener une contribution positive à la société. Cet événement a eu une influence positive au niveau de l'estime de soi, il a été valorisant dans le sens où son identité culturelle, ou du moins le fait qu'elle soit étrangère était vu comme un élément positif. Ce qui importe dans ce passage du point de vue de l'identité n'est pas le fait qu'elle ait été reconnue comme une française à travers l'attribution de la nationalité – il semblerait que ce ne soit pas ici l'enjeu majeur de la naturalisation – mais le fait qu'elle ait été reconnu comme un membre utile de la société. Nous saisissons ici une partie de la complexité liée au fait d'obtenir la nationalité française, qui peut être perçu comme certains sujets comme une valorisation en plus de la reconnaissance d'une appartenance. Nous avons identifié un autre conflit qui concerne la difficulté que Paula a rencontré pour concilier sa vie personnelle et sa vie professionnelle et notamment sa relation avec ses

⁴³ Il s'agit d'une demande de naturalisation pour toute la famille, pas d'une demande individuelle.

enfants. Le fait qu'elle mène plusieurs activités en même temps a été pour elle une source de difficultés :

« Mais pour ma fille, l'histoire de, de FFI, plus l'équivalence, et plus la thèse, c'était...Mais elle me dit. Quand mon fils, quand j'étais enceinte de mon fils elle m'a dit ah maman, quelle chance il a parce que tu as déjà soutenu ta thèse. Et là, c'est là que j'ai réalisé qu'elle a dû vraiment bien souffrir. »

Ainsi, pour elle, même si son activité lui plait, et même si elle a réussi à évoluer dans sa carrière comme elle le souhaitait, les conséquences sont importantes. Elle a conclu ce passage par la phrase suivante : *« Mais le prix à payer, il est quand même... »*, et la façon dont elle a raconté ce passage nous a semblé empreinte de regret et d'une certaine culpabilité. De plus, nous avons relevé une autre source de conflit liée à son parcours professionnel qui concernait le fait d'avoir un deuxième enfant :

« Voilà, donc ça aussi, ça...donc c'est vrai que ça. Au niveau du, de, de...de la famille. Donc c'est vrai que tous ce parcours du combattant a fait que pour notre deuxième enfant, on n'a pas, on l'a pas eu tout de suite. Parce que moi je voulais pas...Donc euh, alors c'était très...c'est précaire comme statut. Le statut de FFI. Donc si tu, si tu ne renouvelles pas, si tu n'es pas présent, à un moment donné le poste n'existe pas. [...] Donc si je tombais enceinte, j'allais perdre mon poste. Et j'allais...donc après pour revenir c'était compliqué. »

Un des enjeux majeurs dans ce passage est en partie lié au genre et au rôle de mère du sujet dans la mesure où malgré le fait de vouloir un deuxième enfant, une grossesse aurait compromis sa carrière du fait de la précarité de son statut. Elle a donc choisi de retarder sa deuxième grossesse et d'attendre d'avoir obtenu l'autorisation d'exercice et un poste de praticien hospitalier.

1.7.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie de Paula

Suite à notre analyse de l'entretien de Paula, nous avons pu identifier les processus identitaires et les réactions psychologiques transitoires suivants :

- **Dimension professionnelle** de l'identité : lorsqu'elle était en Amérique du Sud, Paula était reconnue comme médecin. Elle est venue en France pour se former et a occupé un poste de Faisant Fonction d'Interne qui ne correspondait pas à ses compétences et dans lequel elle ne se reconnaissait pas. Elle a préparé une thèse en sciences ainsi qu'une procédure de reconnaissance de son diplôme.

Aujourd'hui, elle exerce comme praticien hospitalier dans un service où elle se sent intégrée et avec une activité qui correspond à ce qu'elle souhaite faire.

- **Dimension personnelle** de l'identité : un aspect particulier est apparu dans cet entretien qui est lié en partie au genre et en partie au fait que pour Paula le travail semble être une source importante d'accomplissement personnel. Elle nous a dit ceci pour expliquer pourquoi elle avait fait ces démarches pour obtenir un titre de séjour : « *j'ai pas voulu venir comme la femme de. Parce que sinon, je pouvais pas travailler.* » Son projet migratoire, bien qu'il soit lié au fait que son époux avait obtenu un poste en France, avait été formulé dans le but de lui assurer la continuité de sa carrière professionnelle.
- **Dimension culturelle** de l'identité : Paula a abordé cette dimension à travers d'une part la thématique de la langue et d'autre part la thématique des démarches administratives liées au « statut d'étranger. » En ce qui concerne la langue, elle nous a surtout parlé des malentendus pouvant survenir lorsque l'on apprend une langue et de leur influence sur le quotidien. En ce qui concerne les démarches administratives, nous avons vu qu'elles étaient une source de difficulté parce qu'elles donnent au sujet un sentiment d'hostilité de rejet en le renvoyant à son statut d'étranger au détriment des autres aspects de son identité pouvant être mis en avant. Il s'agit ici d'un exemple de reconnaissance forcée et d'assignation d'un statut à un sujet l'empêchant de mettre en avant d'autres aspects de son identité.

Ces trois dimensions de l'identité entrent en interaction à plusieurs niveaux. D'abord, les différents membres de sa famille ont constitué des identifications qui ont orienté sa carrière. Son cousin avait de plus un rôle dans son projet migratoire dans la mesure où il était prévu qu'elle aille travailler avec lui à l'issue de son séjour en France. Finalement, elle et son époux sont restés plus longtemps que prévu et n'envisage pas de retourner dans son pays d'origine. Nous avons vu également que les dimensions professionnelle et personnelle de son identité étaient en interaction et même en conflit dans la mesure où le fait d'être mère et médecin en même temps était une source de difficulté. Cette difficulté était exacerbée par la trajectoire migratoire de Paula dans la mesure où son statut de Faisant Fonction d'Interne était à l'origine de ses hésitations. Enfin, le parcours de Paula comporte une particularité liée au fait qu'au moment où nous l'avons rencontrée, elle était en train de se préparer à déménager en Belgique parce que son époux avait trouvé un poste là-bas, nous l'avons donc rencontrée dans un moment où les événements de sa

trajectoire migratoire étaient remis en jeu et réactualisés. Toutefois, les enjeux sont différents dans la mesure où le fait que son diplôme ait été reconnu en France lui permet d'exercer dans l'UE.

1.8. Analyse du récit de vie de Pietro

1.8.1. Résumé du récit de vie de Pietro

Pietro est né dans les années 1970 ou au début des années 1980, il est donc âgé de 35-40 ans, il a fait ses études dans son pays d'origine et a obtenu son diplôme de médecine en 2004, il a fait son internat entre 2004 et 2009 et a obtenu sa spécialisation en chirurgie cardiaque à la fin du mois d'octobre 2009, dans son pays d'origine. Il n'avait jamais eu d'expérience à l'étranger pendant ses études et l'expérience de certains de ses collègues à l'étranger et notamment en France l'a convaincu d'entreprendre une démarche migratoire. Grâce à un collègue en poste dans le nord de la France, il a pu obtenir un poste de Faisant Fonction d'Interne dans un hôpital parisien. Il est donc arrivé à Paris dix jours après l'obtention de sa spécialité pour commencer son premier stage. Au bout de six mois en tant que FFI, il a pu obtenir un contrat de praticien attaché. Il est resté jusqu'en 2012 à Paris puis a obtenu un poste de chef de clinique dans un hôpital du sud de la France. A la date de l'entretien, il avait passé le concours de praticien hospitalier et devait entrer en poste dans le même hôpital en tant que PH à l'automne 2015. Du point de vue personnel, il était célibataire au moment de l'entretien et avait vécu une rupture lors de son départ de Paris. Il nous a semblé qu'il s'agissait d'un point douloureux de son parcours, nous l'évoquerons lors de l'analyse.

1.8.2. Rôles et statuts évoqués par Pietro au cours de l'entretien

Dans un premier temps, Pietro s'est présenté comme chirurgien cardiaque, il s'agit du terme générique qui résume son activité professionnelle et qui correspond à ce dans quoi il se reconnaît. Il nous a ensuite dit qu'il avait été « *praticien attaché faisant fonction d'interne* », un mélange entre deux statuts reconnus d'un point de vue juridique. Cependant, nous avons compris que son contrat mentionnait un statut de praticien attaché alors que dans les faits il faisait fonction d'interne en ce qui concerne les responsabilités lors des gardes. Cela peut sembler être un détail mais les entretiens que nous avons conduits dans le cadre de ce travail ainsi que les entretiens informels et les discussions que nous avons pu avoir avec des médecins diplômés à l'étranger et exerçant en France

ainsi que les recherches documentaires que nous avons effectuées au début de notre travail de recherche nous ont permis de nous rendre compte de la complexité et parfois du manque de transparence des statuts existant. De plus, la question du statut sous lequel les médecins étrangers font leurs gardes peut être une source de conflits concernant la rémunération comme l'ont évoqué deux médecins diplômés à l'étranger que nous avons rencontrés de manière informelle. Il nous a ensuite expliqué qu'il était actuellement chef de clinique et qu'il allait obtenir un poste de praticien hospitalier à l'automne. Il nous a dit à propos de son statut de chef de clinique « *je suis comme un français, j'ai un contrat de français, un contrat de rêve, de chef de clinique, il n'y en a pas beaucoup en France.* » Il semblerait que le fait que son contrat soit identique à celui d'un français, ainsi que le fait qu'il ait été choisi face à deux autres candidats qui étaient français joue un rôle important pour lui du point de vue identitaire puisqu'il se sent reconnu professionnellement, ce qui lui confère un assez fort sentiment d'estime de soi. En revanche, il nous a déclaré qu'il était célibataire, ce qui pourrait en soi ne pas avoir d'importance, mais était associé dans son récit à un sentiment d'échec, comme s'il lui manquait quelque chose. Nous verrons dans la suite de notre analyse qu'il s'agit pour lui d'un enjeu conflictuel qui engendre une baisse de l'estime de soi.

1.8.3. Intertextualité, personnages et références extérieures dans l'entretien de Pietro

Les passages que nous avons classifiés comme étant des marques d'intertextualités dans le récit de Pietro correspondent au récit qu'il nous a fait de la façon dont il avait été embauché à Paris puis du processus de recrutement qui l'avait amené à venir travailler dans l'hôpital où il exerce actuellement. Le premier dialogue est un échange qu'il a eu avec un de ses amis de la même origine qui était venu travailler en France et qui lui avait conseillé de venir : « *Et il m'a dit si tu veux, je lui parle, je pense qu'il y a une possibilité pour te trouver une place à Paris, si t'es intéressé de venir à Paris. J'ai dit ben oui pourquoi pas. Et les deux chefs de service ont parlé, le chef de service parisien lui a dit oui pourquoi pas, dis-lui de venir, on fera six mois d'essai, où j'étais pas payé.* » Le deuxième dialogue est un échange qu'il a eu avec son patron à l'hôpital où il avait travaillé les six premiers mois : « *et au bout de six mois, l'expérience s'était plutôt bien passée là où j'étais, j'ai dit je travaille à l'hôpital [...]. Et ils m'ont dit si tu veux, on a un petit contrat pour toi, c'est un contrat qui s'appelle praticien attaché, c'est un contrat très versatile.* » Enfin, le troisième dialogue concerne l'échange qu'il a eu avec son chef de

service actuel au moment où il a été embauché : « *et j'ai parlé avec mon chef de service actuel, qui m'a dit oui...qui a regardé le CV et qui a dit c'est bien, je parle avec ton chef de service à Paris et si ça se trouve, pourquoi pas.* » Ces trois passages font référence à la façon dont s'est déroulé le processus d'embauche pour Pietro, nous voyons qu'une négociation a eu lieu à chaque fois, avec un intermédiaire dans les deux premiers cas puis directement dans le troisième cas. Nous nous plaçons ici dans des échanges informels qui ont conduit à la signature de ses contrats, et la façon dont il le raconte nous amène à penser que ces étapes de négociation, de passage d'un poste à un autre font partie des modalités de communication liées au genre professionnel. Nous voyons ici une part d'informel préalable à la formalisation à travers la signature du contrat. Nous avons pu retrouver des éléments similaires dans les récits de Marta et d'Adel notamment, mais aussi dans le récit de Bachir à propos du statut officiel qui lui a été conféré par son directeur de thèse.

Dans cet entretien, nous avons recensé onze personnages différents dont six liés à la France, trois liés à l'Italie et deux faisant le lien entre la France et l'Italie. La plupart des relations de l'entretien sont positives mais peu d'entre elles constituent des sources d'identification.

Tableau 24 -Personnages du récit du sujet 8

Rôles et Valence	France	P.O.	lien P.O. France	Total
négatif	1			1
identification ambivalente	1			1
neutre	1	2		3
identification		1		1
relation personnelle		1		1
relation professionnelle	1			1
positif	4	1	2	7
aide personnelle			1	1
aide professionnelle	3		1	4
identification	1	1		2
Total	6	3	2	11

Parmi les personnages du récit liés à son pays d'origine, nous retrouvons des chirurgiens qui travaillaient dans son service dans son pays d'origine et qui avaient passé plus ou moins longtemps à l'étranger, qui ont été une source d'identification à travers laquelle Pietro a commencé à construire son projet de migration. De plus, il a également cité « un très bon copain qui était parti en France », qui lui a suggéré de venir le rejoindre et qui a eu un rôle d'intermédiaire permettant au sujet 8 d'être embauché à Paris. Il a en outre évoqué « une fille de Marseille qui travaillait dans [sa] ville » et qui lui a donné des cours de français en vue de la préparation de son départ. Il a ensuite évoqué plusieurs supérieurs hiérarchiques qu'il a eus ainsi que le patron de son ami qui lui a permis de trouver un stage à Paris. Nous voyons que chez ce sujet comme chez la plupart des autres sujets, les chefs de service, les patrons, les supérieurs hiérarchiques sont très présents dans le récit. Lorsqu'il a abordé la question de son statut, il nous a également parlé de ses « copains qui étaient [...] praticiens attachés dans des plannings de chef de clinique » ainsi que des chirurgiens qui sont venus en France comme lui et qu'il connaît et des étrangers chez lui dans son pays d'origine qui passaient jour et nuit à l'hôpital. Enfin, il a évoqué ses parents qui sont venus lui rendre visite lorsqu'il est arrivé à Paris et certains amis de son pays d'origine avec qui il a perdu le contact depuis qu'il vit en France.

1.8.4. Espace culturel et géographique de l'entretien de Pietro

Tableau 25 - Espace culturel, linguistique et géographique du sujet 8

UR1		UR2		Réf.		Substantifs	
France	7	Ile-de-France	2	Ville de Paris	2	paris	2
	9		7		5	5	
					2	parisien	2
		France	2	France	2	France	2
			6		6		6
		français	1	français	1	français	1
			4		4		4
		Rhône-Alpes	7	Rhône	7	Lyon	7
		Nord-Pas-de-Calais	3	nord	3	Lille	3
	paca	1	Bouches du Rhône	1	Marseille	1	
	Basse-Normandie	1	calvados	1	Caen	1	
Europe	2	Europe de l'Ouest	2	Italie	1	Italie	1
	3		0		9	5	
						italien	3
						milan	1
				Espagne	1	Espagne	1
		Grande-Bretagne	2	Angleterre	2	Angleterre	2
	Cee	1	Cee	1	union européenne	1	
Amérique du Nord	1	usa	1	usa	1	usa	1
Proche-Orient	1	Proche-Orient	1	Syrie	1	Syrie	1

Nous avons retrouvé deux grands ensembles de références culturelles et géographiques dans l'entretien de Pietro, un premier ensemble qui concerne la France et un second ensemble qui concerne l'Italie. Ces deux ensembles sont accompagnés de références à l'Angleterre, à l'Espagne et aux Etats-Unis. Parmi les références à la France, la moitié concerne la ville de Paris où Pietro a passé trois ans à son arrivée en France. Il exprimé beaucoup de nostalgie et de regrets du fait d'avoir quitté Paris, ce qui est à l'origine d'un conflit concernant son parcours comme nous le verrons dans la section suivante.

1.8.5. Recension et analyse des conflits présents dans le récit de vie de Pietro

Le premier conflit présent dans l'entretien du sujet 8 concerne le fait qu'il doive travailler plus que ses collègues français et le fait qu'il puisse exister une rivalité entre les médecins français et les médecins étrangers. Comme il l'explique : « *Il faut pas oublier toujours que je suis étranger, donc il faut donner toujours quelque chose en plus par*

rapport aux français, à mon avis. » Cependant, pour lui, il ne s'agit pas d'une injustice, au contraire : « c'est normal. Quand j'avais des étrangers chez moi, dans son pays d'origine ils passaient jour et nuit à l'hôpital pour être comme les autres. C'est un peu une règle qui n'est pas détruite mais qui est toujours valable à mon avis. » Le fait qu'il existe une différence de traitement entre les médecins français et les médecins étrangers lui paraît normal au premier abord, toutefois, son discours devient contradictoire lorsqu'il est question de son parcours personnel, ce qui nous amène à penser que cette différence de traitement est tout de même une source de conflit pour le sujet : *« je suis pas venu en France pour faire l'esclave de quelqu'un d'autre. Je suis venu en France pour faire un parcours bien, je le ferai. J'ai les papiers et si je peux, si je peux me proposer comme professeur pourquoi pas. Et ceux qui sont français qui pense qu'ils sont intouchables, ils vont se brûler. »* Ici, il évoque la dimension de la cohérence mais aussi de la valeur de l'identité, qui font intervenir un ensemble de relations au cours du temps. Nous voyons qu'il a formulé un projet, lié à la position de lui-même qu'il anticipait en formulant sa trajectoire migratoire. Dans son discours, nous voyons qu'il fait intervenir la thématique de la discrimination mais pas de manière explicite. Pour lui, cependant, il est possible d'arriver à obtenir ce que l'on souhaite en ayant une attitude appropriée : *« je pense qu'il faut se la jouer. Si on se la joue comme il faut, je pense que...moi j'ai commencé, ben je vous l'ai dit, j'ai fait l'entretien avec deux français, ils m'ont choisi. Si on se la joue bien on peut gagner, même si on est étranger. »* Il fait donc intervenir la thématique de la lutte et pour lui, obtenir la reconnaissance de l'identité dans laquelle lui-même se reconnaît passe par la lutte et par des stratégies relationnelles. Dans son parcours, il a trouvé une résolution à ce conflit à travers le fait qu'il a été choisi pour le poste qu'il occupe alors qu'il était en concurrence avec deux médecins français : *« et là je suis comme un français, j'ai un contrat d'un français, un contrat de rêve, de chef de clinique, il n'y en a pas beaucoup en France. En plus de chirurgien, cardiaque. On était venus à trois, on était trois de Paris à l'hôpital, à venir ici. Les deux autres étaient français. Et ils m'ont choisi. Donc c'est, c'était...bien... »* Il semblerait donc que pour Pietro, les enjeux liés à l'acculturation passent par la reconnaissance professionnelle et le fait qu'il ait le même statut que ses collègues français. Son récit est ambivalent en ce qui concerne la question de la discrimination, il nous a paru être dans une position défensive lorsque nous abordions ce sujet, il a dit ne jamais avoir été victime de racisme avec beaucoup de force, et en même temps, certains éléments de son discours laissent apparaître des traces d'un vécu de discrimination. Le deuxième point de son récit qui est apparu comme un source

de conflit concerne le fait de concilier vie privée et vie personnelle et s'est manifesté selon deux angles différents mais liés. Premièrement, le fait d'avoir quitté Paris pour une autre ville est une source de regret pour le sujet. Il a quitté une ville dans laquelle il se sentait bien et où il avait noué des relations pour une ville qui ne lui plaît pas mais selon lui, le travail compense cette perte, il nous a en effet affirmé : *« j'ai gagné cent pour cent au travail donc ça va »*. De plus, il adopte un discours fataliste pour justifier le fait d'avoir changé de ville : *« mais ça coïncitait au bout d'un moment et j'ai fait un choix. Parfois choisir c'est renoncer donc...c'est comme ça. On peut pas tout avoir. »* Ce dernier aspect est en fait lié à la question du célibat. Lorsque nous avons abordé cette question, à savoir s'il lui semblait difficile de concilier ses horaires de travail assez lourds avec sa vie privée, il a semblé gêné : *« Oh je suis célibataire donc euh...Non, on peut se poser des questions. Peut-être que c'est moi, que c'est un peu l'ensemble des choses qui ont fait que... »*. Nous ne nous attendions pas à ce type de réaction de sa part et il semble qu'il s'agisse d'un point sensible, à l'origine d'une baisse de l'estime de soi. Il nous a en effet raconté que son départ a été à l'origine d'une rupture : *« J'avais déjà quelqu'un à Paris mais en venant ici, c'était un peu compliqué donc euh...c'est des choses qui arrivent. [...]Oui, non mais après il faut décider qui fait quoi, comment on le fait, qui bouge où, qui se déplace...chacun fait un peu ce qu'il veut. Parfois c'est mieux. »* Il n'y a pas de résolution de ce conflit, le sujet tente de l'accepter en ayant recours à des rationalisations et à des formules génériques. Toutefois, il nous semble que cet aspect est une source de souffrance pour lui.

Enfin, la troisième source de conflit de l'entretien concerne son ressenti face à son parcours. Il nous a en effet fait part des difficultés qu'il a pu rencontrer lors de son arrivée.

« Parfois on est un peu déçu de l'expérience et ça nous fortifie un peu aussi...Oh ben écoutez, au début c'est normal, je suis étranger, je le serai toujours, donc au début ça a pas été facile. Au début je vais pas vous dire que le soir je rentrais à la maison très content, mais au bout d'un moment, il faut donner le temps. Parce que si on fait le bilan au bout de trois jours on a envie de rentrer chez soi, ça c'est normal. Ben parce que c'est plus...j'avais mes amis le soir on allait faire un apéro par exemple en sortant de l'hôpital, quand t'es à Paris tout seul, t'arrive, tu rentres et bon... »

Nous voyons ici que la solitude des débuts a été difficile à vivre pour lui mais il nous a expliqué qu'il s'agit d'un processus, lié aux relations et aux rencontres que l'on fait :

« Il faut donner le temps, il faut connaître les gens avec lesquels on travaille. Après on sort boire quelque chose, après on fait des soirées, après on connaît quelques filles. Il faut donner le temps. Il faut pas dire bon c'est catastrophique je vais rentrer. Parce que sinon on rentre tout de suite. »

Il s'agit d'une particularité de son parcours par rapport à la majorité des autres sujets dans la mesure où il est arrivé seul en France, comme Marta. Il n'est pas venu avec un conjoint ou des enfants et n'avait donc pas d'appui familial. De plus, contrairement à Marta, il n'avait pas connu d'expérience préalable en France sur laquelle s'appuyer. Il compare cette expérience à son activité professionnelle :

« C'est comme au bloc, quand on essaie une nouvelle technique, au début on a des soucis parce qu'on sait pas la faire. Et si on dit bon ben c'est de la connerie je la fais pas, non, il faut une dizaine, une quinzaine, une vingtaine, une trentaine de patients. Bien sûr au début on a des échecs, c'est ce qu'on appelle la Learning curve, la courbe d'apprentissage. Après, ça, ça ira. Et je pense que c'est la même chose pour une expérience à l'étranger. Il faut se donner...il faut prendre un peu les repères. »

Ce passage est intéressant dans la mesure où le sujet s'appuie sur le genre professionnel pour nous expliquer comment il a surmonté les difficultés personnelles qui se sont présentées au cours de sa trajectoire. Il s'appuie sur la façon dont la nouveauté survient dans son activité professionnelle pour nous expliquer comment il a résolu ces difficultés du point de vue personnel. Ce procédé narratif nous interpelle d'autant plus qu'il nous a dit avoir tout appris en France. Il fait donc appel à une expérience postérieure à son arrivée pour nous expliquer comment il a vécu et surmonté les premiers temps de son installation en France. Cela nous montre de quelle manière il réexamine son expérience passée à travers les différents événements survenus dans son parcours.

1.8.6. Processus identitaires identifiés dans le récit de vie de Pietro

A la suite de cette analyse, nous avons pu repérer les processus et dynamique identitaires suivants liés au parcours du sujet :

- **Dimension professionnelle** de l'identité : Pietro est venu en France à la fin de ses études et il a le sentiment d'avoir appris son métier en France, il nous a dit en effet

qu'il avait le sentiment de ne pas savoir opérer lorsqu'il a terminé ses études. Il a acquis beaucoup de techniques et de savoir-faire ici et a pu parfaire sa formation.

- **Dimension personnelle** de l'identité : concernant la dimension personnelle, nous avons pu constater que Pietro a construit son parcours à travers son attachement au lieu, les amitiés qu'il a tissées et une relation amoureuse dans laquelle il était impliqué. et rupture. Le fait de devoir changer de ville pour son travail lui a causé beaucoup de difficultés, et a notamment été à l'origine de sa rupture. Il a eu beaucoup plus de mal à développer les aspects personnels de sa vie et s'implique énormément dans le travail en compensation.
- **Dimension culturelle** de l'identité : plusieurs éléments de l'entretien montrent qu'il se sent étranger et a le sentiment qu'il le sera toujours. Cela a pour conséquence qu'il se sent considéré différemment des médecins français et qu'il s'identifie plutôt aux autres médecins étrangers.

Ces différentes dimensions entre en interaction de deux manières dans son récit. Premièrement, nous avons relevé un conflit entre les aspects professionnels et personnels de son identité et de sa trajectoire. Il semblait entretenir un rapport ambivalent avec cette question dans la mesure où il nous a affirmé être très satisfait de son travail, très impliqué et avec l'envie de consacrer beaucoup de temps à son activité. En même temps, il a soulevé un questionnement à propos du fait que cette implication l'empêchait probablement de prendre plus de temps pour sa vie personnelle et familiale, ce qui semblait être une source de regret dans son discours. Ici, la cohérence de son identité est menacée puisqu'il cherche en même temps à atteindre un certain statut valorisant dans son travail, mais a aussi le souhait de mettre en place des relations intimes qui le valorisent sur un autre aspect de son identité.

Chapitre 2 : Analyse des réactions des sujets aux extraits vidéo

Nous allons analyser le discours des sujets et leurs réactions lorsque nous leur avons présenté les quatre extraits vidéo en dégagant les thématiques abordées dans chacun des extraits. Nous tenterons de mettre en lien les éléments mis en évidence à travers les

réactions des sujets aux extraits vidéo avec leur discours au moment d'élaborer leur récit de vie.

2.1. Réactions au premier extrait :

Le premier extrait présentait une généraliste roumaine exerçant en France et avait pour but d'amener d'une part des réactions liées ou fait de s'identifier ou non à ce médecin et d'autre part d'amener les sujets à évoquer les difficultés d'adaptation rencontrées à leur arrivée en France.

Nous allons voir au cours de l'analyse que les réactions des sujets au premier extrait sont liées à la façon dont eux-mêmes ont vécu leur parcours, nous avons conçu l'utilisation de cet extrait de cette manière en leur demandant suite à son visionnage s'ils se reconnaissaient dans le discours de la généraliste roumaine du reportage. A partir de quelques secondes de vidéo où ce médecin exerce son activité professionnelle d'une part et évoque les difficultés auxquelles elle a été confrontée d'autre part, les sujets nous ont chacun évoqué des éléments voire construit de courts récits liés à leur expérience personnelle et à ce qu'eux-mêmes ont pu vivre ou ressentir. Nous verrons que différents processus psychiques ont été mobilisés par les sujets, notamment en lien avec l'identité, mais que dans l'ensemble ceux-ci ont évoqué leur parcours.

Après avoir visionné l'extrait, le sujet 1 a réagi d'abord au pays d'origine de la généraliste interviewée et a fait le lien avec la procédure de reconnaissance des diplômes qui diffère en fonction du pays d'obtention du diplôme. Il a insisté sur le fait qu'elle travaille sans être « passée par l'école française » alors que lui est entré dans le système français ». Il remet en question la compétence des médecins qui n'ont pas un temps de formation au sein du système universitaire français. Il évoque ensuite la raison pour laquelle lui-même a décidé d'aller acquérir une expérience supplémentaire dans un département d'outre-mer mais aussi d'aller apporter une aide là où les médecins manquent. Dans un troisième temps, il a raconté une histoire racontée par un collègue à propos d'un professionnel de santé qui avait prétendu être médecin. Pour ce sujet, on voit que la question de la légitimité à exercer est liée en grande partie au fait d'être entré dans le système français et de le connaître, ce qu'il explique par le fait qu'« un médecin c'est une étude longue et très importante et très sérieuse », « médecin c'est des études supérieures longues et sérieuses ». Pour ce médecin, la place du sérieux et de la formation universitaire est très importante.

Le sujet 2 semble s'être identifiée à la généraliste de la vidéo. Il nous semble qu'elle a tenté d'imaginer pour quelle raison le changement a pu être radical. Selon elle, « *en Roumanie c'est un peu plus, on va dire, comportement un peu familial, je pense. Comme dans mon pays d'origine.* » Cet extrait lui a permis d'évoquer son expérience personnelle de l'exercice de la médecine dans son pays d'origine et notamment la question des différences interethniques qui ont pour conséquence que « *chaque ethnies a ses petites cultures. Et il faut palabrer pendant un certain temps* ». A partir de cet extrait, elle a orienté son discours sur les interactions typiques et nécessaires entre le médecin et son patient dans son pays d'origine et notamment lorsqu'elle a travaillé au Nord : « *quelles sont les nouvelles... Comment ça va ? Il y a des comme des palabres ou une... [...] oui, et la famille, et les poules et les coqs. Tout ça passe avant d'arriver au fait qu'il est malade. Et là c'est assez technique là, c'est comme ça qu'on doit accueillir les patients. Et les patients savent comment aller vers les médecins, c'est déjà acquis.* » Elle évoque ici la question du genre du discours qui est une facette du genre professionnel et montre ainsi comment cet aspect est mobilisé dans les échanges avec les patients.

A propos du premier extrait, les sujets 3, 4 et 8 ont évoqué la question de la langue et des difficultés linguistiques ainsi que le fait d'avoir un accent, chacun de manière différente. Ainsi, pour lui, « *si on arrive bien à parler [...] ça n'est pas un changement radical.* » « *la première difficulté c'était la langue et c'était pas vraiment un changement radical des manières de travailler* ». Concernant le sujet 4, les difficultés linguistiques lui portent une atteinte personnelle et constituent une menace de l'estime de soi. Il évoque cette question à plusieurs reprises lorsqu'il réagit à l'extrait : « *mes difficultés, c'est parfois pour la prononciation. Parfois je prononce pas bien. C'est ça ma difficulté.* », « *moi je sens que je dois être mieux [...] concernant la prononciation* », « *quand je prononce un mot pas comme il faut, ça me dérange* », « *ça me dérange pas de me répéter, même pour me corriger. Mais ça me dérange personnellement.* », « *parfois je dis que ça fait dix ans que je prononce pas bien* ». Ces extraits montrent que le sujet est atteint personnellement, comme s'il se sentait incapable de progresser suffisamment alors qu'il vit en France depuis dix ans. Du point de vue affectif, il nous semble que le sujet entretient un rapport plutôt négatif avec son expérience migratoire. Comme nous l'avons évoqué lors de la recension des conflits du récit, ce sujet dit avoir le sentiment que son parcours a été inutile, il n'est pas valorisé par son parcours et semble souffrir de l'absence de reconnaissance de son parcours en vue de l'obtention de l'autorisation d'exercer.

Enfin, pour le sujet 8, la langue est associée au fait de « *montrer son accent* », c'est-à-dire de révéler son origine étrangère voire même de *se trahir*. Toutefois, pour lui, cet aspect n'est pas associé consciemment à des événements négatifs, il affirme que les patients sont « *amusés de l'accent, ça leur plaît* ». Chacun évoque un aspect différent du rapport à la langue, cependant ces aspects peuvent être liés et entrer en interaction pour influencer les processus identitaires du sujet. Nous avons également retrouvé cette question de la langue dans le récit de vie des autres sujets, certains ayant dû apprendre le français et d'autres la parlant déjà avant de venir ou l'ayant appris par le passé. Nous avons vu à travers les questionnaires que la majorité des médecins diplômés à l'étranger parlaient le français avant d'arriver en France, que la plupart déclaraient avoir un bon niveau de français et que la langue n'était pas à l'origine de leurs difficultés.

Le sujet 3 évoque également un autre aspect lié à l'adaptation à la vie quotidienne et au mode de vie. Pour lui, ce sont les horaires et les rythmes quotidiens qui ont constitué le changement le plus radical. Il s'agit d'un aspect qui pourrait sembler purement factuel mais qui semble avoir eu une grande importance dans l'adaptation du sujet au contexte français. Il avait également évoqué cet aspect au cours de son récit de vie et nous avons pu voir à travers son discours qu'il s'agit à travers cette modification des rythmes d'un changement complet du rapport au temps et à l'organisation de la vie quotidienne ainsi que de la gestion de la vie professionnelle qui influencent ses relations avec son entourage. Nous voyons ici comment les rythmes de travail institutionnalisés dépendant d'une conception culturelle du rapport au temps et au temps de travail et se répercutent sur l'ensemble de la vie du sujet.

Lorsque nous lui présentons le premier extrait, le sujet 5 dit ne pas se reconnaître dans le discours du médecin roumain. La différence qu'il perçoit entre son expérience et celle du médecin de l'extrait réside dans le fait qu'il a fait des allers retours permanents entre la France et l'Algérie. Toutefois, il vit en France depuis 1990, il y a donc une contradiction dans son discours, finalement, cette période d'aller-retour aura duré une dizaine d'années mais il semblerait qu'il ait été marqué par celle-ci. Il explique par la suite qu'il n'est pas retourné en Algérie depuis 2009 et dit ne pas en ressentir le besoin. Cela fait écho à ce qu'il avait mentionné dans la première partie de l'entretien à propos du fait de ne plus se reconnaître dans son pays d'origine. Les raisons qu'il évoquent rejoignent ce que nous avons mis en évidence à propos de l'espace élémentaire de l'identité, il évoque en effet

l'intégrisme et la corruption pour expliquer en quoi il ne se reconnaît pas dans la société algérienne actuelle.

Le sujet 6 nous a dit ne pas se reconnaître dans le discours de la généraliste parce qu'elle n'a jamais exercé dans un cabinet privé. Elle n'a travaillé que dans le public et elle affirme que cela lui a facilité les choses dans la mesure où l'intégration est facilitée mais aussi parce que le fait de travailler en groupe permet de se sentir moins seul face au patient.

Enfin, le sujet 7 a réagi à l'extrait en insistant particulièrement sur les raisons de la venue en France de la généraliste. Elle a tenté de comprendre les raisons de son installation en France : « *pourquoi elle est venue, ça je ne sais pas* », « *si c'est un choix personnel ou si c'est un choix parce que bon, elle a des problèmes dans son pays* », « *là, moi je dirais que c'est pas un choix personnel. Peut-être qu'elle a été un peu, un peu forcée à le faire pour des raisons qu'on connaît pas mais...* » Sachant que rien n'indique dans l'extrait qu'elle a été forcée, nous pouvons émettre l'hypothèse que Paula n'est pas venue totalement de son plein gré même si elle a par la suite trouvé un stage puis un poste à Paris. Il semblerait qu'elle projette sur le médecin roumain le fait qu'elle-même n'a pas eu totalement le choix puisqu'elle a suivi son époux lors d'une mutation professionnelle même si elle a aménagé son parcours pour intégrer son expérience qui était à l'origine une mobilité provisoire et s'en servir pour faire progresser sa carrière. Ceci renvoie à la distinction que fait Richmond entre la migration choisie ou forcée et la migration proactive ou réactive dans la mesure où l'on ne peut pas dire qu'il s'agisse d'une migration totalement choisie ou totalement forcée. En revanche, il s'agit d'une migration proactive puisque le sujet a mis en place un ensemble de conditions en vue de poursuivre sa carrière.

A l'issue de l'analyse des réactions à ce premier extrait, nous pouvons voir que celui-ci a fait écho à des aspects différents pour chacun des sujets mais en lien avec des aspects très personnels de leur trajectoire. Dans l'ensemble, les sujets ont dit ne pas se reconnaître dans le discours de la généraliste Roumaine interviewée mais tous ont fait des liens avec leur trajectoire personnelle et tous se sont identifiés à des degrés divers à certains aspects visibles dans la vidéo.

2.2. Réactions au 2^e extrait

Le deuxième extrait avait pour but de présenter un discours discriminant aux sujets. Il a suscité des réactions variées mais avec tout de même un certain nombre d'idées communes. Un aspect nous a particulièrement frappée à propos des réactions de certains sujets. L'extrait 2 était censé représenter un discours stéréotypé et discriminant et seuls deux sujets l'ont remarqué et ont exprimé un désaccord. Les six autres sujets ont plutôt insisté sur l'aspect professionnel en le détachant de l'aspect culturel. Chacun a réagi de manière différente mais tous les six ont mis en avant le fait qu'il existe des différences de pratiques entre certains pays et que ces différences peuvent être surmontées par le travail ainsi que la volonté et la capacité de s'adapter des médecins. Ainsi, pour le sujet 4, « *les maladies en Afrique c'est pas les mêmes maladies. Mais [il] pense que les maladies en France et dans son pays d'origine, c'est à peu près les mêmes maladies. [...] le bassin méditerranéen c'est à peu près les mêmes maladies.* » De même, pour le sujet 1, « *les pathologies c'est pas tout le temps la même chose.* » Pour le sujet 1, il ne s'agit toutefois pas d'un obstacle puisque « *un médecin compétent, vous le mettez n'importe où, il s'adapte rapidement. Ça prend quelques...un mois, deux mois, hop, il s'adapte.* » Pour le sujet 3, il existe effectivement des maladies qu'il rencontre moins dans son pays – il donne l'exemple de la maladie d'Alzheimer et des troubles psychiatriques - mais selon lui, « *ça ne change pas la capacité à traiter ces maladies, même si on trouve ça plus, ça veut pas dire qu'on n'est pas capable d'agir. [...] quelqu'un de, qui travaille par exemple dans le même domaine, s'il est neurologue, s'il arrive pas à bien traiter, à faire la prise en charge d'Alzheimer, c'est un problème. C'est pas un médecin, c'est pas un vrai médecin.* » Pour, lui, le fait qu'un médecin soit formé en France ou à l'étranger n'a pas d'influence sur sa capacité à exercer, alors que le fait d'aimer son métier, la volonté de bien faire son travail et la capacité à travailler sont ce qui importe. Il s'agit d'un positionnement plutôt individuel que nous avons retrouvé chez certains autres sujets de la même manière. Le sujet 6 insiste par exemple sur le fait que la compétence ne vient pas de la formation mais s'évalue au cas par cas, de manière individuelle. Cependant, lorsqu'elle évoque son expérience personnelle, elle associe la capacité de s'adapter au fait de recevoir de l'aide des autres. Il s'agit d'un aspect que nous avons retrouvé dans certains récits de vie.

Le sujet 3 a également évoqué une façon d'évaluer les médecins diplômés à l'étranger et souhaitant travailler en France qui lui paraîtrait pertinente. Ce passage nous fournit un exemple de la façon dont la polyphonie se traduit dans le discours du sujet à travers une alternance de voix et de positionnements identitaires au sein du dialogue avec le chercheur. Il commence par nous prévenir qu'il parle en tant que français : « *Et moi, je parle maintenant comme français. Juste deux minutes comme français. Je pense que c'est nécessaire de changer ça, vraiment il faut améliorer, et facilement, il y a une manière d'améliorer facilement, il faut faire un système pour passer un examen, deux examens...* » Il se positionne et émet un avis personnel (*je pense*) puis se place d'un point de vue général (*il faut*) et cite ensuite l'exemple des Etats-Unis en utilisant le pronom on : « *Par exemple aux Etats-Unis c'est ce qu'on fait.* » Ici, le on peut prendre deux sens différents, il peut être impersonnel ou avoir valeur de nous, il nous semble que la limite est floue dans le discours du sujet, ce on semble signifier qu'il se positionne en faveur de cette pratique, qu'il s'identifie et qu'il ne met pas totalement à distance les Etats-Unis, il aurait probablement utilisé le *ils* à cette fin. Puis il nous invite de manière impersonnelle, à travers un *vous* généralisant mais qui nous implique, à adhérer à notre tour cette pratique : « *Vous faites passer un examen oral, et vous voyez si le médecin vous l'accepte ou pas.* » Il revient ensuite au *on*, mais un on beaucoup plus incarné, à ce moment là de l'entretien, il imagine un discours : « *S'il est bien, voilà, allez, on le prend, voilà il fait un bon travail, il rend un service pour l'état. Et si quelqu'un vient en France, qu'on n'a jamais travaillé avec lui, on ne sait pas du tout comment il travaille, c'est pas facile. Vraiment, c'est pas facile.* » Il revient ensuite à lui-même pour expliquer son positionnement puis fait référence directement à son expérience personnelle. L'arrivée de l'incompréhension est une marque de son ressenti de l'altérité. Il nous a dit au début de l'énoncé qu'il allait parler comme français, il le fait pendant un court instant puis revient au fait qu'il se sent étranger par certains aspects par le biais de l'incompréhension : « *Moi je ne peux pas comprendre comment on fait ça. Moi, même si je suis venu, là, je suis étranger je suis venu là, j'ai fait le concours et tout mais s'ils me proposaient l'examen à faire je le ferais tout de suite, même j'ai fait même le concours, j'ai fait l'équivalence en même temps.* » Enfin, il termine en imaginant une alternative à ce qui s'est effectivement passé dans son parcours. Nous avons ici un exemple caractéristique du jeu de la dialogicité et de la présence d'une polyphonie dans le discours du sujet, cette polyphonie vient ici marquer la façon dont le sujet se situe par rapport à son appartenance française. Il ne fait pas référence à son pays d'origine mais plutôt aux limites dans lesquelles se situe son

appartenance française c'est à dire aux relations du couple *Ego-Alter* en jeu dans ce rapport.

Enfin, le sujet 8 évoque, d'une manière similaire au sujet 1, la proximité entre certains pays. Selon lui, en effet, « *c'est assez logique que si un médecin Africain vient chez nous, il est confronté à des pathologies qu'il connaît pas. [...] et vice-versa, si on va en Afrique on est perdu. C'est assez logique...Alors entre médecins de la communauté européenne ça va mieux.* » Il semblerait que ces deux sujets aient une représentation du décalage entre les pratiques de certains pays qui les amène à faire une différence, voire à hiérarchiser dans le cas du sujet 1, entre la formation et les compétences de certains médecins. Ces réactions nous semblent apporter des informations intéressantes sur le genre professionnel des sujets ainsi que sur les aspects qu'ils reconnaissent et valorisent dans l'identité professionnelle de médecin. Ils ont une conception selon laquelle la médecine est universelle et le médecin est un professionnel capable d'apprendre et de s'adapter en toutes circonstances. Lorsqu'ils ont réagi à cet extrait, certains sujets ont évoqué leur représentation de la profession et ce qui fait selon eux un « bon » médecin et à l'inverse un « mauvais » médecin. Nous verrons toutefois dans la discussion comment mettre en perspective ces aspects et les nuancer avec le discours des récits de vie élaborés sur les deux terrains.

De plus, Paula (sujet 2) a évoqué la question de la généralisation et du racisme à propos de cet extrait, pour elle « *il ne faut pas mettre tout le monde dans le même sac* » et « *il ne faut pas parler de façon généraliste comme ça* ». On retrouve bien l'idée évoquée par les autres sujets selon laquelle l'aspect individuel doit être pris en compte dans l'évaluation de la compétence. Cependant, pour Paula, la question du racisme et de la discrimination était saillante dans cet extrait. Elle évoque elle-aussi la question de l'adaptation ainsi que le fait qu'un médecin formé à l'étranger puisse apporter des connaissances supplémentaires. Ainsi, pour elle « *on apporte toujours quelque chose, mais il faut, mais c'est comme dans la vie de tous les jours, donc on, il faut s'habituer à des, des, d'autres technologies qu'on n'a pas forcément dans nos pays.* » Ce fragment comporte un élément qui a attiré notre attention, elle dit à deux reprises « *dans nos pays* », il nous semble ainsi qu'elle s'identifie aux autres médecins étrangers et se perçoit en tant que telle. Cette question a constitué une source de souffrance dans son parcours, comme elle l'a évoqué dans le récit à propos des démarches administratives.

De même, pour le sujet 5, le deuxième extrait a suscité une réaction totalement différente de celle que nous avons relevée chez les autres sujets mais qu'il nous semble intéressant d'analyser pour la question de l'identité. Il l'a associé à son expérience au Canada d'emblée et son discours s'est centré autour d'une comparaison entre le Canada et la France. Il explique que la France n'a plus le même niveau que par le passé et critique l'« arrogance française ». Cela rejoint l'exemple de la bibliothécaire qu'il a utilisé dans la première partie de l'entretien. Il semblerait que le progrès et le fait d'avancer aient beaucoup d'importance pour lui, à l'inverse le fait de rester figé voire de « sortir de l'histoire » est perçu comme négatif. Cela semble faire écho aux raisons qui l'ont poussé à quitter son pays pour la France. A la fin de l'extrait, il fait une association intéressante parce qu'elle semble n'avoir aucun lien avec ce qu'il était en train de dire. Il évoque en effet l'exemple suivant :

« On rejoint, on rejoint ce qu'a décrit il y a très longtemps Lévi-Strauss. Celui qui quitte la tribu et quand il revient, il est rejeté parce qu'il a cessé de faire partie de la tribu. Donc il est étranger... Ce, c'est... Il a déjà décrit ce type de comportement. »

Ce rejet étant adressé à celui « *qui est parti, qui a osé partir* ». Il nous semble que cela fait écho à son rapport personnel à son pays d'origine dans lequel il ne se reconnaît plus, mais qui ne le reconnaît plus non plus. Toutefois, cela peut faire référence également à l'histoire coloniale et à ce qu'il a dit à propos de la réintégration de la nationalité dans la première partie de l'entretien « *vous avez fait une bêtise, vous avez voulu vous séparer de la France. Allez on vous accueille parce qu'on est généreux* ». La confrontation de ces deux passages nous amène à penser que ce sujet entretient un rapport particulier à la question de l'appartenance, comme si celle-ci c'était construite sur la base d'un rapport d'abandon et de rejet dès le départ. Il se peut que l'histoire coloniale soit associée pour lui à cette question du rejet, comme si l'appartenance française lui avait été refusée, ainsi qu'à sa génération parce qu'ils ont « *osé* » partir. Cela s'est ensuite rejoué dans son départ d'Algérie, comme si pour lui, partir signifiait courir le risque d'être rejeté. De plus, lorsqu'il parle de celui qui « *quitte la tribu* », il fait également référence à l'opposition entre l'individu et l'appartenance au groupe, comme si pour exister en tant qu'individu, il fallait cesser d'appartenir au groupe. Cela fait référence à ce qu'il a dit à propos de l'abolition des frontières. Ainsi, on oscille ici entre une orientation individualiste et une orientation de marginalisation, dans le sens où notre sujet aurait une orientation individualiste et où le groupe d'appartenance aurait une orientation

d'exclusion, ou du moins vécue comme telle par le sujet. Cela signifierait qu'il est impossible pour lui de faire cohabiter plusieurs appartenances, on se retrouve dans une situation conflictuelle comme l'on décrit Bourhis et Bougie avec une nuance due au fait que l'on se situe ici du côté du groupe de départ qui rend impossible la légitimation d'une nouvelle appartenance et donc qui empêche le retour du sujet.

2.3. Réactions au 3^e extrait

Comme nous l'avions présenté dans la partie méthodologique de notre travail, le troisième extrait fonctionnait de manière dialectique avec le deuxième extrait. Il constituait une réponse aux arguments discriminatoires avancés par les deux médecins intervenant dans le documentaire. Le visionnage de l'extrait n°3 a amené le sujet 1 à revenir sur sa réaction au 2^e extrait et à nuancer ce qu'il avait dit. Pour lui, il faudrait que tout le monde ait les mêmes conditions de reconnaissance. Cet aspect est apparu de manière récurrente dans son entretien, il a évoqué à plusieurs reprises son sentiment d'injustice quant à la différence existant entre les modalités de reconnaissance du diplôme pour les médecins diplômés dans l'Union Européenne et ceux diplômés hors de l'Union Européenne. Le sujet 3 évoque également cette question de la reconnaissance du diplôme et de l'évaluation des compétences, selon lui, il serait nécessaire de mettre en place un système d'évaluation avant l'arrivée des médecins sur le territoire. Il évoque également la question de l'adaptation à la culture et aux façons de faire du pays d'accueil. D'après son discours, il importe de s'adapter à la culture du pays d'accueil et de ne pas se référer à sa propre culture. On peut voir ici un indice d'une stratégie d'assimilation qui concernerait le domaine professionnel. Ce sujet en particulier semble avoir des stratégies de ce type dans l'ensemble.

Le sujet 2 nous a dit être d'accord avec le discours des médecins interviewés dans l'extrait, ce qui l'a interpellée et ce sur quoi elle a centré son discours concerne l'évolution des pathologies en fonction des changements intervenant dans les conditions de vie de la population. Elle raconte ainsi qu'« *avant, le cancer du sein c'est quelque chose qui n'était pas fréquent. Et surtout avec l'obésité, on en voit. Et ça touche surtout les personnes riches parce qu'ils sont bien nourris.* » Elle avait déjà évoqué cet aspect à propos du 2^e extrait où elle disait « *maintenant qu'on a un peu plus évolué on va dire, on a beaucoup plus de voitures, il y a beaucoup plus d'autres choses, on a beaucoup plus de*

cancers. » Elle n'évoque pas la question de la compétence et de la formation des médecins formés à l'étranger.

A propos de cet extrait, pour le sujet 4, bien qu'il existe des différences entre les maladies rencontrées, c'est-à-dire que certaines maladies sont plus fréquemment rencontrées dans certains pays, la différence majeure se situe au niveau des protocoles de soin. Ainsi, selon lui quelques mois suffisent pour s'adapter au niveau professionnel parce qu'« *on a déjà tout lu sur les maladies. Par exemple, il n'y a pas de maladie...les textes médicaux c'est la même chose partout. C'est juste les protocoles de traitement qui sont différents, ça dépend des maladies...des protocoles, pas des maladies.* » Selon lui, il s'agit de s'adapter aux protocoles et aux façons de travailler de chaque hôpital, ce qui ne lui paraît pas difficile. Il semblerait que ce sujet ait un sentiment de maîtrise important du genre professionnel, ainsi qu'une confiance importante dans ses capacités d'adaptation et sa compétence. Cet aspect contraste de manière importante avec le rapport qu'il entretient avec son parcours puisque nous avons vu précédemment que le fait que son diplôme ne soit pas reconnu conduise à une atteinte de l'estime de soi. Nous voyons ainsi que dans son cas la compétence qu'il estime avoir n'est pas reconnue par l'institution, ce qui est pour lui une source de souffrance.

Le troisième extrait a amené le sujet 5 à évoquer une situation qu'il a vécue au travail et qui concernait un patient souffrant de paludisme. Il se réfère à son expérience personnelle pour montrer, non seulement en quoi des médecins formés à l'étranger peuvent constituer un avantage pour la prise en charge des patients, mais aussi quelle est selon lui la façon de bien faire son travail, c'est-à-dire que l'on se situe ici au niveau du genre professionnel. Il insiste sur la nécessité de prendre en compte l'individu dans sa globalité et, à travers l'exemple qu'il donne, ou plutôt à travers la façon dont il en parle, il nous renseigne sur la place de l'altérité dans son travail. Le patient dont il parle est africain, récemment arrivé en France et pourtant, il ne l'évoque pas explicitement. Il l'évoque plutôt en termes de signification individuelle dans l'ici et maintenant de la prise en charge, mais un ici et maintenant qui convoque l'histoire personnelle des deux interlocuteurs en présence, c'est-à-dire du médecin qui a déjà rencontré des cas de paludisme dans sa carrière et probablement dans son entourage mais aussi du patient qui présente un pathologie liée à sa vie personnelle, dont il a une connaissance affective par l'expérience mais au sujet de laquelle il a aussi un savoir, ce qui fait référence au travail de Laplantine (1993) que nous avons cité en conclusion de notre partie théorique.

Marta (sujet 6) nous a dit être d'accord avec les médecins interviewés dans l'extrait 3, selon elle « *ils ont raison* » étant donné que « *quelqu'un qui a déjà fait une spécialité, qui a déjà travaillé, même si c'est dans un pays où les conditions sont pas les mêmes [...] ça suffit de l'accompagner un peu et de lui faire confiance. Et ça peut aller très vite* ». Cet extrait l'a également amenée à évoquer ses propres difficultés lorsqu'elle a commencé à travailler et le fait de se retrouver seul aux urgences et responsable d'un patient, elle a évoqué la première garde aux urgences et la différence entre la réalité de la pratique et ce qu'elle a appris en formation : « *Et le jour que vous voyez la première fois un vrai patient, la première garde aux urgences mais vous ne savez pas quoi faire, ni quoi prescrire. Heureusement qu'il y a des internes un peu plus âgés qui sont là pour vous épauler.* » Il nous semble que cet événement, le fait de rencontrer ce type de situation, a été difficile pour Marta, à tel point que lorsque nous lui demandons, « *quand vous avez été confrontée pour la première fois, ça a été difficile ?* », elle nous répond en utilisant les pronoms on et vous au lieu du je. Ce passage est très intéressant du point de vue du genre professionnel, Marta évoque un événement de son parcours où elle ne maîtrisait pas encore le genre professionnel, elle a recours au vous et au on, elle utilise le je pour exprimer ce qu'elle ne peut pas dire et faire. Elle dit : « *mais quand on vous jette aux urgences, vous avez le patient qui arrive avec un problème aigu, il faut savoir si c'est un infarctus ou pas, ou qu'est-ce qu'on demande comme examen. Et que vous ne pouvez pas dire [...] attendez je vais demander à quelqu'un donc il faut faire, oui ne vous inquiétez pas, vous allez voir.* » Le jeu des pronoms dans ce passage nous renseigne ici sur l'importance de l'appui sur les collègues de travail et sur les moments où cela devient impossible. Nous pourrions penser à partir de ce passage que Marta nous décrit en quelque sorte comment s'est passée pour elle l'intériorisation du genre professionnel, au début, elle s'appuyait sur ses collègues parce qu'elle ne savait pas ce qu'elle devait faire face au patient puis est arrivé un moment où elle a dû savoir ce qu'il fallait faire. Tout cela se passe dans le discours elle passe de « *vous ne pouvez pas dire [...] attendez je vais demander* » à « *il faut faire, oui ne vous inquiétez pas, vous allez voir* ». Dans ces deux fragments d'énoncé, Marta utilise deux verbes différents, dire et faire pour faire référence à ce qu'elle souhaiterait dire au patient et ce qu'elle dit effectivement. Elle recrée pour nous à travers son récit le moment où elle est passée du fait de demander, de s'appuyer sur le collectif à l'extérieur au moment où elle a dû et pu s'appuyer sur des éléments intériorisés.

Pour Paula (sujet 7), cet extrait amène la question de la discrimination, pour elle, en tant que médecin étranger, « *il y a toujours un atout, on apporte toujours quelque chose de...qu'il y a pas forcément ici.* » ce qu'elle évoquait déjà dans l'extrait précédent à propos de sa propre expérience lorsqu'elle disait : « *je vois des maladies ici, des maladies infectieuses que personne ne connaît. Et moi, je connaissais déjà dans mon pays d'origine.* » Elle évoque également la réaction de certains patients lorsqu'elle les rencontre : « *c'est vrai que je pense que des fois les patients, ils font...ils se méfient un peu. Au départ.* », « *bon, il y en a certains qui ne veulent pas. Mais je sais pas si c'est pour ça ou si.* » Parmi les sujets, elle est la seule à avoir rapporté ce type d'attitude de la part des patients. A ce propos, les réponses aux questionnaires nous ont apporté un élément qui pourrait expliquer que les sujets ne mentionnent pas cette question. Nous avons posé une question à propos des relations des médecins interrogés avec leurs collègues, leurs supérieurs hiérarchiques et les patients. La plupart n'ont pas répondu en ce qui concerne les patients et peu ont répondu concernant leurs collègues. Il nous semble qu'il est tabou de parler de ses relations avec ses patients de manière négative.

Enfin, Pietro (sujet 8) a eu une réaction très catégorique lorsque nous lui avons présenté cet extrait. Il affirme qu'il n'y a pas de racisme dans son milieu professionnel, qu'il ne dira jamais que le racisme existe dans ce milieu. Il a eu une réaction très vive en voyant cet extrait. Pendant l'entretien, il avait déjà évoqué cette question d'une manière plus nuancée. Il nous avait expliqué que selon lui, il n'y a pas de discrimination dans le domaine médical : « *je pense que au bout d'un moment oui. Je pense parce qu'on fait un travail, on fait des travaux qui sont...On est, on est en thèse, on a...je pense que si vous descendez dans l'échelle sociale, là il y a discrimination. Si vous allez dans une usine, et vous parlez avec les différents ouvriers. Si vous parlez avec l'étranger, je pense qu'il est pas trop content.* » Il semblerait que pour lui, la question de la différence culturelle s'efface devant la reconnaissance du parcours professionnel. Il semblerait que ce sujet ait une représentation des discriminations comme étant liées à la classe sociale.

Dans l'ensemble, à l'exception du sujet 8, nous avons observé une adhésion au discours des médecins interviewés dans le troisième extrait. Il a amené les sujets qui avaient adhéré au discours du deuxième extrait en émettant des réserves à se repositionner par rapport à la question.

2.4. Réactions au 4^e extrait

Nous avons montré dans la partie méthodologique que cet extrait regroupe plusieurs thématiques : les conditions de reconnaissance du diplôme, les conditions de travail et la rémunération. Toutefois, la question de la reconnaissance était centrale dans cet extrait. Nous verrons que les sujets ont retenu des aspects différents liés à leur rapport à la question de la reconnaissance et à la façon dont celle-ci vient influencer leurs processus identitaires.

Le sujet 1 a abordé principalement la question de la rémunération et a comparé le salaire d'un médecin avec celui d'un manipulateur radio, d'un secrétaire ou d'un infirmier. Selon lui, il est normal qu'un médecin gagne plus dans la mesure où il « *travaille sans limites* » et « *ne regarde jamais l'heure* ». On retrouve ici le sentiment d'injustice qu'il éprouve, matérialisé cette fois à travers la question de la rémunération qui renvoie à la reconnaissance et à la question de la rétribution. Il fait également un parallèle avec la corruption et l'injustice qu'il a pu rencontrer dans son pays d'origine et qu'il ne s'attend pas à trouver en France.

Le sujet 2 a évoqué des aspects liés à son propre parcours et au fait qu'elle-même n'a pas souhaité exercer en tant que faisant fonction d'interne afin de ne pas rentrer dans « *toute cette tristesse-là* » et de ne pas « *avoir à subir, [se] traumatiser* ». Elle revient également sur les difficultés qu'elle a pu rencontrer et qui l'ont amenée à cesser de travailler et sur le fait qu'elle ne se sent pas capable de répondre aux exigences de la profession et de se séparer de son mari.

Le sujet 3 évoque la question de la rémunération en lien avec la compétence et la reconnaissance. Lorsqu'il a appris que les médecins formés à l'étranger étaient moins payés, il dit avoir été surpris et choqué :

« *J'ai été choqué. Parce que je trouve que c'est pas normal parce que je fais le même travail. Avec même parfois plus de responsabilités. Et on prend moins de vacances parce qu'on sent qu'il faut travailler. Nous on n'a pas l'habitude de prendre des vacances, on est habitués à faire comme ça. [...] Les médecins étrangers on est moins payés, c'est pour économiser de l'argent. En fait cette histoire d'économies c'est dans toute la médecine aussi. Donc ils ont commencé à économiser sur le personnel, les cadres, les infirmières, les médecins, et vraiment je sais bien où est le problème. »*

Selon lui, cette différence de salaire vient d'une volonté du gouvernement de faire des économies, il s'agit d'un processus de rationalisation que nous avons retrouvé chez plusieurs sujets, accompagné d'autres processus. Chez Aziz par exemple, elle est accompagnée d'un sentiment d'injustice et d'incompréhension liée à un défaut de reconnaissance de son travail.

De plus, il évoque la situation de précarité dans laquelle peuvent se trouver ces médecins en attente d'un statut :

« C'est pas très clair, parce que vraiment chaque année ça change et il y a des gens qui ont des familles, ils peuvent pas quitter maintenant la France et chercher ailleurs. C'est pas facile, de changer toute la vie alors qu'ils sont là depuis une dizaine d'années ici, c'est pas facile. C'est dur à accepter et quand il y a des enfants...c'est pour ça j'ai rencontré pas mal de gens vraiment qui étaient embêtés, qui regardaient sur internet tous les jours. »

Nous avons retrouvé cette question de la précarité et de l'instabilité du statut de ces médecins. Si nous tentons de la comprendre du point de vue de la trajectoire et de l'identité, nous voyons qu'elle peut engendrer différents types de réactions et différents types de processus selon les sujets. Certains seront comme Adel, Aziz et Mohammed dans une dynamique de lutte pour la reconnaissance plus ou moins forte, pouvant aller jusqu'à l'action collective et politique. D'autres, comme Paula et aussi Marta et Pietro dans une moindre mesure, construiront des projets au jour le jour tout en sacrifiant certains aspects de leur vie personnelle. Enfin, certains seront dans une dynamique de résignation comme Marianne qui a cessé de travailler comme médecin et Mohammed qui envisage de partir en Allemagne. Toutefois, chacun des sujets a pu se retrouver à des moments différents de son parcours dans l'une ou l'autre de ces dynamiques liées à la temporalité et au projet de vie, influencées par les processus identitaires des sujets et ayant une influence sur ceux-ci.

Pour le sujet 4, l'extrait évoque deux aspects principaux. Le premier concerne la présence de médecins étrangers en France. Il explique que *« parfois au bloc opératoire il y a tout le monde est étranger, il n'y pas de français. Parfois, c'est pas tout le temps. L'anesthésiste, les aides-soignants, les infirmières...peut-être il y a une infirmière française et le reste sont étrangers. Parfois, seulement le médecin est français et le reste ils sont étrangers. »* Pour lui, ceci a la conséquence suivante :

« C'est pourquoi les français ils sont pas étonnés quand on parle pas bien. Ils ont l'habitude. Par exemple à M, O.R.L. il y a des étrangers, pédiatrie il y a des étrangers, urgences il y a des étrangers. Euh, médecine interne il y a des étrangers, au bloc opératoire il y a des étrangers. Dans les internes il y a des étrangers. [...] Parmi les patients aussi il y a des étrangers. Et moi je pense que ce qu'on fait maintenant pour les médecins c'est seulement pour économiser un petit peu. [...] Parce que si je pouvais m'inscrire à l'ordre des médecins facilement, je pourrais toucher deux ou trois fois mon salaire de maintenant. C'est pourquoi on prolonge dix ans pour faire ça, pour travailler dix ans avec un salaire comme une infirmière, après dix ans ça va marcher (pour s'inscrire à l'ordre) »

Nous voyons que pour le sujet, le fait d'être diplômé à l'étranger n'est pas vécu comme une source de rejet de la part des patients, les médecins et les autres professionnels de santé migrants semblent faire partie intégrante du système de santé. Toutefois, ceci est à nuancer dans la mesure où les autres sujets ont une perception différente de cette question. De plus, pour lui, la difficulté que lui-même et ses confrères rencontrent pour faire reconnaître leur diplôme est due à des raisons économiques essentiellement.

Le deuxième aspect qu'il a évoqué concerne la représentation que lui-même peut avoir des médecins diplômés à l'étranger. Il explique ainsi que *« le problème par exemple, pour des médecins qui viennent par exemple du Maroc, ou de Tunisie, d'Algérie, je pense mais je sais pas, peut-être que...les malades préfèrent les médecins de cette origine. Par rapport à... [...] Par exemple les médecins qui viennent de Roumanie, ou de Russie. Je sais pas mais parfois je vois comme ça. »* Il fait ensuite un parallèle avec ce qu'il a pu observer dans son pays d'origine : *« Parce que par exemple les médecins de Roumanie, de République Tchèque, de pays d'Europe de l'Est, c'est pas comme l'Europe de l'Ouest. Même dans son pays d'origine. [...] par exemple un médecin de Roumanie c'est pas comme un médecin de Syrie. On préfère aller chez un médecin diplômé dans son pays d'origine, et pas chez un médecin diplômé en Roumanie, ou Tchèque ou en Hongrie, ou en Russie... [...] Parce qu'on pense que son diplôme c'est pas comme notre diplôme. »* Nous voyons ici un paradoxe dans le discours du sujet, celui-ci souffre en effet de l'absence de reconnaissance de son diplôme et de son parcours et a conscience de la présence d'attitudes similaires concernant les médecins formés à l'étranger dans son pays d'origine. Plutôt que de s'appuyer sur cela pour construire son discours lorsque nous lui faisons remarquer qu'il s'agit d'un phénomène similaire à ce qui existe en France, il nous

répond qu' dans son pays d'origine, le diplôme français est mieux évalué. Ainsi, pour lui, il existe une hiérarchie des diplômes médicaux en fonction des pays et il perçoit que la formation qu'il a reçue dans son pays d'origine fait partie des formations de haut niveau, ceci pourrait avoir une incidence sur la frustration et la souffrance qu'il peut avoir en rapport à son parcours. Il valorise fortement sa formation et en même temps il pense que la formation de médecins diplômés en Roumanie est de moins bonne qualité, de plus lorsqu'il arrive en France, pays dont il valorise le cursus médical, il se rend compte que son diplôme n'est pas reconnu au même titre que le diplôme de médecins Roumains. Ceci peut avoir pour conséquence qu'il ressent un fort sentiment d'injustice ainsi qu'une dévalorisation de son parcours entraînant une baisse de l'estime de soi.

En ce qui concerne la réaction du sujet 5, on retrouve la thématique de la lutte pour la reconnaissance, qu'il situe de nouveau au niveau de l'action collective et des rapports de force. En effet, dans cet extrait, il retient le fait que les médecins ayant pris part à la manifestation sont en nombre réduit. Il parle du statut des médecins diplômés à l'étranger comme de l'objet d'une lutte inégale où ceux-ci seraient en situation d'infériorité face à l'administration : « *Et puis ils font les gardes les plus pourries, Noël, mois d'août, etc. Et ils ont, comment dirais-je...ils feront le maximum parce qu'ils ont peur qu'on les garde pas. Donc c'est des moyens de pression, fabuleux pour l'administration.* » Il s'agit pour lui d'une situation qui n'évolue pas du fait de sa commodité pour l'administration française : « *Le pire, c'est que c'est pas... comment dirais-je... une situation, allez, transitoire Parce que c'est nouveau, administration est dépassée. Non. D'abord ça dure depuis plus de 25 ans C'est... tout prouve que c'est voulu. Que c'est voulu, qu'on entretient ce genre de situation. Pour des raisons budgétaires, pour des raisons psychologiques, pour des raisons etc. D'autres raisons. Par ce que on va pas me dire qu'on a l'air maintenant de découvrir Qu'il y a des médecins étrangers etc. Non ça été de tous temps.* » Nous retrouvons bien ici la thématique de la lutte avec pour objet de se défendre contre un État et une administration qui ne défendraient pas les intérêts des citoyens. Nous avons retrouvé des éléments similaires chez certains sujets, comme par exemple l'utilité économique de ces médecins mais n'avons rencontré cette thématique de la lutte que chez Adel.

Dans la mesure où le sujet 6 n'est pas concernée directement par la procédure d'autorisation d'exercice, elle se réfère à l'expérience d'une collègue péruvienne. Pour elle, les difficultés sont plus importantes lorsque les médecins souhaitent travailler en

CHU étant donné que les hôpitaux périphériques et les petites structures « *ils les acceptent, ils les payent pareil que les autres médecins. Ils en cherchent.* » Elle soulève un point intéressant concernant la rémunération : « *dans un premier temps, quand on vient d'un pays où on avait pas de salaire. Un salaire, même si c'est moins, dans mon cas c'est trois fois, j'ai multiplié mon salaire par trois quand je suis venue ici. Ce qui importe, c'est l'ambiance. Etre dans un centre de référence, se former. Après, il arrive un moment où on devient plus matérialiste.* » De plus, lorsque nous lui demandons si elle serait prête à repartir dans son pays d'origine, elle ajoute qu'elle y gagnerait autre chose que son salaire, d'autres avantages. Nous lui demandons alors s'il lui semble acceptable de voir son salaire diminuer si l'on a une compensation d'une autre nature « *Ben oui, toujours. Ben oui. Ben c'est pour ça qu'il y a des gens qui prennent 80%, des mi-temps. Pour s'occuper plus de la famille. Si on peut se le permettre. Complètement.* » Nous voyons dans ce passage que la question de la rémunération n'est pas une question simple à la réponse univoque, du moins pour ce sujet. Cela renvoie bien au fait que le sujet peut trouver des formes de reconnaissance et de satisfaction hors de son travail et notamment au sein de sa famille.

Enfin, le sujet 8 a eu une réaction qui nous a beaucoup surpris. Lorsqu'il a vu l'extrait, il a exprimé un désaccord avec les revendications des médecins de l'extrait. Selon lui « *soit on accepte d'être étranger, soit on l'accepte pas* », il explique : « *Ici personne ne nous a appelés, c'est nous qu'on est venus. Si ça nous plaît pas, on n'a qu'à rentrer chez nous. Parfois j'aime pas hein mais je vais pas dire il faut que je sois... Si ça me plaît pas, j'ai qu'à rentrer chez moi.* » Il réagit notamment au discours du Dr. K. B. à propos de son salaire : « *ça veut rien dire qu'elle se plaigne. Je veux dire si elle doit faire cinq gardes pour avoir le salaire d'un français, il faut qu'elle fasse. Si elle veut avoir le salaire français. Sinon, elle rentre chez elle.* » parce que selon lui « *on peut pas venir dans un pays qui n'est pas le notre et dicter la loi, c'est...* ». Comme nous avons pu le voir dans le récit, pour ce sujet, il importe de s'adapter à ce que l'on trouve sur place. Ainsi, il s'agit d'une orientation plutôt assimilationniste. Toutefois, nous voyons ici que s'assimiler n'équivaut pas pour lui à être reconnu comme français puisqu'il a insisté à plusieurs reprises sur le fait qu'il sera toujours étranger.

Nous avons pu voir à travers les réactions des sujets à cet extrait qu'il a engendré chez la plupart d'entre eux des mécanismes de rationalisation. Ceux-ci ont en effet pour la plupart tenté de donner des explications et des raisons à la difficulté de leurs parcours et

au fait de percevoir une rémunération inférieure à celle des médecins français. L'analyse des réactions à cet extrait nous permet d'ouvrir une piste de réflexion que nous développerons davantage dans notre discussion et qui concerne les rapports à l'identité de français et la différence de perception existant entre les médecins diplômés dans l'U.E et ceux diplômés hors de l'U.E. De plus, cet extrait a agi comme le premier mais dans une moindre mesure comme support d'identification comme nous le verrons dans l'analyse. Les sujets ont pour la plupart centré leur discours sur la question de la rémunération qui était abordée dans l'extrait par le docteur K.B. Celle-ci parlait de son expérience personnelle, à la première personne alors que les autres médecins exposaient des faits généraux. Nous n'avions pas prévu cet effet lors de la construction de notre outil mais il semblerait que le fait que le Dr. K.B. parle à la première personne de son expérience ait une influence beaucoup plus marquée sur le discours des sujets, ceux-ci ayant pu s'identifier de manière positive ou négative (comme Pietro qui a eu une réaction négative très forte vis à vis du discours de ce médecin).

2.5. Synthèse de l'analyse des réactions aux extraits

L'analyse des réactions des sujets aux extraits vidéo nous a permis de mettre en évidence un ensemble de processus et surtout d'offrir aux sujets un support de projection leur permettant de développer leur discours et d'aborder des thématiques qu'ils n'avaient pas abordées jusque là. Sur ce point, nous avons eu un succès inégal selon les sujets mais nous avons pu voir que les extraits suscitaient des réactions affectives visibles chez la majorité des sujets, que ce soit des réactions positives d'adhésion au discours ou négatives de désaccord avec les protagonistes des différentes vidéos.

Le premier extrait, au-delà de sa capacité à susciter l'identification des sujets, comportait un élément que nous n'envisagions pas *a priori* comme critique. Toutefois, le discours de certains sujets lors des récits de vie ainsi que les réactions de trois des sujets que nous avons rencontrés face à l'accent de la généraliste de la vidéo nous amènent à nous interroger sur la possibilité d'une problématique spécifique liée à la migration des généralistes roumains. Nous avons pu remarquer en effet que ceux-ci sont arrivés en nombre important suite à l'entrée de la Roumanie dans l'U.E sur une période restreinte, qu'ils sont souvent appelés par les maires de communes rurales situées dans des zones considérées comme des déserts médicaux. Ils ont de plus fait l'objet d'une couverture médiatique relativement importante, dont fait d'ailleurs partie l'extrait n°1 puisqu'il est

issu d'un reportage diffusé sur France 2. En plus de cet extrait, nous avons pu rencontrer un ensemble d'articles de presse « à sensation » relatant les « mésaventures » de ces généralistes en France, qu'il s'agisse d'un manque de patients⁴⁴ ou bien du retour de ces médecins en Roumanie après quelques mois seulement mais aussi l'existence d'agences de recrutement spécialisées et les dépenses importantes des maires en vue du recrutement de ces médecins⁴⁵. Nous prenons le temps de souligner cet aspect même s'il peut paraître hors sujet étant donné qu'il s'agit de généralistes diplômés dans l'U.E. mais il nous semble offrir un parallèle intéressant avec la situation des médecins cubains ayant pris part au programme Mais Médicos et il serait intéressant de s'interroger sur une éventuelle similitude entre leurs trajectoires et leurs processus identitaires. Toutefois, contrairement aux médecins du programme Mais Médicos, les médecins roumains recrutés en France ne sont pas affiliés à un programme à durée limitée, ils ont au contraire vocation à s'installer définitivement. Il nous semble cependant que le parallèle existe du fait de l'apparente homogénéité de cette population (des médecins venus en nombre d'un même pays) et de la demande faite par le gouvernement. Cependant, le mécanisme est différent puisqu'en France, même si le recrutement passe comme au Brésil par une gestion municipale, il est parfois assuré par le biais de cabinets de recrutement privé et ne résulte pas d'un accord entre les deux pays ayant abouti à un programme national de coordination.

⁴⁴ Voir notamment l'article de la Dépêche publié le 30 janvier 2012 :

<http://www.ladepeche.fr/article/2012/01/30/1273138-cahors-salviac-privée-d-un-medecin.html>

⁴⁵ Voir par exemple l'article du Figaro publié le 29 avril 2015 :

<http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2015/04/29/20002-20150429ARTFIG00110-une-commune-debourse-plus-de-30000-euros-pour-recruter-deux-medecins-generalistes.php>

Chapitre 3 : Analyse documentaire concernant la situation au Brésil

L'impossibilité dans laquelle nous nous sommes trouvée de réaliser des entretiens auprès des médecins cubains participant au programme Mais Médicos nous a conduite à revoir notre stratégie de travail. Nous avons choisi de réaliser une analyse documentaire à partir d'articles de presse et de reportages télévisés afin d'obtenir des éléments de compréhension d'une part de ce refus et d'autre part des processus psychiques pouvant émerger chez les sujets cubains dans un tel contexte. Nous nous sommes donc appuyée sur un ensemble de sources documentaires donc le but était non pas de se substituer à la parole absente des médecins mais d'analyser les conséquences de cette absence de parole. Nous procéderons à l'analyse de deux types de sources puis nous réaliserons une synthèse de cette analyse afin d'émettre un ensemble d'hypothèses quant aux processus psychiques à l'œuvre chez ces médecins du fait de cette situation

3.1. Analyse documentaire : reportages

Le premier reportage a été diffusé sur la chaîne Globo le 31 mars 2013, dans le programme « Profissão reporter », il s'agit d'un programme court, d'une trentaine de minutes. Le thème de l'émission du 31 mars 2013 était le programme Mais Médicos. Il aborde le volet concernant les médecins dans son ensemble, en présentant les améliorations que le programme a apporté et se concentre sur l'expérience d'un médecin espagnol qui a pris part au programme. Les médecins cubains sont évoqués pendant quelques minutes du programme. Au début, les journalistes brésiliens employés par la chaîne Globo rencontrent un de ces médecins à son domicile, alors qu'il déjeune en attendant le chauffeur qui l'emmène sur son lieu de travail. Une autre professionnelle cubaine est interrogée à la fin du reportage, pendant très peu de temps, elle témoigne de manière anonyme et n'a pas acceptée d'être filmée. Elle témoigne en effet du fait que ses deux enfants vivent au Brésil avec elle malgré l'interdiction prononcée par le gouvernement cubain. Ils ont l'échange suivant :

« Journaliste : Você tem um filho aqui que ta morando com você... o dois?(Vous avez un enfant qui vit avec vous ici...ou deux)

Médecin : Dois. (Deux)

J. : Dois. De quantos anos...eles tem?(Deux. Quel âge ont-ils?)

M. : 16 e 14.

J. : 16 e 14.

M. : Os filhos podem vir, mas eles ficam só um mês pelo contrato que a gente assinou. (Les enfants peuvent venir mais ils restent seulement un mois, comme prévu par le contrat que nous avons signé).

J. : Os seus filhos estão passando só um mês aqui, ou eles estão...?(Vos enfants ne vont passer qu'un mois ici, ou ils sont....?)

M. : Eles já estão há mais tempo aqui. (Ils sont ici depuis plus longtemps)

J. : E há uma recomendação para eles voltar ou...? (Et on vous a demandé qu'ils rentrent ou... ?)

M. : Se eu não fizer o que o contrato fala estou cometendo uma indisciplina.(Si je ne fais pas ce qui est écrit dans le contrat, je commets une infraction.)

[...]

J. : Voces devolveram o dinheiro. (Vous rendez l'argent)

M. : A gente não pode receber dinheiro alem da moradia e alimentação. E uma coisa do contrato. (Nous ne pouvons pas toucher d'argent en plus du loyer et des frais de nourriture. Ça fait partie du contrat.) »

Dans ce premier reportage, nous voyons que les médecins cubains sont très peu présents, ceci est sans doute dû aux difficultés existant pour obtenir des autorisations afin de les rencontrer. De plus le deuxième médecin aborde un sujet controversé et parle du fait qu'elle enfreint les termes de son contrat, il est donc compréhensible que les médecins éprouvent une réticence à aborder ce sujet qui peut mettre en péril leur carrière, même si nous avons obtenu l'accord de certains médecins qui étaient prêts à nous raconter leur expérience. Ici, elle agit en désaccord avec le contrat qu'elle a signé ? Nous verrons cependant avec l'analyse d'articles de presse qu'il s'agit d'un point manquant de clarté. En effet, elle dit que cette condition était présente dans son contrat mais nous verrons que le gouvernement brésilien a délivré des visas aux familles des médecins pour la durée de leur contrat. C'est le gouvernement cubain qui, au bout d'un certain temps, a demandé le retour des familles et instauré cette nouvelle condition. Toutefois, cet aspect nous donne un élément de compréhension de leur situation au Brésil.

Le deuxième reportage a été réalisé par le *Diario do Centro do Mundo*, un site indépendant d'information fondé par un ancien journaliste de *O Globo*. Il dure environ 10 minutes et traite du programme *Mais Médicos* et de ses résultats dans une ville de l'Etat du Minas Gerais. Au début du reportage, nous suivons un médecin cubain lors d'une visite à une patiente. Il semble accueilli de manière positive, la famille de sa patiente se prend en photo avec lui. Il parle uniquement de sa patiente, de sa pathologie et du traitement mis en œuvre. Il n'évoque pas du tout son expérience avec le programme *Mais Médicos*, son quotidien, les raisons de sa venue au Brésil. Les journalistes se rendent ensuite dans un poste de santé où exercent plusieurs médecins participant au programme. Ils rencontrent notamment une professionnelle brésilienne qui a étudié à Cuba qui explique qu'elle est heureuse d'être rentrée chez elle et qu'elle travaille dans sa ville natale. Enfin, les journalistes rencontrent un troisième médecin, de nationalité cubaine, qui explique qu'elle a déjà travaillé un an et demi au Venezuela avant de participer au programme *Mais Médicos*. Elle donne ensuite son point de vue sur le *Sistema Unico de Saúde* puis quelques caractéristiques de son travail.

Le troisième reportage a lui aussi été réalisé par le *Diario do Centro do Mundo*. Il a été tourné en Amazonie et en particulier dans la ville de Melgaço, qui est décrite dans le reportage comme la ville à l'Indice de Développement Humain le plus bas du monde. Le reportage dure 42 minutes et a pour cadre l'hôpital de Melgaço, la ville en elle-même ainsi qu'un village d'Amazonie où les deux médecins cubains interviewés dans le reportage vont faire des visites au domicile des patients deux fois par semaine. Avec treize minutes de vidéo consacrées aux deux médecins cubaines, ce reportage constitue le plus long document vidéographique que nous ayons trouvé interrogeant des médecins cubains participant au programme *Mais Médicos*. Ici encore, elles sont montrées en consultation, elles parlent de leur mission, des pathologies de certains patients et des caractéristiques de la vie de la population liées à leur lieu de travail. L'une d'entre elles explique qu'elle est venue au Brésil pour aider le peuple brésilien et que le fait d'être disponible pour travailler n'importe où dans le monde et aider ceux qui en ont le plus besoin fait partie de leur formation.⁴⁶ Elles abordent également un ensemble d'éléments plus personnels, comme le fait que leur famille est restée à Cuba et qu'il est parfois

⁴⁶ Citation originale : « Eu sou a doutora M Nos llegamos a cá por, para cumprir com nosso compromisso de poder ajudar a todo o povo e...mas necessitado de saúde de acá, do Brasil. Dentro de nosso formação, esta e...ajudar em qualquer parte do mundo a las pessoas mas necessitadas. »

difficile de communiquer avec eux parce que les appels téléphoniques sont très chers et leur connexion internet ne fonctionne pas toujours bien. Elles n'évoquent pas d'aspects affectifs liés à l'absence de leur famille, elles ne disent pas si elles vivent l'éloignement avec difficulté, si elles auraient souhaité que les membres de leur famille puissent venir au Brésil avec elles et s'ils ont déjà eu la possibilité de venir ou non. Elles expliquent qu'elles ont un mois de vacances par an, et qu'elles retournent à Cuba à cette occasion. Elles expliquent ensuite la façon dont l'argent qu'elles gagnent est redistribué. Tout va à leur famille, elles n'en gardent qu'une petite partie. Et une dernière partie est versée au gouvernement cubain « pour améliorer la santé à Cuba. » Enfin, l'une d'entre elles conclut *« je pense qu'il manque beaucoup de choses...mais il y a quand même des choses bien. Et...le peuple, la population, en elle-même, est très bien. Les gens sont vraiment bien. Et donc, ça, pour nous du moins, ça nous aide et ça nous donne la force de continuer la lutte avec eux. »* Ce discours nous interpelle, et notamment cette idée de continuer la *lutte avec le peuple brésilien*, il ne s'agit pas d'un discours lié au soin, à la prévention et à l'éducation sanitaire – même si elles ont évoqué ces points dans leur interview – mais plus d'un discours politique et presque révolutionnaire.

Ces trois extraits ne nous permettent pas de réaliser une analyse fiable concernant l'expérience individuelle de ces médecins mais ils nous permettent de mettre en évidence deux idées. La première concerne la disproportion existant entre la médiatisation du programme Mais Médicos et la visibilité effective des médecins cubains. C'est-à-dire qu'ils sont bien présents sur le territoire brésilien, ils sont même assez nombreux à avoir pris part au programme (plus de 11 000), et nous verrons dans la section suivante qu'ils ont fait l'objet d'une importante couverture médiatique dans la presse écrite, en particulier au début du programme. Pourtant, il est très difficile de trouver des témoignages de ces médecins, qu'il s'agisse d'interviews filmées ou de témoignages écrits. De plus, la plupart ne donnent que des informations officielles, dans le cas contraire, les médecins témoignent de manière anonyme. Nous verrons dans la section suivante qu'une des raisons possibles de cette absence de prise de parole est l'une des clauses du contrat des médecins qui les oblige à ne divulguer aucune information non officielle jusqu'à un an après la fin de leur contrat.

3.2. Analyse documentaire : presse et controverses

Dans un deuxième temps, nous avons effectué une analyse thématique des vingt-cinq articles retenus (voir annexe 8) afin d'obtenir un ensemble d'informations pouvant nous permettre d'émettre des hypothèses quant à la situation des médecins au sein du programme Mais Médicos. Nous avons pu dégager les cinq thématiques suivantes dans les articles que nous avons analysés :

- Déclarations d'un représentant du gouvernement brésilien concernant le traitement des médecins cubains
- Comportement et déclarations des médecins brésiliens concernant les médecins cubains
- Action en justice menée en lien avec le programme Mais Médicos, souvent afin de faire admettre qu'il comporte des aspects illégaux
- Déclarations des médecins cubains, il s'agit d'interviews et de citations
- Conditions de vie des médecins cubains, il s'agit de descriptions faites par les journalistes ayant rédigé les articles à partir de leurs rencontres avec les médecins cubains du programme.

Nous avons pu voir que certaines thématiques étaient récurrentes et correspondaient à la façon dont ces médecins sont perçus au sein de la société brésilienne alors que d'autres sont liées aux conditions de vie des médecins cubains telles qu'ils les ont rapportées. Certains articles traitent de plusieurs thématiques parmi les cinq que nous avons recensées.

La première thématique que nous avons relevée dans les articles de presse correspond à des déclarations d'un représentant du gouvernement brésilien concernant le traitement des médecins cubains. Cette thématique est présente dans quatre des articles. Le premier article, publié dans le journal O Globo le 30 août 2013, concerne une déclaration de la présidente Dilma Roussef pour qui les médecins cubains sont victimes de préjugés et de xénophobie. Cet article évoque également un incident où une journaliste de Natal⁴⁷, dans l'état brésilien du Rio Grande do Norte, a comparé l'apparence des médecins cubaines à celle de femmes de ménage. Le syndicat des employés domestiques

⁴⁷ Natal, RN. Est la ville où se trouve l'Université Fédéral du Rio Grande do Norte, l'Université brésilienne dans laquelle nous avons effectué notre doctorat en cotutelle.

a protesté et a dénoncé ces propos. Un deuxième article a été publié la veille dans le même quotidien à propos des déclarations d'Alexandre Padilha, alors ministre de la santé brésilien. Celui-ci se prononce sur les manifestations organisées par les médecins brésiliens et notamment concernant un événement survenu à Fortaleza, dans l'Etat du Cearà, et dont nous reparlerons, qu'il qualifie d'acte de violence, de xénophobie, de racisme et de préjugés. Padilha défend le programme en avançant le fait qu'il est similaire à d'autres programmes déjà en place dans 58 pays et approuvés par l'OPAS⁴⁸. L'article présente également le point de vue des médecins brésiliens. Un article publié dans O Globo le même jour reprend les déclarations d'Alexandre Padilha. Enfin, un quatrième article, publié par Agencia Estado Noticias le 26 août 2013 cite le responsable du programme de coordination de l'Etat du Pernambouco qui a déclaré que l'évaluation des médecins serait permanente et que les médecins échouant à l'évaluation devraient retourner dans leur pays d'origine. Il a également dressé un profil de ces médecins « *Tous ont plus de 10 années d'expérience, tous ont déjà accompli des missions dans d'autres pays, tous ont fait un internat en médecine familiale et communautaire, 20% d'entre eux ont un Mestrado*⁴⁹ *et 40% ont plus d'une spécialisation en plus de la santé familiale et communautaire* ». Cette citation est intéressante dans la mesure où les éléments liés à l'expérience correspondent à ce que nous avons mis en évidence par le biais des questionnaires. En revanche, nous n'avons pas mis en évidence les mêmes éléments en ce qui concerne les formations complémentaires et la spécialisation.

La deuxième thématique que nous avons mis en évidence concerne le comportement des médecins brésiliens envers les médecins cubains, que nous avons retrouvée dans 16 des articles. Six de ces articles ont relayé un événement qui a eu lieu à Fortaleza où les médecins cubains ont été hués à la sortie d'une séance de formation au portugais et au SUS. D'après les articles, une cinquantaine de médecins brésiliens ont manifesté en criant REVALIDA et en traitant les médecins cubains d'esclaves. Ce terme d'esclave et ces références à l'esclavage reviennent souvent dans les critiques formulées à l'encontre du programme. Nous apprenons dans un article publié dans le Correio Braziliense le 28 août 2013 que le Conseil Fédéral de Médecine a publié une note qui qualifie la venue des cubains d'esclavage, de pratiques relevant de dictatures et de régimes autoritaires et qui dénonce le non-respect de la loi à travers l'absence de

⁴⁸ Organisation Panaméricaine de Santé.

⁴⁹ Equivalent au Brésil du niveau Master européen.

revalidation du diplôme des médecins cubains. Le conseil fédéral de médecine dénonce également le statut des médecins comme étudiants, le non respect du droit international et la non transparence du gouvernement brésilien. Enfin, des actions visant à empêcher l'émission du Registro Nacional dos Estrangeiros, c'est-à-dire de leur titre de séjour, ont été rapportées. Selon un article de la Folha de São Paulo datant du 12 septembre 2013, certains médecins brésiliens condamnent les actions de leurs collègues à l'encontre des médecins cubains. Les médecins ayant pris part aux manifestations affirment quant à eux qu'ils ne visent pas leurs collègues cubains mais cherchent à attaquer le gouvernement brésilien qui a mis en place cette mesure sans les consulter. Nous voyons ici que ce programme suscite une controverse importante, comme nous l'avions évoqué dans la première partie de notre travail. Cependant, il semblerait que les professionnels se sentant attaqués dans leur travail et dans leur identité ne soient pas les médecins cubains participant au programme mais les médecins brésiliens qui semblent ne pas avoir été consultés. Toutefois, l'intensité de leurs réactions à l'encontre des médecins cubains doit être analysée dans notre travail en termes de conséquences sur l'identité de ceux-ci.

La troisième thématique que nous avons retrouvée dans les articles de presse est celle de l'action en justice menée contre le programme. D'après un article publié le 24 août 2013 par l'Agencia Estado et un autre paru dans Zero Hora le 26 août 2013, une décision de justice menée par l'Association Médicale Brésilienne a été prononcée en vue de garantir les droits des médecins cubains. Ceux-ci n'ont en effet pas le même traitement que les travailleurs brésiliens. Par exemple, ils n'ont pas de congés payés. Leur salaire, dont une partie est versée à Cuba, n'a pas le statut de salaire mais de bourse d'études dans la mesure où ils suivent un cours en parallèle à leur travail. La décision prévoyait aussi que le gouvernement brésilien cesse de verser le salaire des médecins au gouvernement cubain. Cette décision a été rendue en 2014 mais n'a, à notre connaissance, pas été appliquée. Selon l'Association Médicale Brésilienne, le programme serait contraire à la constitution brésilienne et mettrait en danger la population du fait du manque de contrôle de la compétence des médecins participant. Selon un article de l'Agencia Estado, dans cette procédure, d'autres points sont contestés comme l'absence de contrôle du niveau de portugais des médecins. Ce programme a été qualifié d'esclavage moderne par les demandeurs de cette procédure légale. Nous voyons ici que la polémique à propos du programme semble créer une rupture entre les médecins hors du programme et les médecins exerçant au sein du programme.

La quatrième thématique concerne des déclarations faites par des médecins participant au programme, cette thématique est présente dans seulement cinq articles. Ces déclarations ont pour la plupart été recueillies à l'arrivée des médecins et le témoignage d'un médecin en particulier, le Dr. Nelson Martinez est repris par deux articles différents. Tous ont un discours similaire, disant qu'ils sont venus pour apporter leur aide au peuple brésilien, qu'ils sont heureux d'être au Brésil et de faire partie du programme. En revanche, ils ne répondent pas lorsqu'il est question de leur salaire ou du fait que leur famille est restée à Cuba. Nous apprenons également que bon nombre d'entre eux ont déjà travaillé à l'étranger, qu'ils sont habitués à ces périodes de mobilité.

Nous avons également recensé un article publié le 21 mars 2015 dans la Folha de São Paulo, qui rapporte les propos d'un médecin ayant souhaité s'exprimer de manière anonyme sur le fait que son épouse est contrainte de retourner à Cuba après s'être installée au Brésil. Il explique qu'il a plus de vingt ans d'expérience, qu'il a déjà effectué des missions à l'étranger et notamment en Angola et qu'il s'était inscrit pour participer au programme Mais Médicos parce qu'il lui avait été dit que son épouse aurait la possibilité de venir vivre au Brésil. Le gouvernement cubain a exigé par la suite que son épouse rentre à Cuba, s'ils ne se soumettent pas à cette exigence, ce médecin risque de perdre le droit d'exercer la médecine dans son pays. Il explique que le gouvernement cubain justifie cette mesure pour éviter une vague supplémentaire de désertions et qu'il ne souhaite pas abandonner son métier pour rester au Brésil mais que si son épouse ne reste pas avec lui, il renoncera certainement à continuer sa mission au sein du programme Mais Médicos. Nous rapportons cet article, toutefois, comme à chaque fois que nous sommes en présence d'un discours rapporté concernant les participants à ce programme, et au vu de l'ampleur de la polémique, il convient de rester prudent quant à la valeur de ces éléments pour la compréhension de l'expérience de ces médecins. Nous pouvons tout au plus émettre des hypothèses sur les représentations de ces médecins au sein de la société brésilienne et sur l'influence du point de vue factuel des événements rapportés.

Enfin, la cinquième thématique que nous avons relevée dans l'article concerne les conditions de vie des médecins cubains au Brésil, cette thématique est présente dans six articles. Un des articles, publié dans O Globo le 4 avril 2014 critique la façon dont les médecins cubains sont traités, comparant leur traitement à ce qu'ils vivent à Cuba et propose une description du déroulement des cours qu'ils suivent visant à faire penser qu'ils sont contraints. Ils sont "confinés", comme s'ils étaient en prison". L'article lance

une polémique sur le fait que les médecins seraient surveillés et harcelés. Dans le même temps, il cite les déclarations des responsables du gouvernement selon qui ces médecins jouissent des mêmes droits que n'importe quel étranger. Un autre article paru dans la Folha de São Paulo le 17 février 2014 et intitulé *O Neoescravagismo cubano* (le néo-esclavage cubain) propose une analyse du contrat signé par les médecins cubains afin de mettre en évidence les inégalités existant entre les médecins cubains et les médecins d'autres nationalités faisant partie du programme. La conclusion de cette analyse est que le programme se rapproche d'une forme de néo-esclavage dans la mesure où ces médecins sont sous-payés puisque la majeure partie de leur salaire est conservée par le gouvernement cubain, ils sont également soumis à une clause de confidentialité très stricte concernant les informations non publiques qui leur auraient été confiées. Ils ont également interdiction de se livrer à d'autres activités que celles prévues par le programme et ne doivent recevoir de rémunération d'aucune autre source. Toutefois, même si éléments sont mis en avant pas les auteurs de l'article pour appuyer leur argumentaire, ce type de clause de confidentialité et d'exclusivité ne sont pas nécessairement choquantes dans la mesure où on les retrouve dans les contrats de travail français dans le cadre d'un emploi à plein temps. En revanche, le fait que les médecins soient empêchés de communiquer sur leur expérience personnelle du fait de cette clause de confidentialité nous semble disproportionné dans la mesure où la clause de confidentialité s'applique à des informations qui leur sont communiquées dans le cadre de leur travail.

Un article publié dans Zero Hora le 23 février 2014, intitulé « Révolution cubaine dans les *postes de santé* » propose un reportage dans une ville du Sud du Brésil où 6 médecins cubaines ont été affectées après avoir pris part au programme. L'article raconte la vie de 3 médecins cubaines, leur quotidien, leur intégration, la façon dont elles occupent leur temps libre. Dans sa forme, cet article est très différent de ceux que nous avons présentés jusqu'ici. Il est prend la forme d'un récit dans lequel abondent les détails sur le quotidien des protagonistes, même certains termes employés font références au genre narratif (« *les six professionnelles [...] représentent un personnage nouveau, surgi à la fin de l'année passée dans le paysage du pays* »). Tout semble aller parfaitement bien, seules les attaques des médecins brésiliens sont désagréables. L'article utilise beaucoup de descriptions, d'adjectifs et beaucoup de termes liés aux affects. On apprend que ces médecins sont en contact avec leur famille restée à Cuba par téléphone et par e-

mail et que le fait d'apporter de l'aide au Brésil compense l'éloignement avec la famille. De plus, le secrétaire de la santé local apporte une explication à la difficulté d'entrer en contact avec les médecins du programme : ceux-ci refusent de parler afin de préserver leur intimité, ils ont été bien trop exposés lors de la mise en place du programme et cherchent maintenant à se protéger. Notre expérience nous amène à mettre en doute cette déclaration. Les journalistes concluent l'article par le commentaire suivant :

« Ce type de discours, sincère ou contraint, est caractéristique des cubains. Ils se disent reconnaissants d'avoir pu étudier la médecine gratuitement de leur pays et affirment qu'ils ne l'ont pas fait pour gagner de l'argent mais pour aider. Face à l'affirmation selon laquelle ils sont exploités et vivent dans la pauvreté, ils réagissent. Pour eux, ce qui est étrange n'est pas que les médecins aient un mode de vie simple, mais qu'ils aient un mode de vie supérieur à celui des autres personnes. »

Cette remarque émise par le journaliste ayant écrit l'article tente de mettre l'accent de manière implicite sur le régime Cubain et l'idéologie qui lui est associée. Elle semble faire écho au titre de l'article, « révolution cubaine dans les postes de santé ». Un tel titre, pourrait amener le lecteur à attendre une critique du programme dans ces aspects économiques. Or, l'article, illustré par une photo des professionnelles très souriantes, dépeint une réalité presque idyllique, où les obstacles sont surmontés par ces professionnelles. Il nous laisse une impression d'étrangeté, comme si le discours rapporté dans l'article avait été contraint. Nous avons retrouvé le même type de réponses dans les questionnaires pour certains professionnels interrogés, pour qui leur participation dans le programme leur permettait d'aider la population brésilienne ou la population cubaine. Ces réponses étaient associées à des réponses pointant les difficultés et les aspects problématiques du programme. Ces articles montrent une tension entre deux aspects, que nous avons retrouvée dans les questionnaires. Nous avons d'un côté le portrait de professionnels ayant choisi de participer à un programme d'échange afin de venir en aide à la population du Brésil qui éprouve des difficultés pour se soigner, et de l'autre des professionnels contraints et privés d'autonomie, sur lesquels une pression semble être faite. Nous tenterons de comprendre en quoi cette contradiction peut avoir une influence sur les médecins participant au programme.

3.3. Conséquences psychologiques pour les médecins cubains exerçant au Brésil

Les éléments que nous venons de présenter dans les paragraphes précédents ne nous ont pas permis d'obtenir d'éléments fiables concernant l'expérience des médecins cubains exerçant au Brésil dans le cadre du programme Mais Médicos. Toutefois, ils nous permettent de proposer une réflexion du point de vue psychologique concernant l'absence de liberté de parole. Il nous semble en effet que ce qui peut être dit ou non à propos du programme est révélateur de la façon dont ces médecins sont envisagés par le gouvernement ainsi que les conséquences pouvant en résulter pour eux du point de vue psychologique et identitaire. Nous orienterons notre réflexion selon deux points :

- Le premier concerne la façon dont la censure peut avoir une influence sur la façon dont ceux-ci sont considérés et
- le deuxième concerne la manière dont ceux-ci semblent réagir.

En premier lieu, en ce qui concerne l'aspect de la censure, nous avons pu remarquer que la disproportion entre la médiatisation du programme, son impact sur l'opinion publique, notamment suite aux manifestations organisées par les médecins brésiliens, et la parole effectivement donnée aux médecins cubains est considérable. Cette absence de parole ne semble pas du tout concerner les autres médecins participant au programme, qu'ils soient brésiliens ou d'autres nationalités. Il est beaucoup plus aisé d'une part de trouver des témoignages de ces médecins dans la presse et d'autre part d'obtenir des autorisations officielles pour les rencontrer. En effet, le gouvernement brésilien et les instances liées à la santé ne s'opposent pas du tout à la réalisation d'entretiens dans le cadre d'un travail universitaire. Nous avons obtenu les autorisations nécessaires pour rencontrer les médecins participant au programme, quelle que soit leur nationalité. Dans la mesure où nous avons choisi de travailler sur l'expérience des médecins cubains de manière spécifique, nous avons écarté les autres médecins de notre travail. Nous avons obtenu les autorisations de la part des autorités locales pour mener notre recherche mais au dernier moment, la veille de la réalisation des entretiens, nous avons appris qu'il nous serait impossible de les réaliser sans l'autorisation du

gouvernement cubain.⁵⁰ Lorsque nous avons appris cette nouvelle, notre réaction a été de penser qu'effectivement il s'agissait d'une situation possible. Toutefois, après avoir effectué des analyses documentaires et après avoir tenté de mettre en œuvre une réflexion à propos de cet événement, il nous interpelle particulièrement. Le programme a fait l'objet d'une médiatisation importante au Brésil, ces différentes étapes ont fait l'objet d'une importante communication officielle relayée par la presse et la télévision. Le gouvernement a également mis en place deux sites internet⁵¹ fournissant des informations sur le programme. Le programme a également fait l'objet d'une importante controverse, elle-aussi relayée par la presse et la télévision. Nous nous trouvons face à une abondance d'informations officielles, même s'il convient de garder à l'esprit que le manque de transparence du gouvernement brésilien lié à certains aspects du programme et de l'accord avec Cuba a été l'objet de critiques. Dans le cadre de notre travail, ce contexte nous semblait favorable à la réalisation d'une recherche universitaire. En effet, même si les médecins avaient été très médiatisés et même si le programme avait été critiqué, il nous semblait que notre travail ne comportait pas de risque de mise en péril de ces médecins. Lorsque nous avons sollicité ces autorisations, nous avons déjà obtenu l'autorisation de faire passer notre questionnaire, nous avons présenté ce travail comme une recherche universitaire en psychologie, réalisée sous la supervision d'une université publique brésilienne, qui par ailleurs organise des programmes de formation pour les médecins prenant part au programme. Les termes de notre demande n'auraient pas dû susciter un refus. De plus, ce refus ne provenait pas du gouvernement brésilien mais du gouvernement cubain. Nous voyons qu'il existe un lien fort entre ces médecins et leur pays d'origine puisque même s'ils vivent dans un autre pays, ils sont toujours soumis à l'autorité de leur pays qui leur est interdit de s'exprimer sur leur expérience personnelle. Il nous semble qu'il s'agit d'un élément qui influence les processus identitaires du sujet en le plaçant dans une position d'altérité radicale. C'est-à-dire qu'il n'a pas d'alternative du point de vue identitaire, l'unique identité qui lui est attribuée est celle de « médecin cubain » venant en aide au « peuple brésilien ». Il s'agit d'une injonction à se conformer à une identité et à en apposer une autre sur ses patients, ce qui empêche l'individu d'opérer des modifications de son identité liées à son expérience au Brésil. Ses processus

⁵⁰ Nous avons eu connaissance du Dr. Jorge Roman Hernandez qui travaille sur les médecins cubains exerçant à l'étranger et notamment en Afrique dans le cadre de programme d'échange avec Cuba. Ce chercheur, bien qu'il soit lui-même de nationalité cubaine, n'a jamais réussi à obtenir l'autorisation de réaliser ne serait-ce qu'un seul entretien l'un d'entre eux.

⁵¹ <https://maisMedicos.saude.gov.br> et <http://www.maisMedicos.gov.br>

identitaires sont bloqués, il se voit privé d'une possibilité de changement alors qu'il est confronté à un contexte très différent du point de vue de la culture et de langue de celui auquel il était habitué dans son pays. De plus, cette censure imposée à distance nous paraît agir sur l'individu au niveau de la reconnaissance de sa capacité à jouir de droits, c'est-à-dire au niveau de sa liberté. Celui-ci est privé d'autonomie, il n'est pas reconnu en tant que sujet par le groupe social.

De plus, le discours effectivement communiqué par voie écrite ou en vidéo est souvent très convenu, il est rare de voir ces médecins formuler des critiques à l'encontre du gouvernement cubain et des mesures prises dans le cadre du programme. Certains médecins l'ont fait de manière anonyme mais la plupart du temps, ce qui est relayé est plutôt impersonnel et lié au travail en général. Il s'agit de discours étonnamment similaires où la question de l'aide apparaît régulièrement. A l'issue de cette réflexion, nous sommes en mesure uniquement de proposer des pistes de questionnement supplémentaires ainsi que des hypothèses. N'ayant pas pu rencontrer ces professionnels, nous ne pouvons nous prononcer. Toutefois, il n'est pas impossible que les entretiens que nous aurions conduits aient été peu pertinents. En effet, il se peut que les sujets n'aient pas été en mesure de fournir un discours exempt de la crainte de représailles et qu'ils se soient autocensurés. Toutefois, même s'il s'agit d'éléments isolés, issus de la presse et de reportages, de bribes de discours, l'étonnante récurrence de certains mécanismes, de certains types de propos et de certaines formes de réflexion qui transparaissent dans ces discours nous amènent à interroger les mécanismes de pensée inconscients de ces médecins et l'influence que le contexte culturel dans lequel ils se sont développés a pu avoir sur eux. Nous avons évoqué précédemment à propos du récit de vie l'existence de mécanismes de refoulement culturel, or, il nous semble qu'il est possible que des mécanismes de ce type soient à l'œuvre chez ces médecins les amenant à conceptualiser leur implication dans le programme comme une de leurs missions, tel que le prévoit leur formation. De même, s'ils ont connaissance du fait que 70% de leur salaire est conservé par le gouvernement cubain, ceux-ci ne l'expliquent pas comme une inégalité, une injustice ou une différence de traitement inacceptable mais comme un fonctionnement normal et une façon de participer à l'économie de leur pays. Il s'agit d'une hypothèse explicative et il nous est impossible de déterminer dans quelle mesure le contexte culturel et politique cubain façonne leurs mécanismes de pensée et dans quelle mesure ceux-ci cherchent à éviter une sanction, qu'il s'agisse d'être exclu du programme ou de perdre le

droit d'exercer en tant que médecin. Ces mécanismes peuvent toutefois agir comme un moyen de conserver un équilibre psychique et identitaire face à une situation les mettant en difficulté. Dans tous les cas, il semble ici que le sujet soit privé d'expression, qu'il soit empêché de parler, ce qui peut être une source de souffrance. Or cette souffrance, est privée d'expression affective mais aussi d'éléments rendant possible sa conceptualisation, dans la mesure où seul l'apparence du bonheur est acceptable. Dans la mesure où le contexte culturel dans lequel le sujet s'est développé rend impossible l'expression mais aussi la conceptualisation de la souffrance face à un ensemble d'événements et de situations, celui-ci ne dispose pas des éléments nécessaires pour penser sa situation comme source de souffrance. Il est confronté à un déséquilibre entre les éléments cognitifs, affectifs et culturels qui lui permettraient de donner sens à son expérience.

Partie 6 : Discussion des résultats obtenus en lien avec la problématique de la recherche et croisement des données

Dans cette partie, nous avons entrepris une synthèse des résultats obtenus à partir d'un croisement des données construites avec les quatre méthodes que nous avons mises en œuvre ainsi qu'une confrontation entre les données brésiliennes et françaises selon plusieurs dimensions. Cette discussion s'organisera ainsi autour d'un ensemble d'axes thématiques que nous avons pu dégager lors de l'analyse et qui nous ont permis de mettre en évidence quels étaient les différents processus identitaires en jeu dans le vécu migratoire des sujets qui ont participé à cette recherche, en lien avec la question du travail et de la migration professionnelle. Dans un premier temps, nous discuterons des enjeux de reconnaissance impliqués dans le vécu des sujets. Nous aborderons ensuite un ensemble d'éléments liés à la confrontation à la différence culturelle. Enfin, nous proposerons une réflexion sur un ensemble de facteurs individuels ayant une influence sur les processus identitaires des médecins diplômés à l'étranger et exerçant en France et au Brésil.

Chapitre 1 : Influence des différentes formes de reconnaissance et d'absence de reconnaissance sur l'identité

Dans ce chapitre notre discussion est axée sur les différents enjeux de reconnaissance présents dans le parcours des sujets et sur la manière dont ils influencent les processus identitaires des sujets. Nous verrons également quels mécanismes ceux-ci

mettent en œuvre dans le cas où ils sont confrontés à une absence de reconnaissance et en quoi ces mécanismes visent à la préservation de l'identité.

1.1. Non reconnaissance du diplôme et conséquences pour la trajectoire personnelle et professionnelle dans le pays d'accueil

Nous avons vu à travers le récit des huit sujets exerçant en France que leur parcours suit un cheminement similaire, avec toutefois une différence importante pour les médecins diplômés dans l'UE par rapport à ceux qui ont été diplômés hors de l'UE. Nous avons pu voir que la non reconnaissance du diplôme ainsi que le statut spécifique de faisant fonction d'interne étaient une source de souffrance pour les sujets diplômés hors de l'UE. De plus, un des sujets, qui avait obtenu la reconnaissance de son diplôme très rapidement, avait un discours plus proche de celui des sujets diplômés dans l'UE concernant sa trajectoire. Ceci qui nous amène à penser que l'absence de reconnaissance du diplôme agit comme un élément perturbateur qui vient allonger la temporalité dans une trajectoire autrement définie du point de vue social et modulée par des aspects propres à l'individu. C'est-à-dire que l'ensemble des sujets suivent un parcours similaire, ils terminent leurs études dans leur pays d'origine, formulent un projet qui est souvent un projet de mobilité avec un retour prévu, en vue de se former davantage. A leur arrivée en France, ils ont un statut de stagiaire, sans rémunération la plupart du temps et avec l'objectif pour la majorité d'arriver à une maîtrise suffisante de la langue pour pouvoir travailler, puis au bout de six mois, ils accèdent à un statut de faisant fonction d'interne, qui peut être renouvelé pendant plusieurs périodes de six mois. C'est à ce moment de la trajectoire que se produit une rupture entre deux groupes, celui des médecins parvenant à faire reconnaître leur diplôme qui ne restent pas dans ce statut et celui des médecins devant attendre la reconnaissance de leur diplôme. Les premiers suivent une évolution professionnelle les menant à occuper des postes de mieux en mieux rémunérés, avec des contrats de plus en plus longs, jusqu'à pouvoir passer le concours de praticien hospitalier. Les autres suivent un cheminement similaire mais beaucoup plus long, ils restent beaucoup plus longtemps dans des postes plus précaires, laissant peu de possibilités d'anticipation et de construction de sa trajectoire. Ils ont une trajectoire étirée, caractérisée par l'attente ainsi que des démarches longues et difficiles dans le domaine professionnel. Lorsqu'ils obtiennent la reconnaissance de leur diplôme, ils peuvent

accéder au même statut que les médecins dont le diplôme a été reconnu plus rapidement. Toutefois, certains n'obtiennent jamais la reconnaissance de leur diplôme. Dans ce cas, cela engendre une perte importante au niveau identitaire pour le sujet puisqu'il doit renoncer à un positionnement de lui-même qu'il avait énormément investi et qu'il a passé beaucoup de temps à tenter de préserver. Nous avons résumé les différentes étapes des trajectoires des sujets exerçant en France auprès de qui nous avons conduits nos entretiens dans le tableau ci-dessous.

Tableau 26- Tableau récapitulatif des étapes liées à la reconnaissance dans la trajectoire des sujets exerçant en France

Dans le pays d'origine	Migration	Dans le pays d'accueil/Arrivée	Pays d'accueil/Après quelques années
Soit le sujet vient de finir ses études, soit il est médecin depuis plusieurs années.	- Le sujet prend la décision d'entreprendre une démarche migratoire avec comme premier objectif de gagner plus d'argent et d'améliorer son expérience professionnelle ainsi que d'apprendre de nouvelles techniques et de voir d'autres façons de travailler.	- A l'arrivée, le sujet est étudiant ou stagiaire.	Soit le sujet obtient la reconnaissance de son diplôme et parvient à évoluer dans son travail.
			Soit le sujet reste de nombreuses années sans obtenir son diplôme. Il reste dans un statut similaire à celui de son arrivée.

Le tableau récapitulatif ci-dessus présente les différentes étapes des processus liés à la reconnaissance du diplôme chez nos sujets. Nous voyons, comme nous l'avons évoqué précédemment, que les différentes étapes sont similaires, comme s'il existait un parcours-type pour ces médecins. Ce parcours type est orienté par les exigences des institutions et montre qu'il existe des similitudes chez une grande partie des sujets dans plusieurs aspects :

- Le moment d'entreprendre une migration, souvent situé à la fin des études, sans que le sujet ait exercé dans son pays d'origine
- Le but visé qui est souvent d'acquérir un complément d'expérience ou de formation professionnelle en vue d'évoluer. La volonté de voyager et d'avoir une expérience de mobilité internationale est secondaire comme l'ont montré les questionnaires. Il s'agit plus pour ces sujets d'une stratégie d'évolution professionnelle.

- Les premiers moments et les étapes de l'évolution professionnelle qui sont similaires et constituent des étapes différentes liées à des enjeux de reconnaissance par le groupe mais de reconnaissance du sujet dans son activité.

En revanche, nous avons pu voir qu'il existait une différence très importante quant à la temporalité de ce parcours du fait des conditions de reconnaissance du diplôme. Cette différence peut amener le sujet à anticiper de manière différente les différentes possibilités qui se présentent à lui pour son avenir, pour certains, cette incertitude peut être une source de souffrance dans la mesure où ils perdent le sentiment d'avoir une prise sur leur trajectoire. Ceux-ci vont se résigner, chercher une autre forme d'exercice professionnel ou envisager une migration alors que d'autres vont avoir des réactions de rétablissement de leur statut, de préservation de leur identité

1.2. Enjeux de reconnaissance et identité professionnelle.

Nous avons vu que l'absence de reconnaissance du diplôme a une influence sur la trajectoire du sujet. Elle a aussi une influence sur les processus identitaires du sujet et notamment sur les stratégies qu'il met en œuvre pour préserver son identité professionnelle mais aussi sur la façon dont il négocie dans le dialogue les différentes injonctions qui lui sont faites du point de vue identitaire à travers les différents enjeux de reconnaissance.

Tableau 27 - Tableau récapitulatif des enjeux de reconnaissance présents dans les différentes étapes du parcours des sujets exerçant en France

Dans le pays d'origine	Migration	Dans le pays d'accueil/Arrivée	Dans le pays d'accueil/Après quelques années
Le sujet est reconnu comme médecin, il est valorisé. Il se reconnaît dans son travail.	Le sujet est reconnu comme compétent pour travailler à l'étranger (bourse, insertion dans une équipe, choix par une commission, recrutement.) Il se reconnaît dans le projet migratoire.	A l'arrivée, le sujet est étudiant ou stagiaire. Il se reconnaît dans ce statut au début. Il sait qu'il s'agit d'un statut provisoire qui ne durera pas.	Soit le sujet obtient la reconnaissance de son diplôme et parvient à évoluer dans son travail. Il se reconnaît dans son activité et est reconnu par l'institution.
	OU Rupture, la migration lui est imposée.		Soit le sujet reste de nombreuses années sans obtenir son diplôme. Il reste dans un statut similaire à celui de son arrivée. Il ne se sent pas reconnu par l'institution et ne se reconnaît pas dans ce qu'il fait.

En ce qui concerne les enjeux de reconnaissance liés au parcours migratoire de nos sujets, nous avons pu montrer un premier élément lié à la relation entre *se reconnaître dans une identité donnée* et *être reconnu*. Nous avons pu voir en effet que ce couple intervient de manière variable lors des différentes étapes du parcours des sujets, ce qui influence leurs processus identitaires selon différents mécanismes. Nous avons vu que dans le temps précédent la mise en place du projet migratoire, il existe une certaine cohérence entre la façon dont ils sont reconnus et ce dans quoi ils se reconnaissent, il y a une similitude entre l'identité pour soi et l'identité pour autrui du point de vue professionnel, ils sont reconnus comme médecins et se reconnaissent comme tels. Cette cohérence se maintient lorsqu'ils entreprennent leur projet migratoire, autant en ce qui concerne les médecins exerçant en France que ceux exerçant au Brésil. Souvent les médecins exerçant en France ont bénéficié d'une bourse afin de poursuivre leurs études, ils ont participé à un programme d'échange ou bien ils ont été recrutés grâce à un intermédiaire qui a directement valorisé leur compétence. A leur arrivée, il s'est produit pour certains un ensemble de processus qui ont été à l'origine d'une dissonance plus ou moins marquée entre ce qu'eux-mêmes reconnaissent comme faisant partie de leur identité et ce que le groupe leur renvoie. C'est-à-dire que certains ont été confrontés à la

reconnaissance forcée de leur identité culturelle dans le sens où il leur a été attribué une identité de « médecin étranger » dont il leur est difficile de se défaire et qui peut avoir pour conséquence une survalorisation de la différence pouvant prendre le dessus sur la reconnaissance de leur capacité à exercer leur métier, à s'exprimer en tant que médecin, à « être médecin » et donc par conséquent de leur identité de médecin. Cela se traduit dans le statut de « faisant fonction d'interne », qui constitue un retour en arrière, une dévalorisation importante. Ils sont en effet considérés comme des médecins en cours de formation. Ce statut illustre bien les conséquences pour l'identité du fait de ne pas reconnaître leur diplôme, cela replace ces professionnels dans une situation où ils sont privés d'autonomie. Il s'agit cependant d'un aspect paradoxal dans la mesure où il leur est à la fois demandé de se placer dans cette position subordonnée, d'effectuer des tâches que d'autres ne souhaitent pas prendre en charge et à la fois d'assumer les responsabilités qui leur reviendraient s'ils obtenaient l'autorisation d'exercer. Ainsi, ils ne se reconnaissent pas dans ce statut qui leur est attribué et l'identité qu'eux-mêmes reconnaissent n'est pas reconnue. Ainsi, l'identité de médecin étranger dans laquelle ils se placent agit comme une sorte de compromis, elle est le résultat de la relation dialogique se mettant en place entre ces médecins et le contexte social, professionnel, culturel et affectif dans lequel ils évoluent. Cette identité de « médecin étranger » contient en effet la marque de la différence en même temps qu'un facteur d'identification, elle semble être le produit d'une logique de séparation inclusive. D'une certaine manière, le fait de se nommer soi-même médecin étranger et de se reconnaître dans cette terminologie est une manière de conserver en partie son identité de médecin, alors que le fait d'être considéré comme « faisant fonction d'interne » ou « praticien attaché », parfois pendant des années, ne renvoie pas uniquement à des statuts administratifs mais à la façon dont on nomme et à travers elle, à l'identité qui est assignée.

Au Brésil, la question s'est manifestée d'une manière quelque peu différente. En ce qui concerne le diplôme, celui-ci est reconnu dans le cadre du programme Mais Médicos mais pas en dehors, ce qui est proche du contexte français. Toutefois, notre travail de réflexion nous a amené à conclure que les enjeux liés à la reconnaissance pouvant avoir une influence sur les processus identitaires des médecins cubains faisant partie du programme se situent à un autre niveau. Ainsi, nous avons formulé l'hypothèse interprétative selon laquelle ils étaient dans une certaine mesure privés de la liberté de s'exprimer puisqu'en fait d'une clause de confidentialité touchant aux informations liées

au programme Mais Médicos, il leur interdit de s'exprimer à propos de leur expérience personnelle. Nous avons vu en effet que les discours et témoignages publiés dans la presse, c'est-à-dire ayant vraisemblablement été autorisés à être publiés par le gouvernement cubain, sont très semblables. Les discours divergents sont rendus publics de manière anonyme alors qu'ils concernent des aspects personnels de la vie des médecins ce qui nous évoque une privation de la liberté d'expression. Le niveau de reconnaissance qui est impacté ici est le niveau juridique, conférant à l'individu une liberté, en l'occurrence une liberté de s'exprimer sur des aspects de sa vie privée. A ce niveau, l'identité personnelle peut être mise en péril, mais nous verrons plus loin que l'individu met en place différents mécanismes afin de conserver son identité.

1.3. Investissements relationnels comme sources de reconnaissance

Nous avons vu que le sujet peut avoir tendance à rechercher d'autres modalités de reconnaissance de son identité afin de préserver son estime de soi, liées à la dimension affective de l'identité. Il le fait dans le domaine du travail à travers les relations qu'il entretient avec la hiérarchie qui constituent une forme de reconnaissance affective. Nous avons vu en effet dans les récits de certains sujets que les relations avec les chefs de service, avec la hiérarchie, sont souvent valorisées par le sujet comme forme de reconnaissance. Ils s'appuient sur ces relations pour leur adaptation au contexte professionnel. Les collègues de travail sont en revanche assez peu présents dans les récits. Du point de vue de l'identité professionnelle, cependant, cela correspondrait plutôt au modèle de la négociation dans la mesure où nos sujets semblent être en mesure de s'appuyer sur leurs compétences et leurs responsabilités pour négocier leurs relations et leur reconnaissance sociale. En effet, la grande complexité des enjeux de reconnaissance que nous avons perçue ainsi que le fait que nos sujets fassent référence à plusieurs types de sources de reconnaissance, qu'il s'agisse de leur hiérarchie, des patients ou de la famille. Il nous semble ainsi que même s'ils ont une marge de manœuvre limitée par la non reconnaissance administrative de leur diplôme, ils parviennent tout de même à s'assurer des formes de reconnaissance au sein des relations interpersonnelles et à travers l'investissement d'autres rôles et d'autres dimensions de l'identité qui les valorisent. Pour les médecins cubains, même si nous disposons de peu d'éléments, il nous semble que ce

sont les relations avec les patients qui leur confèrent cette reconnaissance. Ainsi, la reconnaissance n'est pas un mécanisme à sens unique mais plutôt une logique de fonctionnement global qui implique que l'individu a besoin de se sentir reconnu et accompli dans différents domaines et selon les trois axes de la reconnaissance définis par Honneth (2008). Pour cet auteur, le processus de recherche de reconnaissance est en effet lié à la nature même de la reconnaissance, c'est-à-dire inscrite dans les relations de l'individu à l'environnement. Nous voyons bien qu'il existe une certaine complémentarité, que nous qualifierions de dialogique, qui met en jeu les différentes relations de l'individu ainsi que les différents positionnements identitaires que celui-ci peut alterner, faire dialoguer voire opposer. Ces différents enjeux de reconnaissance liés aux différents aspects de l'identité du sujet, à l'ensemble de ses voix, dialoguent, s'interpénètrent et rentrent en conflit dans les relations avec les autres pour amener le sujet à transformer son identité au cours du temps en fonction des événements auxquels il est confronté. Ainsi, dans le cas de nos sujets, nous avons vu que les différents moments de leur parcours font intervenir différents aspects de leur identité, différents projets, parfois incompatibles et parfois cohérents, et nos sujets renégocient en fonction de ces éléments la façon dont ils se perçoivent. L'analyse des enjeux conflictuels présents dans les récits des sujets révèle non seulement quels sont les enjeux de reconnaissance présents dans leur trajectoire mais montrent aussi comment se manifeste la dimension polyphonique de l'identité telle qu'elle est envisagée dans une perspective dialogique, avec ses contradictions, ses oppositions, ses aller-retour entre différentes voix. Comme nous l'avons montré ici, la trajectoire de nos sujets est caractérisée par cette polyphonie, cette complexité d'articulation de différentes voix qui entre en dialogue avec l'Alter notamment à travers la reconnaissance.

1.4. Mécanismes de lutte pour la reconnaissance et tentatives de rétablissement de l'identité

En plus de l'investissement d'un ensemble varié de sources de reconnaissance, qu'elles soient affectives, juridiques ou sociales, nous avons vu que les sujets ont parfois tendance à entreprendre une démarche de lutte pour la reconnaissance. Nous avons pu mettre en évidence cet aspect dans les entretiens de certains de nos sujets chez qui la thématique de la lutte était très présente. Cette thématique s'est manifestée sous diverses

formes, ainsi la lutte de la reconnaissance peut se mettre en place à travers les relations que le sujet va entretenir avec son entourage professionnel, la façon dont il va se placer par rapport à son parcours et à la différence. Nous avons retrouvé cette thématique de la lutte à plusieurs reprises lorsque les sujets évoquent les démarches administratives qu'ils ont dû effectuer en vue de leur installation en France, mais aussi les événements qui ont eu lieu lorsqu'ils ont été recrutés. Cette thématique se décline selon plusieurs enjeux : la séduction comme stratégie pour accéder à un statut professionnel plus élevé, pour « compenser » le fait de ne pas être traité de la même manière que leurs collègues français, le combat contre l'injustice, les enjeux de pouvoir présents dans le parcours des sujets. Les stratégies mises en place par les sujets sont variables mais dans l'ensemble, ils ont tendance à fournir un travail beaucoup plus important afin de « compenser » le fait qu'ils n'aient pas été diplômés en France. Certains vont ressentir une baisse de l'estime de soi qui va amener des réactions de dévalorisation alors que d'autres vont lutter pour être reconnus ou bien tenter de trouver une reconnaissance ailleurs, au sein de la famille par exemple ou en entreprenant un parcours de recherche parallèle. Un des sujets s'appuyait sur la possibilité d'aller travailler dans un autre pays à l'avenir, mobilisant ainsi un processus axé sur l'imagination. En termes d'identité dialogique cela signifie que les sujets sont capables de faire s'exprimer et cohabiter plusieurs voix, ce qui revient à une capacité à mobiliser différents aspects de leur identité afin de se valoriser.

Une déclinaison différente de cette lutte pour la reconnaissance s'est présentée à plusieurs reprises dans le discours des sujets. Plusieurs sujets exerçant en France ont formulé des propositions d'évaluation et de modification des modalités de reconnaissance des diplômes. Pour eux, une solution envisageable pour évaluer de manière juste s'ils sont aptes à exercer en France serait de mettre en place un examen unique pour tous les médecins avec une évaluation des connaissances médicales et des compétences en situation, à travers un examen de leur pratique clinique. Le fait de proposer cette solution semble être une rationalisation, une forme de résolution faisant intervenir un raisonnement, donc mobilisant des ressources cognitives, et proposant une solution à une situation qu'ils ressentent du point de vue affectif comme une injustice. A travers la formulation d'un modèle de ce type, ils cherchent à demander une reconnaissance de leur capacité à travailler, à être médecin à part entière. Il s'agit d'une solution qui omet certains aspects de la situation, comme le fait que les modalités de reconnaissance des diplômes dépendent d'accords de réciprocité instaurés dans le cadre de l'Union

Européenne, ce qui fait intervenir un paramètre supplémentaire qu'ils ne prennent pas en compte. Cette solution rationnelle au premier abord contient donc des aspects affectifs forts liés à un sentiment d'injustice. Une autre forme de recherche de reconnaissance des capacités à exercer sa profession se trouve dans le recours à des anecdotes faisant intervenir l'expérience passée dans le pays d'origine pour expliquer qu'ils ont des connaissances supplémentaires. L'argument consistant à dire que leur expérience de certaines pathologies, de certaines techniques et procédures peut être utile en France dans certaines circonstances constitue un moyen de faire valoir leur expérience passée. Ils luttent ainsi pour que leur expérience professionnelle ne soit pas effacée par le fait d'être empêchés d'exercer pleinement leur profession.

En ce qui concerne les médecins exerçant au Brésil, nous avons retrouvé cette thématique mais de manière moins importante. Elle n'a été abordée que dans les questionnaires par quelques sujets. L'un d'entre eux l'a abordée du point de vue global, il a réfléchi d'une manière globale à la façon dont les diplômés étaient reconnus et aux difficultés administratives liées à cette reconnaissance mais les autres ont abordé cette question d'un point de vue individuel, comme étant leur projet personnel. De plus, l'analyse documentaire que nous avons proposée nous a amenée à réfléchir au fait qu'ils étaient peu nombreux à mettre en place des mécanismes de lutte pour la reconnaissance parce qu'ils ne percevaient pas nécessairement d'injustice dans leur situation. Contrairement aux sujets exerçant en France, les sujets exerçant au Brésil ne semblent pas formuler de critique quant aux différences de traitement existant par rapport aux autres médecins participant au programme, notamment en ce qui concerne la manière dont leur salaire est redistribué mais aussi concernant le fait qu'ils restent sous l'autorité de leur pays d'origine même pour des décisions ayant été validées par le gouvernement brésilien. Nous assistons à un processus différent qui consiste à ne pas mener de réflexion concernant leur situation et les incohérences qu'elle peut comporter. De plus, le fait d'adopter une identité de « médecin cubain », et de valoriser une mission d'aide pensée et conçue par le gouvernement cubain afin de venir en aide aux populations dans le besoin, sont deux manières de marquer une forte appartenance de groupe. Elles protègent l'individu de l'incohérence à laquelle il pourrait être confronté qui pourrait menacer son identité. Nous avons observé un mécanisme similaire chez un des sujets exerçant en France qui nous a dit ne jamais avoir réfléchi à l'origine de la non reconnaissance du diplôme, comme s'il évitait de conceptualiser les raisons pour lesquelles sa trajectoire

avait été empêchée. Ce sujet était par ailleurs très résigné quant à son parcours et se dévalorisait beaucoup. Il n'envisageait plus de lutter pour la reconnaissance de son diplôme mais de se dégager de cette situation en partant pour un autre pays.

Par conséquent, l'hypothèse selon laquelle les médecins diplômés hors de l'UE exerçant en France et les médecins Cubains du programme Mais Médicos ressentent une menace de l'identité professionnelle que les médecins diplômés dans l'Union Européenne et exerçant en France ne ressentent pas n'est pas validée. Il nous semble en effet que les médecins diplômés dans l'UE peuvent ressentir une menace de l'identité professionnelle liée à une différence de traitement par rapport aux médecins français, au même titre que les médecins diplômés hors de l'UE. D'autres part, pour les médecins cubains, il nous est difficile de nous prononcer quant à un ressenti de ce type. En effet, leur situation est paradoxale. Leur diplôme n'est pas reconnu et ils sont l'objet de controverses de la part des médecins brésiliens et en même temps, la population auprès de laquelle ils interviennent semble être satisfaite de leur présence.

Chapitre 2 : Modalités de négociation de la différence culturelle

Dans ce deuxième chapitre, nous allons nous concentrer sur une réflexion autour des enjeux liés à la différence culturelle et au dialogue interculturel. Nous orienterons notre réflexion sur un ensemble d'éléments spécifiques que nous avons pu mettre en évidence à travers l'analyse de nos données comme la façon dont l'appartenance culturelle se négocie, la place de la langue dans les processus identitaires, le rapport à la discrimination ainsi que les éléments de réflexion ayant trait aux politiques d'acculturation dans chacun des deux pays et leurs influences sur les individus.

2.1. Enjeux liés à l'appartenance culturelle et processus d'interculturalisation

En ce qui concerne la question de la culture et de l'appartenance culturelle, il semblerait que les sujets exerçant en France choisissent de ne pas mettre en avant leur identité culturelle d'origine mais plutôt leur capacité d'adaptation au contexte français et notamment au milieu professionnel. Il semblerait que pour ces sujets, la différence

culturelle se négocie dans l'adaptation au contexte professionnel, ce qui renvoie à ce que nous avons développé dans le chapitre précédent à propos de la place de l'identité de « médecin étranger » dans la négociation de la différence culturelle. Dans leur discours, tous les éléments que nous avons relevés convergent vers le fait qu'ils sont venus pour travailler et que l'adaptation au contexte culturel du pays est une conséquence logique, ils l'ont très peu évoquée. Toutefois, le fait que la plupart de nos sujets étaient en France depuis au moins dix ans, voire quinze ou vingt ans a sans doute une influence sur leur perception de leur adaptation. Le sujet qui nous a le plus parlé de la façon dont il avait été affecté par cette différence est aussi celui qui était arrivé le plus récemment.

En ce qui concerne les médecins cubains exerçant au Brésil, d'après les éléments du questionnaire et des sources documentaires, cette question de l'interculturalité est orientée par le fait qu'ils sont liés de manière très forte à leur pays d'origine alors qu'ils vivent dans un autre pays. De plus, le fait qu'ils aient pour la plupart déjà eu une ou plusieurs expériences similaires nous amène à penser qu'ils sont familiarisés avec ce type de mobilité. Ainsi, chez eux, le fait d'avoir vécu un ensemble d'expériences de mobilité de durée variable, associée au fait qu'ils gardent un lien très fort avec leur pays d'origine, parfois parce que leurs proches sont restés sur place, oriente probablement leurs processus identitaires d'une manière spécifique. Toutefois, puisque nous disposons de peu d'éléments, il nous est difficile de caractériser plus finement ces processus. Nous verrons plus loin quelques éléments liés à ces processus.

2.2. Éléments relatifs au vécu de discrimination

Les données que nous avons construites à partir des entretiens conduits auprès de médecins diplômés à l'étranger et exerçant en France nous ont permis de mettre en évidence plusieurs éléments concernant le rapport que les sujets entretiennent vis à vis de la discrimination. Dans un premier temps, pour les sujets exerçant en France, la question de la discrimination est apparue comme un tabou, nous avons pu voir que cette question était écartée par nos sujets. Ils *ont pour la plupart affirmé* n'avoir jamais été victimes de discrimination ou de racisme de la part d'individus, qu'il s'agisse de collègues ou de patients. Si l'on se réfère à Camilleri (1990), il pourrait s'agir d'une stratégie de déréalisation de la dévalorisation dans la mesure où les sujets ne perçoivent pas l'aspect stigmatisant de leur situation, cependant, il nous semble qu'il s'agit d'une réaction à deux niveaux, plus complexe. En effet, les sujets perçoivent qu'ils sont dévalorisés, que leur

identité de médecin est remise en question dans certaines situations, ce qui est à l'origine de réactions affectives (sentiment d'injustice, sentiment d'inutilité, colère), mais ils ne conceptualisent pas ces situations comme de la discrimination. En effet, ils ont été parfois confrontés à des comportements désagréables de la part de certaines personnes, qui auraient éventuellement pu être expliqués par une volonté de discriminer de la part de leur interlocuteur mais eux-mêmes tentent de trouver d'autres explications à ces interactions négatives. Toutefois, il s'agit d'un aspect paradoxal dans la mesure où tous ont reconnu qu'il existait des différences importantes entre la façon dont eux-mêmes et leurs collègues français sont traités et reconnus. Nous avons en effet retrouvé à de nombreuses reprises la question des tâches ingrates et du fait de se voir attribuer des tâches qui ne devraient normalement pas faire partie de leur activité. Certains sujets ont donné quelques exemples concrets de discrimination qu'ils avaient vécu mais sans interpréter ces situations comme de la discrimination. Ils trouvent d'autres explications à ces comportements, liés à une situation particulière. Nous retrouvons ici un mécanisme de refoulement cognitif similaire à celui que nous avons décrit à propos des médecins cubains et qui empêche la prise de conscience de certains aspects de leur expérience liés à la privation de liberté. Nous avons vu en effet à travers les extraits vidéo que la plupart de nos sujets avaient tendance à adhérer *a priori* au discours consistant à dire que l'exercice médical est très différent selon les pays et à invoquer cette raison afin d'expliquer les différences de traitement et l'absence de reconnaissance des diplômes existant. La discrimination semblait en quelque sorte normalisée, justifiée par le fait qu'il existe des différences contextuelles. Toutefois, les sujets ont montré un processus de prise de conscience lorsque nous leur avons présenté le deuxième extrait, présentant l'argument inverse. Ceci nous montre que notre perspective relative à l'emploi des supports imagés fixes ou animés (Baraud et Acioly-Régnier, 2012) apporte une dimension supplémentaire au processus de construction des données à travers le contournement de certains mécanismes de défense du sujet. Cependant, ce processus de prise de conscience n'a été que partiel puisqu'ils ont manifesté l'existence d'une incohérence dans la mesure où, selon eux, un médecin est capable d'apprendre et de s'adapter à un nouveau contexte mais tous ne sont pas allés jusqu'à prendre conscience du fait qu'il pouvait s'agir d'une marque de représentations problématiques et que le traitement en découlant pouvait être perçu comme une forme de discrimination. Tout se passe comme si la prise de conscience de cette dimension était empêchée, comme si la conceptualisation de leur vécu comme une discrimination était impossible. Cette conceptualisation est masquée par une autre qui consiste à penser que

s'il existe une lacune, la solution adéquate est de redevenir étudiant afin d'acquérir les connaissances nécessaires à la récupération de son statut, parfois sans percevoir de rémunération. Cependant, cela ne concerne pas la totalité des sujets et tous n'ont pas le même niveau de prise de conscience de cette situation. En effet, deux des sujets ont évoqué d'une manière plus explicite le fait de subir une discrimination après avoir vu les extraits vidéo. Les six autres ne perçoivent pas le caractère discriminatoire de la situation.

Il semblerait que la discrimination soit plutôt vue comme impersonnelle et institutionnalisée et non pas le fait d'individus dans la mesure où la plupart ont vécu comme une forme de discrimination les démarches administratives qu'ils ont dû effectuer. Nous avons retrouvé ces éléments dans les questionnaires et dans les entretiens. Le discours d'un des sujets en particulier nous a amené un élément de compréhension supplémentaire concernant cette question. Ce qui était en jeu dans son vécu concernant l'administration était la légitimité à venir en France, et le décalage entre le fait d'avoir une position sociale valorisée et valorisante en tant que médecin, de venir pour se former mais aussi dans le but d'exercer une profession où la question du soin est centrale. Le statut du médecin est en effet lié au fait d'aider l'autre, il s'agit d'une profession qui jouit d'un certain prestige mais où la question du soin, de l'utilité, et dans une certaine mesure de l'altruisme est présente. Ainsi, se voir obligé d'accomplir des démarches qui remettent en question la légitimité de sa présence est d'autant plus difficile à vivre. Un point important à souligner est que parmi les sujets exerçant en France, sept ont vécu une migration volontaire. Le sujet le plus âgé a été forcé de quitter son pays pour échapper à une situation le mettant en danger, toutefois trois autres sujets sont aujourd'hui dans l'impossibilité de repartir dans leur pays alors qu'ils avaient à l'origine émis ce souhait.

Nous voyons ainsi que la problématique de la discrimination semble être vécue par nos sujets au niveau institutionnel et pas au niveau des relations interindividuelles. Il s'agit ici d'un point commun intéressant entre les sujets participant au programme Mais Médicos et ceux ayant choisi d'exercer en France de leur propre initiative. Il semblerait que pour les sujets, aussi bien ceux exerçant au Brésil que ceux exerçant en France, le « système », le gouvernement, représente une instance discriminante et capable de conférer ou de retirer la reconnaissance et d'être responsable des difficultés vécues par les sujets. Ainsi, la privation de reconnaissance qu'ils ressentent se situe au niveau juridique et aussi social dans une certaine mesure, et pas au niveau individuel et au niveau des relations affectives. Ils la déplacent sur les institutions et évitent d'incriminer les individus. Si l'on reprend les

travaux de Bourhis et Bougie (1998) sur l'adéquation entre l'orientation d'acculturation des individus et celle de la société d'accueil, on comprend mieux quelle peut être la source des difficultés rencontrées par nos sujets. Nous avons vu en effet que ceux-ci ont entrepris une démarche migratoire que l'on peut qualifier d'individualiste dans une assez grande mesure. Ils correspondent en effet au profil des individus dont l'orientation d'acculturation est de type individualiste, c'est-à-dire qu'ils ont un niveau d'études élevé et migrent dans le but d'améliorer leur expérience professionnelle. Ils se retrouvent dans une société d'accueil dont l'orientation d'acculturation est soit plutôt assimilationniste (France), soit plutôt orientée vers la conservation des cultures d'origines et des identités culturelles (Brésil). Ceci peut avoir des conséquences relationnelles problématiques voire conflictuelles qui se traduisent dans ce rapport que les sujets semblent entretenir avec certaines institutions.

Ces éléments, ainsi que ceux mis en évidence plus haut nous amènent à conclure que l'hypothèse selon laquelle les médecins du programme Mais Médicos auront des processus identitaires plus proches des médecins diplômés hors de l'UE parce qu'ils sont soumis à une absence de reconnaissance de leur identité professionnelle similaire est partiellement validée. En effet, les médecins du programme Mais Médicos sont confrontés à une situation très différente de celle des médecins exerçant en France, cependant, ils y répondent par un processus similaire de refoulement cognitif. Il est lié pour les médecins exerçant en France à la discrimination qu'ils ne conceptualisent pas comme telle et pour les médecins cubains à la privation de liberté.

2.3. Place de l'apprentissage de la langue dans les processus identitaires

Nos données nous ont permis de mettre en évidence le fait que le changement culturel et l'adaptation à un nouveau contexte culturel, confrontant le sujet à la différence culturelle se pose également à travers l'apprentissage de la langue pour les sujets. A ce propos, nous avons remarqué deux éléments. Premièrement, les médecins exerçant en France et ayant répondu au questionnaire ont déclaré pour la majorité d'entre eux avoir choisi la France parce qu'ils connaissaient déjà le français, ce qui n'est pas le cas des médecins Cubains. Ainsi, nous voyons ici se dessiner deux problématiques différentes qui engendrent deux rapports à la langue mais aussi au pays d'accueil différents. En nous

appuyant sur les données démographiques que nous avons utilisées dans la première partie de ce travail, nous pouvons interpréter cette différence par le fait qu'une grande majorité des médecins diplômés à l'étranger et exerçant en France avaient fait leurs études dans des anciennes colonies françaises. Cependant, les entretiens réalisés en France nous ont montré que ce n'était pas le cas de tous les sujets maîtrisant la langue avant la migration, une d'entre eux avait appris le français parce qu'elle avait vécu en France dans son enfance et l'autre l'avait appris à l'école. Les autres ont suivi des cours de courte durée dans leur pays d'origine après avoir fait le choix de venir en France. En ce qui concerne les médecins cubains, il n'existe pas de relation de ce type avec la langue portugaise mais il existe une certaine proximité entre le portugais et l'espagnol qui facilite probablement le processus d'apprentissage.

De plus, nous avons remarqué également que presque la totalité de l'échantillon, au Brésil comme en France, maîtrisait une ou plusieurs langues étrangères, dont l'anglais faisait souvent partie. Ceci est probablement lié aux exigences actuelles en matière de formation et à une tendance générale à apprendre cette langue dans le contexte mondialisé dans lequel nous nous trouvons à l'heure actuelle. Toutefois, cela peut aussi nous renseigner sur certaines caractéristiques de nos sujets et sur la façon dont ils envisagent la trajectoire. Nous avons vu dans le cas des sujets exerçant en France une tendance à migrer rapidement à l'issue de leurs études, avec souvent le souhait d'approfondir leur formation, voire de préparer un doctorat en sciences en vue de poursuivre une carrière universitaire dans le pays d'origine, même si, comme nous l'avons vu dans la présentation des résultats, ce projet a souvent été contrarié. Ce dernier point est apparu autant dans les questionnaires que dans les entretiens. De plus, la profession médicale, en particulier en ce qui concerne la pratique en CHU⁵², est caractérisée par une évolution rapide des connaissances à travers la recherche. Cela signifie que les spécialistes exerçant en CHU, qui composent en majorité l'échantillon français, sont exposés à de nombreux travaux de recherche souvent rédigés en anglais. Bon nombre de revues médicales de pointe sont en effet publiées en anglais. De plus, eux-mêmes sont souvent amenés à avoir une activité de recherche au sein de leur équipe et à rédiger des articles scientifiques. Par conséquent, nous pouvons être amenés à penser que ces sujets avaient une ambition liée à une carrière universitaire et à des fonctions élevées dans leur profession, ce qui les a amenés à

⁵² Centres Hospitaliers Universitaires

entreprendre une trajectoire migratoire et à diriger leurs projets personnels et professionnels dans ce sens. C'est à dire que dans les différents positionnements de soi qu'ils imaginaient, cette question de la mobilité était présente. Nous avons vu d'ailleurs que certains sujets avaient eu plusieurs expériences de mobilité avant leur installation en France.

En ce qui concerne les sujets exerçant à Cuba, la question se pose d'une manière légèrement différente dans la mesure où il s'agit principalement de médecins généralistes amenés à intervenir dans des postes de santé pour des soins primaires, de la prévention et de la réorientation pour les cas plus graves. Toutefois, nous avons vu que plus des deux tiers avaient déjà eu une expérience préalable à l'étranger, il s'agit donc de médecins dont la mobilité professionnelle fait partie du projet de vie. N'ayant pas pu réaliser d'entretiens, nous n'avons pas pu approfondir cette question auprès des médecins participant au programme Mais Médicos. Il aurait été utile de savoir quelle était la nature de ces expériences précédentes, toutefois, suite aux éléments documentaires que nous avons pu mettre en évidence nous pouvons avancer l'hypothèse selon laquelle ces expériences correspondent à des participations à des programmes similaires à Mais Médicos et résultant d'accords entre Cuba et d'autres pays comme par exemple le Venezuela.

Deuxièmement, nous avons vu que les sujets exerçant en France faisaient référence à l'apprentissage de la langue dans les entretiens en référence à plusieurs éléments liés à leur positionnement identitaire. Cela pouvait être le cas concernant les relations familiales et notamment les langues parlées par leurs enfants, qui nous renseignent sur la façon dont ils envisagent la transmission culturelle en lien avec leur parcours migratoire. Cela concernait aussi la façon dont leur accent ou leur absence d'accent influence les rapports qu'ils ont avec leurs patients et leurs collègues. Nous avons pu voir que l'accent et l'apprentissage de la langue est une source de questionnement pour le pays d'accueil en ce qui concerne les médecins cubains participant au programme Mais Médicos. Il s'agit en effet d'une source d'inquiétude de la part du gouvernement brésilien qui a mis l'accent sur la maîtrise du portugais par les médecins cubains et leur capacité à comprendre et être compris par leurs patients dans les études réalisées sur le programme. Toutefois, comme nous l'avons vu dans le documentaire *Médecins sans résidence* (Bellange, 2009), et notamment dans l'extrait n°3 que nous avons proposé à nos sujets, il semblerait qu'un discours de ce type, porté sur la langue et les difficultés de compréhension soit une forme de discrimination dans la mesure où il met en avant de

manière exagérée leur origine étrangère en ne prenant pas en compte leur capacité d'adaptation. La différence linguistique est utilisée dans ce cas comme un prétexte pour appuyer l'existence prétendue d'un gouffre culturel insurmontable. Ainsi, même s'il est légitime de s'assurer d'une bonne communication entre le médecin et son patient, la remise en question de la capacité d'apprentissage de la langue montre l'existence de préjugés à l'encontre de ces professionnels.

Nous voyons donc que l'apprentissage de la langue est un indice de la façon dont les sujets se positionnent du point de vue identitaire et de la façon dont ils s'investissent dans le pays d'accueil, mais aussi de la façon dont ils sont perçus dans le pays d'accueil. Cela ne signifie pas pour autant que le niveau de langue du sujet témoignerait d'une « intégration réussie » ou d'une « intégration ratée » mais serait plutôt pour nous un indice des processus qui ont conduit le sujet à entrer dans la culture du pays d'accueil de manière dialogique, à travers les relations interpersonnelles, les contacts et le partage de significations. Nous avons vu en effet que la question de l'apprentissage de la langue occupe une place variable selon les sujets. Nous avons vu que pour le sujet 8 notamment, la langue, à travers l'accent et les éventuelles erreurs, la langue peut révéler l'origine et montrer l'existence d'une différence. Elle peut aussi être à l'origine de malentendus et d'incompréhensions qui vont orienter le parcours de sujets et les affects qu'il aura vis à vis de son expérience, mais aussi de stratégies d'approximations, de traduction, d'utilisation de mots proches, de recours à des périphrases, etc. Le langage et la communication langagière peuvent être un support de médiation dans l'adaptation du sujet, et stratégies qu'il met en place à travers la langue et le langage nous renseignent sur les stratégies qu'il met en place pour son adaptation. L'absence de stratégies et les difficultés de communication, d'expression et de compréhension que nous avons pu observer chez certains sujets nous renseignent également sur leur parcours et le rapport qu'ils entretiennent avec celui-ci. Nous avons vu notamment que l'apprentissage de la langue joue un rôle important pour l'estime de soi et donc pour l'identité à travers la dimension de la valorisation de soi. Dans tous les cas, le rapport à la langue du pays est mobilisé au cours du processus d'adaptation interculturelle du sujet, même si celui-ci connaissait déjà la langue du pays d'accueil, quel que soit son niveau de maîtrise.

2.4. Politiques et représentations de l'acculturation dans le pays d'accueil

Nous n'avions pas axé notre recherche et notre analyse sur ce point mais il nous semble pertinent de proposer une réflexion en ce qui concerne les politiques et les représentations liées à l'acculturation ainsi que les différences existant à ce propos entre la France et le Brésil. Nous avons pu remarquer en effet que cette question est centrale pour notre travail, elle fait suite à la question de la reconnaissance mais interroge la façon dont chaque société traite la question de l'altérité et de la migration. A travers les politiques liées à l'acculturation, nous avons en effet un aperçu des différences de représentations présentes en France et au Brésil concernant les phénomènes migratoires et l'intégration des individus migrants au sein de la société. Nous avons pu voir à travers les réponses aux questionnaires concernant les modifications des pratiques que les sujets vivant au Brésil et les sujets vivant en France n'ont pas eu le sentiment de devoir modifier leurs pratiques de la même manière. Nous avons vu en effet en comparant les modifications des pratiques déclarées par les sujets que les sujets exerçant au Brésil répondaient plus souvent ne pas avoir modifié leurs pratiques dans beaucoup de domaines et notamment dans tous les domaines relevant de la vie sociale. Les sujets exerçant en France déclaraient en revanche plus souvent qu'ils avaient modifié leurs pratiques en adaptant des pratiques françaises dans les domaines liés à la vie sociale. Concernant les aspects relevant de la vie privée, les deux groupes ont répondu de manière similaire, déclarant avoir conservé des pratiques de leur pays d'origine. Il nous semble que ces données peuvent faire référence à deux éléments. Premièrement, elles nous renseignent sur le fait que la France et le Brésil n'ont pas la même politique d'acculturation en ce qui concerne les sujets migrants. La France semble avoir adopté une politique plus proche d'une idéologie assimilationniste, comme nous l'avons évoqué précédemment et nous retrouvons cet aspect dans les réponses aux questionnaires. Au Brésil, l'idéologie dominante concernant l'adaptation culturelle des populations migrantes est plus proche d'une intégration puisque les populations migrantes au Brésil conservent une forte appartenance culturelle au pays d'origine de leurs ancêtres parfois sur plusieurs générations. Si nous mettons en perspective ces éléments avec les travaux de Théry (2009) à propos des phénomènes migratoires, ceci pourrait s'expliquer par le fait que les migrations au Brésil étaient des migrations de peuplement, qui ont pour conséquence que

l'appartenance commune au pays s'est construite par des apports de chacune des communautés.

Toutefois, du point de vue individuel, comme nous l'avons souligné dans le paragraphe précédent, les entretiens nous ont montré que les sujets exerçant en France avaient une orientation d'acculturation plus individualiste. Il s'agit d'un aspect que nous avons retrouvé dans les travaux de Bourhis et Bougie pour qui ce type d'orientation d'acculturation est caractéristique d'individus ayant un niveau d'éducation élevé et entreprenant une démarche migratoire en vue d'améliorer leur parcours professionnel. Dans le cas des sujets cubains, il nous semble que la politique de leur pays d'origine est plutôt orientée vers une conservation de la culture d'origine. En effet, nous avons que ceux-ci sont liés très fortement à leur pays d'origine, pour bon nombre d'entre eux, leurs proches sont restés là-bas et n'ont pas pu les rejoindre. Du point de vue individuel, il nous semble que cela pourrait se traduire par une conservation très forte des pratiques liées à la culture d'origine et par l'impossibilité d'investir de manière importante le pays d'accueil. Dans les deux cas, il n'y a pas de congruence entre la politique pays d'accueil et l'orientation d'acculturation de l'individu, ce qui peut être à l'origine d'un conflit. Cependant, les individus ne manifestent pas toujours une souffrance, celle-ci peut être refoulée, et de même la contradiction logique apparente dans le fonctionnement d'une société peut ne pas être conceptualisée, il s'agit d'un mécanisme visant à se défendre face à une situation pouvant être source de souffrance.

Chapitre 3 : Influence des aspects individuels liés à la trajectoire sur le projet migratoire et conséquences pour les processus identitaires.

Dans ce chapitre, nous mènerons une réflexion sur les facteurs individuels pouvant influencer le projet migratoire et les processus identitaires des sujets. Nous verrons ainsi que certains facteurs amènent des différences dans la formulation du projet migratoire et mettrons en lien ces différences avec les processus identitaires. Nous verrons également quelle est la place des relations familiales et affectives dans ces processus et de quelle manière ces relations orientent l'adaptation du sujet au pays d'accueil. Enfin, nous verrons quelle place occupe le genre dans ces processus et de quelle manière la dimension

du genre peut orienter différemment les processus identitaires des sujets du fait des différentes expériences qu'elle engendre.

3.1. Différences dans la formulation du projet migratoire

Le premier chapitre de cette partie était consacré à la façon dont les différents enjeux de reconnaissance orientent la trajectoire migratoire des sujets. Dans ce sous-chapitre, nous proposons de mener une réflexion sur les aspects individuels liés à la formulation du projet migratoire en fonction de différents facteurs individuels. Nous verrons notamment quelles sont les différences pouvant exister entre les médecins diplômés dans l'Union Européenne et ceux diplômés hors de l'Union Européenne et mettrons ces éléments en perspective avec les aspects historiques que nous avons mis en évidence dans la première partie de notre travail. Nous verrons notamment que certains aspects qui avaient été mis en évidence par Déplaud (2011) du point de vue historique et politique se sont avérés présents dans les réponses de nos sujets. Ces aspects liés au contexte socio-historique amènent des différences du point de vue individuel dans la formulation et l'évolution du projet migratoire au cours du temps.

Dans un premier temps, nous avons remarqué qu'il existait des différences dans la mise en place du projet migratoire des sujets diplômés dans l'Union Européenne et hors de l'Union Européenne et qui ne relèvent pas de la différence existant dans les modalités de reconnaissance des diplômes. En effet, contrairement à ce que nous attendions, les sujets n'avaient pas pris connaissance des conditions liées à l'exercice de la profession médicale avant leur arrivée en France. Comme nous l'avons montré précédemment, ils sont pour la plupart arrivés en France avec un projet de formation qui n'incluait pas à l'origine la question de l'installation définitive. Certains sont repartis dans leur pays d'origine puis revenus en France et d'autres ont modifié leur projet alors qu'ils étaient sur place en fonction de certains événements mais l'arrivée en France et la non-anticipation des exigences administratives est un point commun pour les deux groupes.

Cependant, malgré ce point commun, les questionnaires nous ont permis de voir que les médecins diplômés dans l'UE citaient des facteurs déclencheurs différents pour expliquer le fait qu'ils aient choisi de venir en France. Leur démarche était liée à une volonté de découverte d'un pays étranger et d'une culture différente alors que la démarche des médecins diplômés hors de l'UE était plus liée à un choix stratégique pour leur carrière. Nous avons retrouvé cet aspect dans certains entretiens. Un autre aspect que

nous avons retrouvé concerne le fait que les médecins diplômés dans l'UE ont montré une insatisfaction liée à leurs conditions de travail qui les a poussés à chercher une expérience plus favorable à l'étranger. Le fait de rencontrer des difficultés à trouver un emploi dans leur pays a aussi été cité par certains médecins diplômés dans l'UE, par contre, nous n'avons pas retrouvé cet aspect chez les médecins diplômés hors de l'UE qui étaient plus nombreux à envisager leur venue en France comme une mobilité, ils prévoyaient en effet de retourner dans leur pays d'origine pour accéder à des fonctions plus élevées après avoir complété leur formation en France. Ce type de configuration renvoie à ce que Déplaud (2011) avait décrit à propos des différentes formes historiques d'échange universitaires, qui correspondraient aux logiques de construction d'un projet de mobilité des médecins diplômés hors de l'UE. Bien que nous ayons constaté quelques différences individuelles liées à la formulation du projet à l'origine, comme par exemple dans le cas d'un de nos sujets qui a construit son projet en appui sur le projet de son conjoint et donc hors du cadre d'un échange universitaire mais toujours dans le but d'approfondir sa formation et d'améliorer sa carrière au moment de retourner dans son pays d'origine, nous remarquons que le projet des médecins diplômés hors de l'UE se construit souvent dans ce cadre d'échange universitaire provisoire. Déplaud (2011) avait en effet montré que cette tradition s'était construite à l'époque de la colonisation, puisque certains professeurs faisaient venir leurs étudiants en France, et qu'elle a perduré jusqu'à notre époque. Ce sont donc des médecins qui viennent en France pour se former, soit dans leur spécialité, soit dans le cadre d'une formation doctorale pouvant mener à l'enseignement universitaire. Ils avaient donc des attentes élevées concernant leur carrière, se percevaient comme compétents, étaient très valorisés par leur système – certains étaient les meilleurs de leur promotion – et ils avaient construit leur projet personnel selon ce cadre. Certains événements ont eu pour conséquence qu'ils ont choisi ou bien ont été dans l'obligation de rester en France, où ils ont été confrontés aux exigences administratives liées à la procédure d'autorisation d'exercice. Ceux qui ont réussi d'emblée n'ont pas vécu d'importante rupture dans leur parcours professionnel, ils ont pu s'appuyer sur celui-ci lorsqu'ils ont été confrontés à des événements source de souffrance. En revanche, ceux pour qui l'autorisation de plein exercice a été très longue à obtenir ont vu une reconfiguration du regard qui était porté sur eux et de la valorisation qui leur était accordée, ce qui a été une source de difficulté.

En ce qui concerne les médecins diplômés dans l'UE, la logique d'échange semble être plus liée aux accords entre états de manière générale du fait de la construction de l'Union Européenne, elle n'est liée en priorité à une tradition universitaire mais semble inscrite dans une logique faisant intervenir d'autres facteurs liés à une configuration sociale. Par exemple, certains étaient confrontés au chômage et sont venus en France pour trouver un poste. Toutefois, cette logique d'échange universitaire est présente mais de manière différente puisqu'elle s'inscrit souvent dans le cadre du programme Erasmus avec une durée limitée. Leur installation définitive en France fait ainsi parfois suite à un retour dans le pays où ils avaient vécu dans le cadre d'un échange universitaire mais leur décision d'installation et donc de migration ne découle pas directement d'un échange universitaire, elle fait suite à un retour. La construction de leur projet et l'exploration des alternatives possibles ne se fait pas de la même manière. De plus, nous n'avons pas orienté notre travail dans ce sens mais il aurait sans doute fallu interroger la place de la citoyenneté européenne dans la construction identitaire des individus afin de voir si ceux-ci cette appartenance avait une place importante dans leur identité, et à quel moment cette appartenance aurait commencé à prendre sa place dans leur identité. C'est-à-dire, que nous aurions pu chercher à voir si le fait d'entreprendre une migration dans le contexte européen favorise la construction d'un sentiment d'appartenance commune ou bien si ce sentiment d'appartenance précède et même favorise leur démarche migratoire⁵³.

Dans les deux cas, les questionnaires comme les entretiens nous ont montré que pour une grande partie des sujets (presque les trois quarts), la France et la culture française n'étaient pas étrangères et ils étaient familiers avec la langue, avaient des proches en France ou bien étaient déjà venus en voyage ou en échange universitaire. Nous avons vu dans les entretiens de Marianne et Adel, ainsi que dans les travaux de Déplaudé (2011) et les recherches démographiques sur la provenance des médecins à diplôme étranger exerçant en France, qu'une proportion importante de ces médecins étaient nés dans une ancienne colonie ou un ancien protectorat français. Ceux-ci ont une histoire spécifique avec la France qui, comme nous l'avons vu oriente leur adaptation du fait de la présence de la France dans leur vie depuis l'enfance. Pour d'autres, ce sont les accords entre pays ou bien avec l'Union Européenne qui modifient leur expérience, mais aussi les

⁵³ Ce point nous évoque les travaux de Bolzman (Bolzman & Vial, 2007) sur les travailleurs frontaliers. Il a en effet montré que certains travailleurs frontaliers développent des processus identitaires de ce type les amenant à se considérer comme européens avant tout. Ceux-ci mettent en avant une identité et une appartenance européenne avant leur appartenance nationale.

représentations qu'ils pouvaient avoir du contexte français avant leur arrivée. Nous avons vu notamment que pour quatre médecins, la tradition médicale française est associée à une excellence et une grande qualité de la formation. Nous pensions que les sujets choisissaient la France parce qu'ils avaient une représentation du pays du point de vue culturel, qu'ils avaient des attentes concernant la vie quotidienne, et les questionnaires nous ont apporté des éléments de ce type pour les médecins diplômés dans l'UE mais dans l'ensemble, leur démarche de migration est essentiellement basée sur des objectifs professionnels. C'est pour leur carrière qu'une expérience à l'étranger est perçue comme une source de bénéfice, le bénéfice personnel n'a pas été évoqué.

Pour les sujets exerçant au Brésil, la logique est différente puisqu'ils se situent dans un programme d'échange professionnel dont le but n'est pas l'amélioration de leur carrière mais une mission d'aide liée aux politiques de leur pays d'origine. Nous avons vu que pour beaucoup, le but visé est l'amélioration de leurs conditions financières. Dans les questionnaires, l'attrait pour le Brésil et sa culture est une raison qui est souvent revenue, ainsi que la volonté d'apprendre une nouvelle langue, ce qui se rapproche plus du projet des médecins formés dans l'Union Européenne. Il aurait fallu que nous puissions avoir connaissance de la façon dont ces médecins choisissent le pays dans lequel ils vont partir travailler. C'est-à-dire qu'il aurait fallu que nous puissions comprendre comment s'opère le choix de participer à ce type de programme et s'ils choisissent d'aller dans un pays en particulier, dans le cadre d'un programme spécifique ou s'ils choisissent de participer à un programme d'échange puis choisissent ensuite le pays de manière spécifique. En effet, il nous est difficile de savoir si le choix du Brésil est réellement lié à cet attrait pour la culture brésilienne et l'apprentissage d'une nouvelle langue ou s'il s'agit d'une réponse convenue. Nous avons pu voir que certains souhaitent rester au Brésil après la fin de leur mission, ce qui confère à leur parcours une logique similaire à celle des médecins diplômés hors de l'Union Européenne. Enfin, l'ensemble des données que nous avons présentées concernant les médecins cubains faisant partie du programme Mais Médicos nous amène à reconsidérer la façon dont nous avons qualifié leur parcours. Il est en effet plus proche d'une mobilité à durée limitée dans le temps que d'une migration. Ceci est susceptible d'influencer les processus identitaires des sujets dans la mesure où comme ils tendront à retourner vivre dans leur pays d'origine, l'expérience qu'ils vivent à l'étranger peut être vécue comme un moment délimité et provisoire, ce qui peut limiter ou en tous cas orienter leurs processus d'interculturalisation. Nous avons vu de plus dans les réponses

aux questionnaires que les trois quarts des médecins cubains ne fournissaient aucune réponse lorsque nous leur demandions s'ils envisageaient de repartir à Cuba à l'issue du programme alors que d'après les conditions du programme, ils seraient censés rentrer à l'issue de leur contrat. Ceci nous évoque une impossibilité d'inclure le retour au pays d'origine ou l'absence de retour dans leurs projets d'avenir. Il semble qu'il leur soit impossible de penser ce retour alors qu'une grande partie sont seuls au Brésil, leurs proches étant restés à Cuba.

Quoi qu'il en soit, nous voyons que la première hypothèse que nous avons formulée, selon laquelle les raisons d'entreprendre une migration des médecins diplômés à l'étranger seront liées à l'amélioration de leur carrière, qu'ils aient été diplômés dans l'Union Européenne ou hors de l'Union Européenne et qu'ils exercent en France ou au Brésil est validée. En effet, nous avons vu que la totalité de notre échantillon cité des raisons liées à l'amélioration de l'expérience professionnelle et de la carrière. Cependant, nous voyons que pour certains sujets, l'amélioration de leur carrière concernait l'exercice de leur profession dans leur pays d'origine alors que pour d'autres, l'amélioration de leur carrière était liée au fait d'exercer dans un autre pays, sans forcément retourner dans leur pays d'origine. Nous avons pu voir également qu'il ne s'agit pas du seul facteur déclencheur de la migration et que pour bien saisir toute la complexité de la formulation du projet des sujets, il est nécessaire de relier ce facteur à d'autres afin de comprendre la signification de l'amélioration de l'expérience professionnelle. Celle-ci est en effet liée, il nous semble, à un ensemble de raisons qui relèvent d'un projet plus large, et qui fait intervenir l'identité et le projet identitaire du sujet. Nous pouvons voir par exemple qu'améliorer sa carrière et souhaiter apprendre une nouvelle langue ne correspond pas au même type de positionnement identitaire que le fait de choisir un pays où la langue parlée est sa langue maternelle. De même, l'âge des sujets et le moment auquel ils entreprennent ce parcours n'a pas la même signification du point de vue des processus identitaires. En effet, un sujet qui arriverait dans un pays à la fin de sa formation serait dans un processus de consolidation de son identité professionnelle alors qu'un sujet qui aurait déjà des années d'expérience serait plutôt dans un processus d'accès à de la reconnaissance. Dans les deux cas, se retrouver en situation de formation peut être vécu comme un retour en arrière ou une impossibilité d'avancer et donc comme un empêchement, un obstacle de concrétisation du projet de vie. Il y a ici un risque important de déstabilisation de l'identité.

3.2. Processus en jeu dans les relations familiales et affectives du sujet migrant

Nous avons pu voir à travers notre travail que les relations familiales peuvent permettre à certains sujets de trouver une source de reconnaissance pouvant l'aider à compenser l'absence de reconnaissance de leur diplôme. Ainsi, certains sujets investissent davantage leurs relations familiales et s'appuient sur celles-ci comme source de reconnaissance. Ce processus se rapproche du modèle relationnel du retrait décrit par Sainsaulieu (1988) mais les sujets ne se détachent pas entièrement des relations professionnelles. Ils conservent un investissement dans celles-ci même s'il est parfois peu important. Par exemple, seuls deux sujets ont évoqué le fait d'avoir développé des relations amicales avec leurs collègues de travail. En revanche, ils ont été plus nombreux à avoir évoqué des relations affectives avec leurs supérieurs hiérarchiques, toutefois il ne s'agit pas de relations d'amitié mais plutôt de relations d'accompagnement et d'orientation. Nous avons pu voir également quelques éléments liés à l'éducation des enfants et à la transmission familiale, notamment à propos de l'apprentissage de la langue et que nous avons développé précédemment mais les sujets exerçant en France ont peu évoqué cette question dans les entretiens. En revanche six sujets sur les huit ont évoqué les liens qu'ils entretenaient avec leurs parents et avec d'autres proches restés dans le pays d'origine mais ici encore, ces questions étaient globalement peu présentes. En effet, à l'exception de Marta qui a longuement évoqué ses parents, nous ne retrouvons qu'une phrase ou deux à propos de la famille dans chacun des entretiens. Il se peut que la façon dont nous avons présenté notre thématique de recherche ait eu pour effet d'orienter leur discours sur les aspects professionnels de leur parcours. Nous avons tout de même pu mettre en évidence un ensemble d'éléments spécifiques du parcours de chacun. Ainsi, un des sujets a évoqué la question de la dette et le fait qu'il se sentait redevable envers ses parents restés dans son pays d'origine, alors que pour une autre, c'est la question de la culpabilité et l'impression qu'elle aurait pu aider ses parents en restant dans son pays qui est ressortie davantage. Pour d'autres, nous avons pu voir que la permanence des liens était présente et qu'ils ont conservé un lien de proximité avec leur famille, faisant des voyages réguliers pour leur rendre visite, alors que pour certains, la question de la rupture était beaucoup plus saillante. Ici, nous n'avons pas pu mettre en évidence de logiques communes si ce n'est que dans les questionnaires, les sujets diplômés hors de l'Union

Européenne ont été plus nombreux à évoquer la présence de proches ou de connaissance en France. Les entretiens nous ont tout de même permis de voir que pour certains sujets, la présence d'amis ou de connaissances originaires du même pays et déjà installés leur a permis de trouver une aide pour leur installation.

En ce qui concerne les sujets exerçant au Brésil, la question des relations familiales entre en compte d'une manière différente et il nous semble qu'elle peut avoir une influence très importante sur la manière dont les sujets vivent leur adaptation au contexte brésilien. Ceux-ci n'ont en effet pas la possibilité de faire venir leur famille avec eux, et même si certains médecins rencontrés par les journalistes dans les reportages que nous avons présentés ont enfreint cette règle, les réponses aux questionnaires nous ont montré que la majorité des médecins étaient seuls au Brésil, leur famille étant restée à Cuba. Les questionnaires nous ont montré qu'ils entretenaient avec leur famille des relations à distance, par e-mail et par téléphone et envoyaient de l'argent à leurs proches. Il nous semble que cette rupture forcée des liens familiaux peut rendre difficile l'adaptation des sujets qui ne peuvent pas s'appuyer sur le soutien affectif de leur famille et dont les projets liés aux relations familiales sont probablement orientés vers le retour et les retrouvailles ce qui rend difficile, il nous semble, l'investissement des relations dans le pays d'accueil.

3.3. Influence des questions de genre pour la trajectoire et l'identité des sujets

Dans la continuité des questions liées aux relations familiales, l'analyse des entretiens et dans une moindre mesure des questionnaires nous a permis de mettre en évidence un ensemble d'éléments liés au genre et faisant écho à cette thématique des relations familiales. Nous avons pu mettre en évidence deux ensembles différents d'éléments ayant un lien les uns avec les autres et qui constituent une porte d'entrée pour la question du genre en lien avec la trajectoire et le projet migratoire mais aussi avec la façon dont les processus identitaires des sujets entrent en relation.

Le premier élément concerne le projet migratoire des sujets masculins et des sujets féminins exerçant en France, celui-ci comporte en effet des différences liées au genre et parfois à la façon dont les rôles genrés sont envisagés. En effet, nous avons pu voir dans les questionnaires que cinq sujets féminins exerçant en France avaient déclaré avoir suivi

ou rejoint leur conjoint, deux des trois femmes ayant participé aux entretiens ont elles-aussi suivi leur conjoint. Ainsi, pour ces sujets, le projet migratoire, lié à l'origine à la volonté de préserver une relation affective, s'est par la suite modifié afin d'intégrer une volonté individuelle d'acquérir de l'expérience professionnelle et de développer sa carrière. Il s'agit d'un processus visant à rendre proactive la démarche migratoire mais aussi à s'approprier et à faire sien du point de vue individuel un projet lié à l'origine au conjoint. En effet, pour certaines, l'origine du projet migratoire était liée au fait que leur conjoint avait obtenu une mutation ou avait souhaité entreprendre cette démarche. Elles ont alors orienté leur trajectoire afin de la rendre compatible avec le parcours de leur conjoint, ce que nous n'avons pas rencontré chez les sujets masculins. Toutefois, il s'agit plus ici d'un élément de questionnement que de l'affirmation d'une « règle générale » puisque nous n'avons pas de données statistiques nous permettant de conclure à une différence en fonction du sexe. De plus, nous avons remarqué que seuls nos sujets féminins ont évoqué le fait de devoir concilier leur vie familiale, et en particulier leurs projets de maternité, avec leurs ambitions professionnelles. Nous voyons ici un élément qui a une influence sur l'identité de nos sujets et dont le poids semble être différent selon le sexe. Le fait d'avoir des enfants et le rapport à la parentalité a été abordé d'une manière très différente par les hommes et les femmes, ce qui signifie que la dimension professionnelle de leur identité et la dimension genrée de celle-ci n'entrent pas en dialogue de la même manière et le résultat de ce dialogue a une influence différente sur leur trajectoire migratoire. Pour les sujets féminins, cette question se pose dans la mesure où une grossesse signifie une coupure dans leur parcours professionnel, ce qui peut être rendu impossible par la précarité des différents statuts des médecins diplômés à l'étranger en France, en particulier lorsque ceux-ci occupent un poste de faisant fonction d'interne ou de praticien attaché. Il s'agit toutefois d'un débat existant par ailleurs, qui ne concerne pas uniquement les médecins, mais dans la mesure où nous avons pu déceler des éléments liés à cette question dans nos données, il nous semblait pertinent de mettre en évidence cet aspect qui vient ajouter une difficulté supplémentaire dans la construction d'un parcours déjà complexe. Les résultats ne permettent pas de se prononcer sur une différence liée au genre en fonction du pays d'origine, il semblerait que cette différence soit constante, mais il convient tout de même de garder à l'esprit que les différences entre hommes et femmes sont plus ou moins marquées dans certaines cultures, ce qui pourrait orienter le parcours migratoire des sujets féminins mais aussi masculins.

Les femmes exerçant au Brésil et celles exerçant en France ont des parcours différents en ce qui concerne cette question. Ainsi, le parcours des sujets participant au programme Mais Médicos est très différent de celui des sujets travaillant en France sur un nombre important d'aspects et la question du genre fait partie de ces aspects. En premier lieu, celles-ci sont beaucoup plus nombreuses à avoir pris part au programme que leurs collègues masculins. Ensuite, du fait de l'impossibilité de faire venir leur famille, elles ne sont pas dans une configuration où elles auraient suivi leur conjoint contrairement à ce que nous avons mis en évidence pour certaines femmes exerçant en France.

En revanche, la problématique du genre n'est pas apparue dans nos entretiens en ce qui concerne la façon dont les sujets sont perçus dans leur travail, c'est-à-dire du point de vue de la reconnaissance de leur statut professionnel. Nous n'avons pas noté de différence entre les hommes et les femmes dans le discours. Nous n'avons toutefois pas orienté notre recherche dans ce sens de manière spécifique. Il est apparu de manière globale que la problématique des inégalités se concentre pour nos sujets féminins comme masculins sur la question de la provenance de leur diplôme. Ce sont ses conséquences qui diffèrent en fonction du genre et notamment lorsqu'il est question d'avoir des enfants. En effet, pour un sujet féminin, cela signifie une rupture dans la trajectoire professionnelle, associée à un parcours déjà précaire pouvant amener le sujet à abandonner sa carrière. Nous avons rencontré ce cas de figure au cours d'un entretien exploratoire où le sujet avait choisi à son arrivée en France de ne pas entreprendre les démarches de reconnaissance de son diplôme pour se consacrer à sa famille.

Conclusion

Tout au long de ce travail de recherche, nous avons cherché à rendre compte des processus psychiques engendrés par la trajectoire migratoire de médecins ayant fait le choix d'exercer dans un pays différent de celui dans lequel ils ont été diplômés. Nous avons pour objectif d'explorer cette question du point de vue de l'identité afin de mettre en évidence les processus identitaires à l'œuvre dans une telle situation ainsi que les transformations intervenant dans ces processus au cours de la trajectoire de sujet. Nous avons mis en place cette recherche dans deux contextes culturels différents présentant deux approches différentes de notre problématique. Nous avons montré en effet que la France a une histoire déjà longue en ce qui concerne l'emploi de médecins diplômés à l'étranger, avec une progression régulière bien que constamment en augmentation du nombre de médecins concernés. Dans le cas du Brésil, et notamment dans le cadre du programme Mais Médicos, il s'agit d'un phénomène récent et de grande ampleur. De plus, en France, nous avons montré qu'il existait deux situations différentes, selon le lieu d'obtention du diplôme des médecins.

En nous appuyant sur un ensemble de travaux réalisés dans le domaine de l'identité, et notamment de l'identité professionnelle, mais aussi dans le domaine de la psychologie interculturelle, nous avons tenté de réaliser une synthèse des différents travaux existants. Nous avons appuyé notre réflexion sur le concept de dialogicité et avons proposé une réflexion à partir de ce concept et des théories de l'identité qui lui sont associées afin de montrer qu'il permet de réunir l'ensemble des dimensions présentes dans les théories de l'identité que nous avons présentées. Il s'agissait pour nous d'un concept fédérateur permettant de rendre compte de la complexité des phénomènes et processus liés à l'identité. Nous avons ainsi réfléchi à une approche permettant de prendre en compte la place de l'autre et des autres, mais aussi du contexte social et historique et de ses changements pour l'individu, dans une dimension prenant en compte l'ensemble de son existence. Notre objectif était de concilier stabilité et changement, cohérence et conflit. Il nous a semblé que cette approche dialogique était l'une des plus à même de rendre compte de cette complexité par sa portée épistémologique. Toutefois, nous avons vu lors de notre réflexion théorique que certains points semblaient plus saillants et prenaient plus de place dans la compréhension des processus que nous cherchions à étudier. Nous avons vu notamment que la reconnaissance, que l'on pourrait envisager

comme un processus dialogique, occupait une place privilégiée dans notre questionnement puisque la reconnaissance du diplôme constituait, dans le cadre spécifique des médecins formés à l'étranger, un élément charnière de leur trajectoire. Ce point réunissait les enjeux historiques, politiques, professionnels et individuels de notre problématique. En effet, la reconnaissance du diplôme n'était pas seulement une condition administrative, mais un élément dont l'histoire était marquée par une volonté de préservation de la profession médicale. Elle est associée aux événements historiques qui se sont produits au cours du temps et qui faisaient intervenir les relations politiques, économiques et culturelles entre les différents pays impliqués, qu'il s'agisse de la France et des pays de l'Union Européenne, mais aussi des anciennes colonies ou bien de Cuba et du Brésil avec les différentes histoires des deux pays. Nous avons vu en effet que le diplôme symbolise et conditionne fortement l'accès à la reconnaissance du statut de médecin, qui est un statut jouissant historiquement d'une forte valorisation sociale et donc un statut protégé. Nous avons vu qu'il n'est pas l'unique condition de reconnaissance de l'identité de médecin, mais il réunit un ensemble important d'aspects conduisant à la formation, à la préservation et à la reconnaissance de cette identité. Nous avons donc construit notre problématique autour de la portée que pouvait avoir la reconnaissance et la non-reconnaissance du diplôme dans les processus de transformation de l'identité personnelle et professionnelle intervenant chez ces médecins.

Dans la mesure où il s'agissait d'un sujet complexe et peu étudié, ce travail de recherche avait une visée principalement exploratoire. C'est-à-dire que bien que nous ayons formulé une question plus spécifique avec un intérêt pour un point particulier de la trajectoire des sujets, nous avons envisagé la possibilité que la mise en place de notre travail amène d'autres modalités de compréhension et soulève de nouvelles questions. Dans la première partie, nous avons réalisé une présentation des différents travaux démographiques menés à propos de notre objet de recherche. Nous avons pu voir qu'un nombre important d'éléments pouvaient permettre de comprendre le phénomène qui a fait l'objet de notre étude d'un point de vue psychologique étaient manquants. Nous disposions ainsi de peu d'éléments sociodémographiques qui nous permettraient de mettre en évidence des points communs entre ces médecins ou au contraire une grande hétérogénéité. C'est pourquoi nous avons conçu un questionnaire visant à nous fournir ces éléments. Toutefois, la passation d'un questionnaire ne nous permettait pas de mettre en évidence d'une manière suffisamment fine les différences existant dans les trajectoires

des sujets ainsi que les liens existant entre les différents événements, le sens que leur attribuent les sujets et les processus de transformation de l'identité qui en découlent. Dans la mesure où nous avons situé notre travail dans une perspective dialogique, nous avons proposé au sujet une méthode qui nous semblait à même de s'inscrire dans cette perspective. C'est pourquoi nous avons choisi le récit de vie, une approche biographique et narrative, afin d'organiser une rencontre avec les sujets participant à notre recherche. Nous avons en effet expliqué qu'il s'agissait d'une méthode permettant au sujet d'organiser selon une trame narrative les différents événements de son existence, mais aussi de laisser s'exprimer les différentes voix, les différentes positions de lui-même qui caractérisent son identité. Enfin, nous avons croisé ces deux méthodes avec une troisième méthode reposant sur la présentation d'extraits vidéo aux sujets afin de relancer la parole et de concentrer le discours des sujets sur d'autres aspects. Ce croisement de méthodes avait pour but de rendre compte de la complexité de notre objet d'étude et de nous permettre de saisir l'ensemble des aspects en jeu dans cette recherche.

Un empêchement survenu au cours de notre recherche du fait de l'absence d'obtention de l'autorisation de réaliser des entretiens auprès des médecins participant au programme Mais Médicos nous a amenée à revoir notre méthode afin d'inclure des éléments d'analyse de ce refus et d'arriver à une compréhension partielle de la situation de ces médecins. Nous souhaitions mettre en parallèle les expériences des sujets dans les deux contextes afin de voir en quoi l'expérience des sujets diffère lorsqu'ils sont insérés dans un programme gouvernemental à grande échelle et lorsqu'ils migrent de leur propre initiative de manière isolée. Nous avons pu voir par la suite que ces deux situations comportent en fait des différences et des similitudes qui rendent la comparaison beaucoup plus complexe, mais aussi beaucoup plus riche. Toutefois, l'absence de données issues d'entretiens a considérablement restreint nos possibilités d'analyse. Ainsi, nous avons concentré notre travail sur la constitution d'hypothèses interprétatives quant à l'impact psychologique d'une telle situation.

À l'issue de ce travail, nous avons pu montrer que les processus identitaires des médecins de notre échantillon sont liés pour une large part aux différents enjeux de reconnaissance qui caractérisent leur parcours et que ces enjeux de reconnaissance orientent et réactualisent leur parcours. En effet, nous avons montré que dans une perspective dialogique, les processus identitaires des sujets ne sont pas liés uniquement à ce qu'ils sont pour eux et pour les autres selon différentes dimensions susceptibles

d'évoluer au cours du temps. Ils comportent également une dimension imaginaire liée à ce qui aurait pu advenir, mais aussi à ce qui pourrait advenir. Ainsi, nous avons pu voir que le projet et la démarche migratoire des sujets inclut la dimension de ce que le sujet prévoit de devenir, du point de vue de l'identité. Or, dans la mesure où cela inclut le fait d'être médecin, c'est-à-dire d'occuper une fonction reconnue par le groupe social, ce projet est dépendant dans une certaine mesure de l'existence des conditions matérielles nécessaires à sa réalisation, c'est-à-dire qu'il est tributaire dans une large mesure de la reconnaissance du diplôme. Les différents événements pouvant survenir en rapport à cette question amènent des reconfigurations du parcours du sujet en vue de la conservation ou du rétablissement de cette identité, mais sont également à l'origine d'une souffrance dans certains cas. Nous avons montré que les sujets mettent en œuvre différentes modalités de préservation de leur identité, que certains cherchent d'autres sources de reconnaissance alors que d'autres mettent en place une lutte pour la reconnaissance.

Nous avons montré également que l'identité professionnelle occupe une place très importante dans les processus identitaires des sujets, à tel point que c'est à travers cette identité professionnelle que se négocie la différence culturelle. Cependant, nous avons pu mettre en évidence un paradoxe. En effet, alors que la différence culturelle se négocie à travers l'identité professionnelle et que celle-ci peut se trouver menacée à travers cette dimension, ce qui constitue potentiellement une source de discrimination, nous avons vu qu'un tabou entourait cette question. En effet, certains médecins ont évoqué des différences de traitement, d'attribution de tâches et de salaire liées à leur statut de « médecin étranger », certains ont mis en avant le fait qu'il existait une injustice, tous ont exprimé une souffrance du point de vue affectif, mais dans le même temps, paradoxalement, aucun n'a qualifié les caractéristiques de leur parcours de discrimination. De même, nous avons émis l'hypothèse de la présence d'un mécanisme similaire chez les médecins cubains concernant la privation de liberté. Ces éléments nous ont amenée à la conclusion qu'il existait chez ces sujets un mécanisme de refoulement culturel, dans le sens donné par Acioly-Régnier (2010), empêchant dans le cas des médecins exerçant en France de conceptualiser l'existence d'une discrimination les concernant. Dans le cas des médecins exerçant au Brésil, le refoulement cognitif a pour conséquence qu'ils ne conceptualisent pas le fait d'être privé de liberté.

Nous avons vu également que l'apprentissage et la maîtrise de la langue étaient des éléments qui occupaient une place non négligeable dans le parcours des sujets. Bien

plus qu'un outil de communication ou bien une conséquence logique du fait de s'installer dans un pays dont la langue diffère de celle de son pays d'origine, l'apprentissage de la langue est porteur d'un nombre important d'aspects liés à l'adaptation du sujet et à ses processus identitaires. L'apprentissage de la langue par le sujet et le rapport à la langue qu'entretient le sujet constitue un marqueur important de la différence, pour soi, mais aussi dans le regard de l'autre. La langue est aussi liée aux héritages culturels et historiques des différents pays en jeu dans la trajectoire du sujet, elle est aussi porteuse de représentations liées à la différence.

Enfin, nous avons pu mettre en évidence un ensemble d'éléments individuels qui viennent orienter la trajectoire des sujets selon différentes modalités et rendent unique l'expérience de chacun des sujets même si elle comporte des similitudes. Ce dernier aspect nous montre bien que notre problématique se situe à la croisée d'enjeux universels et généraux, d'enjeux individuels et d'enjeux environnementaux et historiques. Ces éléments recoupent des dimensions affectives, cognitives et culturelles (Acioly-Régnier, 2010) chez l'individu. Nous nous sommes efforcée au long de ce travail de les articuler et de les mettre en perspective selon une approche dialogique afin de rendre compte de la complexité de notre objet d'étude. À l'issue de ce travail, nous arrivons à la conclusion que les parcours de nos sujets présentent de nombreuses similitudes, liées notamment aux points communs des différents systèmes de santé et à l'organisation de la profession médicale. Nous avons vu en effet que ces médecins avaient des projets similaires ainsi que des processus identitaires proches, influencés pour une grande part par une identité professionnelle commune. Toutefois, nous avons vu qu'un nombre important de facteurs individuels, ou du moins liés à la trajectoire de chacun tels qu'un événement historique, la profession d'un parent, le décès d'un proche, l'obtention d'un poste dans une autre ville, etc. sont autant d'événements qui peuvent amener le sujet à reconfigurer totalement sa trajectoire et influencer son identité. Nous nous sommes efforcée tout au long de ce travail de montrer comment une trajectoire présentant de nombreuses similitudes du fait de facteurs culturels, sociaux et institutionnels est impactée par un ensemble d'aspects et d'événements individuels et comment ces deux dimensions se trouvent en constant dialogue et en constante évolution. Il nous semble ainsi que, derrière la question spécifique de notre objet de recherche, se pose la question plus générale de la capacité de changement et d'adaptation constante des processus identitaires, sans cesse réactualisés au regard d'échanges dialogiques nouveaux.

Bibliographie

Acioly-Régner, N. (2010). *Culture et cognition : Domaine de recherche, Champ conceptuel, Cadre d'intelligibilité et Objet d'étude fournissant des instruments pour conduire des analyses conceptuelles et méthodologiques en psychologie et en sciences de l'éducation*. (Note de synthèse en vue de l'obtention de l'habilitation à diriger des recherches non publiée). Louis Lumière Lyon 2.

Acioly-Regnier, N., & Baraud, M. (2012a). L'usage des TIC pour la construction des Bandes Dessinées dans des processus d'enseignement-apprentissage dans la perspective d'une médiation instrumentale élargie. In *Colloque international en sciences de l'éducation*. Montréal. Consulté à l'adresse <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00719946>

Acioly-Regnier, N., & Baraud, M. (2012b). Usage des TIC dans la recherche en psychologie pour la réalisation d'un récit de vie en bande dessinée: développement de compétences chez le chercheur. *Poiésis - Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação*, 5, p. 199–214.

Amin, A. (2013). Stratégies identitaires et stratégies d'acculturation : deux modèles complémentaires. *Alterstice - Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*, 2, 103–116.

Androkinof-Sanglade, A., & Franchi, V. (2001). Psychologie et contact de cultures. In M. Lahlou & G. Vinsonneau, *La Psychologie au regard des contacts de Cultures*. (p. 55-64). Limonest: L'interdisciplinaire.

Bakhtine, M. M. (1984). *Esthétique de la création verbale*. (A. Aucouturier & T. Todorov, Trad.) (Vol. 1–1). Paris, France: Gallimard.

Baraud, M. (2012, juin). *Adoption internationale et construction identitaire : gestion des injonctions identitaires et rapport au pays d'origine*. (Mémoire de Master 2 de psychologie non publié). Université Louis Lumière Lyon 2, Lyon : France.

Bendassolli, P. F. (2012). Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões

contemporâneas. *Psicologia em Estudo*, 17, 37–46.

Benveniste, E. (1966). De la subjectivité dans le langage. In *Problèmes de linguistique générale* (Vol. 1, p. 258–266). Paris: Gallimard.

Berry, J. W. (1999). Intercultural relations in plural societies. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 40, 12–21.

Berry, J. W. (2000). Acculturation et identité. In J. Costa-Lascoux, M.-A. Hily, & G. Vermes (éd.), *Pluralité des cultures et dynamiques identitaires: hommage à Carmel Camilleri* (p. 81–94). Paris: Harmattan.

Bertaux, D. (2005). *Récit de vie* (2e édition). Paris: A. Colin.

Blain, M.-J., Suárez-Herrera, J. C., & Fortin, S. (2012). L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale. *Anthropologie & Santé*.

Blin, J. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris: L'Harmattan.

Bolzmann, C., & Vial, M. (2007). *Migrants au quotidien: les frontaliers ; pratiques, représentations et identités collectives*. Zürich: SEISMO.

Bourdieu, P. (1986). L'illusion biographique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62, 69–72.

Bourhis, R. Y., & Bougie, V. (1998). Le modèle d'acculturation interactif : une étude exploratoire. *Revue québécoise de psychologie*, 19, 75–114.

Branco, A. U., & Valsiner, J. (1997). Changing Methodologies: A Co-constructivist Study of Goal Orientations in Social Interactions. *Psychology & Developing Societies*, 9, 35–64.

Bronckart, J.-P. (2002). La conscience comme « analyseur » des épistémologies de Vygotski et Piaget. In Y. Clot (éd.), *Avec Vygotski*. (2e éd. augm, p. 17–53). Paris: Dispute.

Bronckart, J.-P., & Bota, C. (2011). *Bakhtine démasqué: histoire d'un menteur, d'une*

escroquerie et d'un délire collectif. Genève, Suisse: Droz.

Brossard, M. (2012). Le développement comme transformation par appropriation de œuvres de la culture. In Y. Clot (éd.), *Vygotski maintenant*. Paris: La dispute.

Bruner, J. (2006). La culture, l'esprit, les récits. *Enfance*, 58, 118.

Bruner, J. (2010). *Pourquoi nous racontons-nous des histoires ? le récit, au fondement de la culture et de l'identité*. Paris: Retz.

Burrick, D. (2010). Une épistémologie du récit de vie. *Recherche qualitative*, 7, 36.

Camilleri, C. (1986). Identité et changements sociaux. Point de vue d'ensemble. In P. Tap (éd.), *Identités collectives et changements sociaux: colloque international, Toulouse, septembre 1979* (p. 331-344). Toulouse: Privat.

Camilleri, C. (1991). Culture. In R. Doron & F. Parot (éd.), *Dictionnaire de psychologie* (p. 176). Paris: Presses universitaires de France.

Campbell, R., Gregory, K. A., Patterson, D., & Bybee, D. (2012). Integrating qualitative and quantitative approaches: An example of mixed methods research. In L. Jason & D. Glenwick (éd.), *Methodological approaches to community-based research*. (p. 51-68). Washington: American Psychological Association.

Camilleri, C., Kastersztein, J., Lipiansky, E. M., Malewska-Peyre, H., Taboada-Leonetti, I., Vasquez, A. (1990). *Stratégies identitaires*. Paris: Presses universitaires de France.

Clanet, C. (1993). *L'interculturel: introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines* (2e éd. revue et augmentée). Toulouse: Presses universitaires du Mirail.

Clot, Y. (1989). L'autre illusion biographique. *Enquête. Archives de la revue Enquête*.

Clot, Y. (1998). *La fonction psychologique du travail*. Paris: PUF.

Clot, Y. (1999). *Clinique du travail et action sur soi Yves Clot*.

Clot, Y. (2005). L'autoconfrontation croisée en analyse du travail : l'apport de la théorie bakhtinienne du dialogue . In L. Filliettaz & J.-P. Bronckart (éd.), *L'analyse des actions et des discours en situation de travail: concepts, méthodes et applications* (p. 37-55).

Louvain-la-Neuve: Peeters.

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: PUF.

Clot, Y. (2010). *Le travail à coeur: pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: La Découverte.

Clot, Y. (2012). *Vygotski maintenant*. Paris: La dispute.

Clot, Y., Fajta, D., & Maggi, B. (2011). *Interpréter l'agir: un défi théorique*. Paris: Presses universitaires de France.

Cohen-Emerique, M. (2011). *Pour une approche interculturelle en travail social*. Rennes: Presses de l'EHESP.

Cottureau, V. (2010, juin 30). *Les parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE). L'exemple du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres* (Mémoire de Master 2). Université de Poitiers, Poitiers. Consulté à l'adresse <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00708099>

Dalkiliç, S., Meriç, M., & Trujillo-Gutierrez, P. (2008). *Évaluation au sein de l'Union européenne de la qualité des diplômés internationaux en médecine (DIM) venant de l'extérieur de l'UE* (No. F08-044 FR). Paris, France: Fédération Européenne des Médecins Salariés - Fédération des Praticiens de Santé.

Dasen, P. (2002). Psychologie interculturelle. D. Groux & S. Pérez (éd.), *Dictionnaire d'éducation comparée*. Paris: L'Harmattan.

Dejours, C. (1998). *Souffrance en France: la banalisation de l'injustice sociale*. Paris: Éd. du Seuil.

Delory-Momberger, C., Niewiadomski, C., Autès, M., Daunay, B., & Champy-Remoussenard, P. (2013). *La mise en récit de soi: place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales*. Villeneuve-d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion.

Denoux, P. (1995). L'identité interculturelle. *Bulletin de psychologie*, 46, 264–270.

Denoux, P. (2013). Le contact culturel dans les procédures de recherche. Propositions méthodologiques de psychologie interculturelle. *Les cahiers internationaux de*

psychologie sociale, Numéro 99-100, 365.

Descombes, V. (2013). *Les embarras de l'identité*. Paris, France: Gallimard.

Devereux, G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion.

Dubar, C. (1992). Formes identitaires et socialisation professionnelle. *Revue française de sociologie*, 33, 505–529.

Dubar, C. (1998). Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques. *Sociétés contemporaines*, 29, 73–85.

Dubar, C. (2010). *La socialisation construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: A. Colin.

Duboscq, J., & Clot, Y. (2010). L'autoconfrontation croisée comme instrument d'action au travers du dialogue : objets, adresses et gestes renouvelés. *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol 4, 2, 255.

Falcão, J. T. D. R., & Régnier, J.-C. (2000). Sobre os métodos quantitativos na pesquisa em ciências humanas: riscos e benefícios para o pesquisador. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 81, 229–243.

Ferry, G. (2005). Histoire de vie ou légende de soi? In J.-C. Filloux (éd.), *Analyse d'un récit de vie: l'histoire d'Annabelle* (p. 161–165). Paris, France: Presses universitaires de France.

Fillioux, J.-C. (Éd.). (2005). *Analyse d'un récit de vie: l'histoire d'Annabelle*. Paris, France: Presses universitaires de France.

Guerraoui, Z. (2009). De l'acculturation à l'interculturalité: réflexions épistémologiques. *L'Autre*, 10, 195–200.

Hatzfeld, C., Boidé, M., & Baumelou, A. (2009). 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*, 90–101.

Hermans, H. J. M. (1996). Voicing the self: From information processing to dialogical

interchange. *Psychological Bulletin*, 119, 31–50.

Hermans, H. J. M., & Dimaggio, G. (2007). Self, identity, and globalization in times of uncertainty : A dialogical analysis. *Review of general psychology*, 11, 31–61.

Hermans, H. J. M., Kempen, H. J. G., & Van Loon, R. J. P. (1992). The dialogical self beyond: Individualism and rationalism. *American Psychologist*, 47, 23–33.

Honneth, A. (2004a). La théorie de la reconnaissance: une esquisse. *Revue du MAUSS*, 23, 133.

Honneth, A. (2004b). Visibilité et invisibilité. Sur l'épistémologie de la « reconnaissance ». *Revue du MAUSS*, 23, 137.

Honneth, A. (2008). *La société du mépris*. Paris: La Découverte.

Honneth, A. (2013). *La lutte pour la reconnaissance*. (P. Rusch, Trad.). Paris: Gallimard.

Kastersztejn, J. (1990). Les Stratégies identitaires des acteurs sociaux : approche dynamique des finalités. In C. Camilleri, J. Kastersztejn, E. M. Lipiansky, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti, & A. Vasquez, *Stratégies identitaires* (p. 27–42). Paris: Presses universitaires de France.

Kaufmann, J.-C. (2004). *L'invention de soi: une théorie de l'identité*. Paris: Armand Colin.

Kohl De Oliveira, M., Rego, T. C., & Groppa Aquino, J. (2006). Desenvolvimento psicológico e constituição de subjetividades : ciclos de vida, narrativas autobiográficas e tensões da contemporaneidade. *Pro-posições*, 17, 119–138.

Kristeva, J. (1978). Le mot, le dialogue et le roman. In *Sēmeiōtikē: recherches pour une sémanalyse* (p. 82–112). Paris: Éd. du Seuil.

Lahlou, M. (2001). Psychologie et contact de cultures. In M. Lahlou & G. Vinsonneau, *La Psychologie au regard des contacts de Cultures*. (p. 15-26). Limonest: L'interdisciplinaire.

Lahlou, M. (2008). L'identité et la mémoire de l'étranger à l'épreuve des méthodologies. In C. Perregaux, P. Dasen, I. Leanza, & A. Gorga (éd.), *L'interculturalisation des savoirs*:

entre pratiques et théories. (p. 29-50). Paris: L'Harmattan.

Laplantine, F. (1993). *Anthropologie de la maladie* (Payot). Paris.

Laplantine, F. (2010). *Je, nous et les autres.* Paris: Éd. le Pommier.

Le Breton-Lerouillois, G. (2012). *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2012* (Atlas). Paris, France: Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Le Breton-Lerouillois, G. (2013). *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2013* (Atlas). Paris, France: Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Le Breton-Lerouillois, G. (2014a). *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2014* (Atlas). Paris, France: Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Le Breton-Lerouillois, G. (2014b). *Les flux migratoires et trajectoires des médecins. situation en 2014.* (Atlas). Paris, France: Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Legrand, M. (1993). *L'approche biographique: théorie, clinique.* Marseille: Hommes et Perspectives.

Lévi-Strauss, C. (2007). *L'identité: séminaire interdisciplinaire, 1974-1975* (5e édition). Paris: Presses universitaires de France.

Lhuilier, D. (2002). Travail. In J. Barus-Michel, E. Enriquez, & A. Lévy, *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 275). ERES.

Lhuilier, D. (2008). *Cliniques du travail.* Ramonville Saint-Agne: Erès.

Licata, L., & Heine, A. (2012). *Introduction à la psychologie interculturelle.* Bruxelles: de Boeck.

Lipianski, E. M. (2008). L'identité en psychologie. In M. Kaddouri (éd.), *La question identitaire dans le travail et la formation: contributions de la recherche, état des pratiques et étude bibliographique* (p. 35-50). Paris: L'Harmattan.

Malewska-Peyre, H. (1990). Les processus de dévalorisation de l'identité et les stratégies

identitaires. In C. Camilleri, J. Kastersztejn, E. M. Lipiansky, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti, & A. Vasquez, *Stratégies identitaires* (p. 111-142). Paris: Presses universitaires de France.

Marková, I. (2007). *Dialogicité et représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.

Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.

Martucelli, D. (2008). L'espace de l'identité. In M. Kaddouri (éd.), *La question identitaire dans le travail et la formation: contributions de la recherche, état des pratiques et étude bibliographique* (p. 25-31). Paris: L'Harmattan.

Mokoukolo, R., Fouquereau, E., Pasquier, D., & Dumond, G. (2012). Psychosocial variables related to the international professional mobility of Congolese and Moroccan executives. *South African Journal of Psychology*, 4, 543-552.

Mucchielli, A. (2011). *L'identité* (8e édition mise à jour). Paris: Presses universitaires de France.

Nogueira Maciente, A., A. Meyer M. Nascimento, P., & Rocha Soares de Assis, L. (2013). As ocupações de nível superior com maiores ganhos salariais entre 2009 e 2012, 55-68.

Nys, J.-F. (2010). Les nouveaux flux de migrations médicales The new medical migration flows. *Revue Internationale et Strategique*, 77, 24-35.

OCDE. (2010). *Les migrations internationales des personnels de santé*. OCDE.

Oliveira, F. P. de, Vanni, T., Pinto, H. A., Santos, J. T. R. dos, Figueiredo, A. M. de, Araújo, S. Q. de, ... Cyrino, E. G. (2015). Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*.

OMS. (2006). *Rapport sur la Santé dans le Monde 2006 : Travailler Ensemble pour la Santé*. Geneva ; Herndon: Organisation Mondiale de la Santé.

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377, 1778-1797.

Palmieri Witzler Antunes, M., & Branco, A. U. (2004). Cooperação, Competição e

Individualismo em uma Perspectiva Sócio-cultural Construtivista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 189-198.

Renault, E. (2007). Reconnaissance et travail. *Travailler*, n° 18, 119-135.

Ricoeur, P. (1991). *Soi-même comme un autre*. Paris : le Seuil.

Ricoeur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance: trois études*. Paris: Stock.

Ritz, M. (2012, septembre). *Reconnaissance et identité. Deux concepts critiques dans la philosophie d'Axel Honneth* (Mémoire de Master 2 de philosophie). Université Pierre Mendès France, Grenoble, France. Consulté à l'adresse <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00778482/document>

Sainsaulieu, R. (1988). *L'Identité au travail: les effets culturels de l'organisation*. Paris: Presses de sciences po.

Schaeffer, P. (2005). *Variations sur l'effet dialogique dans Under the Volcano de Malcolm Lowry* (Thèse de doctorat en anglais non publiée). Université Lumière Lyon 2, Lyon, France.

Scheffer, M., Cassenote, A., & Biancarelli, A. (2011). *Demografia Medica no Brasil. Volume 1. Dados gerais e descrições de desigualdades*. (p. 117). São Paulo, Brésil: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo et Conselho Federal de Medicina.

Scheffer, M., Cassenote, A., & Biancarelli, A. (2013). *Demografia Medica no Brasil. Volume 2. Cenários e indicadores de distribuição*. (p. 256). São Paulo, Brésil: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo et Conselho Federal de Medicina.

Sélosse, J.-L. (1991). Identité. In R. Doron & F. Parot (éd.), *Dictionnaire de psychologie*. Paris: Presses universitaires de France.

Taboada-Leonetti, I. (1990). Stratégies identitaires et minorités : le point de vue du sociologue. In C. Camilleri, J. Kastersztejn, E. M. Lipiansky, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti, & A. Vasquez, *Stratégies identitaires* (p. 43-84). Paris: Presses universitaires de France.

Tap, P., Roudès, R., & Antunes, S. (2013). La dynamique personnelle et les identités

professionnelles, en situation de changement. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 99-100, 385-407.

Temple, C., & Denoux, P. (2008). Construction d'un outil d'identification des stratégies identitaires en psychologie interculturelle. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, Numéro 79, 47.

Teyssier, J., & Denoux, P. (2013). Les réactions psychologiques transitoires : interculturation et personnalité interculturelle. *Bulletin de psychologie*, Numéro 525, 257.

Théry, H. (2009). Migrations internationales et populations étrangères en France et au Brésil. *Hommes et migrations*, 40-53.

Todorov, T., Bakhtine, M. M., & Cercle de Bakhtine. (1981). *Mikhaïl Bakhtine: le principe dialogique*. (G. Philippenko & M. Canto-Sperber, Trad.) (Vol. 1-1). Paris, France: Éd. du Seuil.

Troadec, B. (2006). La relation entre culture et développement cognitif : une introduction. *Enfance*, 58, 108.

Valsiner, J. (2005). Transformations and flexible forms. Where qualitative psychology begins. *Qualitative research in psychology*, 4, 39-57.

Valsiner, J. (2006). Developmental Epistemology and Implications for Methodology. In W. Damon & R. M. Lerner (éd.), *Handbook of child psychology* (6th ed, Vol. 1, Theoretical models of human development, p. 166-209). Hoboken, N.J: John Wiley & Sons.

Valsiner, J. (2014). Breaking the Arrows of Causality: The Idea of Catalysis in its Making. In K. R. Cabell & J. Valsiner (éd.), *The Catalyzing Mind* (p. 17-32). New York, NY: Springer New York.

Valsiner, J., & Han, G. (2008). Where is culture within the dialogical perspectives on the self. *international Journal for Dialogical science*, 3, 1-8.

Veresov, N. (2015). Duality of Categories or Dialectical Concepts? *Integrative Psychological and Behavioral Science*. doi:10.1007/s12124-015-9327-1

Vezeanu, I. (2004). Moi-même comme un autre. Identité personnelle et langage. In I.

Copoeru & N. Szabo (éd.), *Beyond Identity. Transformations of Identity in a (Post-) Modern World* (p. 104–124). Cluj: Editura Casa Cartii de Stiinta.

Victora, C. G., Barreto, M. L., do Carmo Leal, M., Monteiro, C. A., Schmidt, M. I., Paim, J., ... Barros, F. C. (2011). Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet*, 377, 2042–2053.

Vinsonneau, G. (2012). *Mondialisation et identité culturelle*. Bruxelles: De Boeck.

Voirol, O. (2008). Préface. In A. Honneth, *La société du mépris*. Paris: La Découverte.

Williams, C. C. (2006). The epistemology of cultural competence. *Families in Society*, 87, 209–220.

Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. Buckingham ; Philadelphia, PA: Open University Press.

Index des tableaux

Tableau 1 – type d'activité des médecins salariés à diplômes européens et extra-européens (Le Breton-Lerouvillois, 2012, p. 46).....	44
Tableau 2 — conséquences relationnelles potentielles de la combinaison des stratégies d'acculturation des immigrants et de la société d'accueil (Bourhis & Bougie, 1998, p. 88).....	133
Tableau 3 — Articulation des stratégies d'acculturation et des stratégies identitaires (Amin, 2013, p. 112).....	140
Tableau 4 - Item du questionnaire concernant les stratégies d'acculturation.....	172
Tableau 5 - Tableau Récapitulatif des articles de presses analysés.....	184
Tableau 6 - Description des sujets exerçant en France selon des variables sociodémographiques.....	187
Tableau 7 - Description des sujets exerçant au Brésil selon des variables sociodémographiques.....	190
Tableau 8 - Langues parlées par les sujets exerçant en France.....	215
Tableau 9 - Langues parlées par les sujets exerçant au Brésil.....	215
Tableau 10 - Personnages du récit du sujet 1.....	224
Tableau 11 - Espace culturel, géographique et linguistique du sujet 1.....	227
Tableau 12 - Personnages du récit du sujet 2.....	235
Tableau 13 - Espace culturel, géographique et linguistique de l'entretien du sujet 2.....	237
Tableau 14 - Personnages du récit du sujet 3.....	246
Tableau 15 - Espace culturel et géographique de l'entretien du sujet 3.....	248
Tableau 16 - Personnages du récit du sujet 4.....	253
Tableau 17 - Espace culturel, géographique et linguistique du sujet 4.....	256
Tableau 18 - Personnages du récit de vie du sujet 5.....	260
Tableau 19 - Espace culturel, géographique et linguistique de l'entretien du sujet 5.....	263
Tableau 20 - Personnages du récit du sujet 6.....	277
Tableau 21 - Espace culturel, linguistique et géographique de l'entretien du sujet 6.....	279
Tableau 22 - Personnages du récit du sujet 7.....	288
Tableau 23 - Espace culturel, géographique et linguistique de l'entretien du sujet 7.....	290
Tableau 24 - Personnages du récit du sujet 8.....	299
Tableau 25 - Espace culturel, linguistique et géographique du sujet 8.....	300
Tableau 26- Tableau récapitulatif des étapes liées à la reconnaissance dans la trajectoire des sujets exerçant en France.....	341
Tableau 27 - Tableau récapitulatif des enjeux de reconnaissance présents dans les différentes étapes du parcours des sujets exerçant en France.....	343

Index des figures

Figure 1 – Carte des densités départementales des médecins en activité régulière (CNOM, 2014, p.46)	30
Figure 2 - Évolution du <i>numerus clausus</i> de 1971 à 2015.....	31
Figure 3 - Provenance des médecins diplômés hors de France (Le Breton-Lerouillois, 2013, p.113)	42
Figure 4 – Répartition régionale en pourcentage du total des médecins et nombre de médecins pour 1000 habitants au Brésil d’après (Scheffer et al., 2013).....	48
Figure 5 — Quatre stratégies d’acculturation en rapport avec deux problématiques interculturelles (Berry, 2000, p. 83).....	131
Figure 6 - Raisons ayant motivé le départ du pays d'origine pour les sujets exerçant en France selon le lieu d’obtention du diplôme.....	195
Figure 7 – Raisons ayant motivé le départ du pays d'origine selon le pays d’exercice ...	198
Figure 8 - Raisons évoquées par les sujets pour entreprendre une migration en fonction du lieu du diplôme	200
Figure 9 - Raisons ayant motivé le choix de la France comme pays cible selon le lieu d’obtention du diplôme	201
Figure 10 – Raisons ayant motivé le choix du pays d’exercice en fonction du pays d’exercice	202
Figure 11 – Modifications des pratiques déclarées par les sujets exerçant en France	207
Figure 12 - Modifications des pratiques déclarées par les sujets exerçant au Brésil	208
Figure 13 - Ordre d’importance des variables comme facteur de prédiction dans l'analyse des pratiques.....	211

Index des auteurs

A

Acioly-Régnier, N. 65, 67, 101, 157,
177, 349, 370, 371
Almeida, C. 51
Amin, A. 138-140
Androkinof-Sanglade, A. 137
Autès, M. 100

B

Bahia, L. 51
Bakhtine, M. M. 77-80, 82, 90, 95, 96,
99, 100, 102, 105, 117, 164-167
Baraud, M. 1, 98, 145, 177, 349
Baumelou, A. 40
Bendassolli, P. F. 3, 121, 124, 126
Benveniste, E. 90
Bertaux, D. 175, 176
Biancarelli, A. 46
Blain, M.-J. 28
Blin, J. 114-116
Boidé, M. 40
Bolzmann, C. 359
Bota, C. 77
Bougie, V. 132-135, 138, 140, 310,
350, 356
Bourdieu, P. 162, 168, 174
Bourhis, R. Y. 132-135, 138, 140, 310,
350, 356
Branco, A. U. 70, 81, 163
Bronckart, J.-P. 77, 99
Brossard, M. 69, 70
Bruner, J. 96, 100, 102, 105, 159, 160-
163, 252, 261
Burrick, D. 161, 174

C

Camilleri, C. 67, 69, 76, 92, 128, 136,
137-140, 149, 348
Cassenote, A. 46
Cercle de Bakhtine 78
Champy-Remoussenard, P. 100
Clanet, C. 67, 69, 73-77, 146, 148
Clot, Y. 95, 117-119, 121-127, 165,
166-168, 175, 265

Cohen-Emerique, M. 72, 73, 91, 94,
144, 145, 150, 285
Cottureau, V. 36, 39, 45

D

Dalkiliç, S. 32
Dasen, P. 71, 138
Daunay, B. 100
Dejours, C. 125, 126
Delory-Momberger, C. 100, 159, 160,
161
Denoux, P. 73-76, 98, 128, 130, 145-
148, 162, 176
Descombes, V. 86
Devereux, G. 68, 151
Dimaggio, G. 96, 97
Dubar, C. 91, 92, 107, 113, 114
Duboscq, J. 165
Dumond, G. 129

F

Falcão, J. T. D. R. 3, 159
Fillioux, J.-C. 163-165
Fortin, S. 28
Fouquereau, E. 129
Franchi, V. 137

G

Groppa Aquino, J. 100
Guerraoui, Z. 73-77

H

Hatzfeld, C. 34, 40, 43
Heine, A. 123, 127, 133, 138
Hermans, H. J. M. 77, 80, 96, 97, 99,
100, 105
Honneth, A. 69, 119-123, 125, 127,
344

K

Kastersztein, J. 135
Kaufmann, J.-C. 85
Kempen, H. J. G. 96
Kohl De Oliveira, M. 100, 102, 164
Kristeva, J. 79, 105

L

Lahlou, M. 72, 73
Laplantine, F. 87, 153, 312
Le Breton-Lerouvillois, G. 23, 32, 42,
44, 50
Legrand, M. 163
Lévi-Strauss, C. 86, 310
Lhuilier, D. 92, 108, 109, 126
Licata, L. 123, 127, 133, 138
Lipianski, E. M. 92, 97, 121

M

Macinko, J. 51
Malewska-Peyre, H. 89, 125, 141, 142,
143, 144
Marková, I. 78, 81-84, 90, 95, 123
Markus, H. 99, 146
Martucelli, D. 93
Meriç, M. 32
Meyer M. 55
Mokoukolo, R. 129
Mucchielli, A. 88, 90, 92

N

Nascimento, P. 55
Niewiadowski, C. 100
Nogueira Maciente, A. 55
Nurius, P. 99, 146
Nys, J.-F. 26, 27

O

OCDE 23-27, 50, 170
Organisation Mondiale de la Santé 23-
28, 170

P

Paim, J. 51
Palmieri Witzler Antunes, M. 70
Pasquier, D. 129

R

Régnier, J.-C. 159
Rego, T. C. 89, 100, 161
Renault, E. 120, 123
Ritz, M. 123

S

Sainsaulieu, R. 107, 110-113, 126, 290,
362
Schaeffer, P. 79
Scheffer, M. 46-54
Sélosse, J.-L. 88

T

Taboada-Leonetti, I. 92-94, 134, 135
Tap, P. 90-94, 115-117
Temple, C. 162
Teyssier, J. 76, 98, 128, 130, 145, 147,
148
Théry, H. 59, 60, 355
Todorov, T. 78- 82, 90, 102
Travassos, C. 51
Troadec, B. 68, 76
Trujillo-Gutierrez, P. 32

V

Valsiner, J. 68-71, 73, 77, 80, 81, 97,
145, 149, 157, 158, 163
Van Loon, R. J. P. 96
Veresov, N. 66
Vezeanu, I. 65, 90, 105, 106
Vial, M. 359
Victoria, C. G. 52
Vinsonneau, G. 17
Voirol, O. 121, 122

W

Williams, C. C. 66
Willig, C. 65

Index des mots-clés

A

Acculturation 73, 74, 130, 132, 134, 139, 140, 172, 207, 209, 230, 248, 270, 299, 347, 350, 351, 355, 356
Activité professionnelle 5, 115, 234, 242, 246, 251, 264, 284, 290, 294, 301, 303
Assimilationniste 74, 133, 138, 319, 351, 355

C

Clinique de l'activité 117, 124, 165
Culture 69-78

D

Démographie médicale 23, 29, 32, 42, 46, 47
Déserts médicaux 46, 320
Pénurie 19, 24, 26, 27, 30, 31, 33, 48, 49, 54, 57, 60, 61, 197
Dialogicité 66, 77-81, 83, 94, 95, 96, 98, 105, 107, 110, 128, 134, 148, 149, 162, 164, 308, 367
Dialogical Self 7, 85, 91, 94, 96, 167
Identité Dialogique 5, 68, 80, 96, 97, 102, 105, 124, 128, 145, 146, 167, 345

E

Espace culturel 76, 176, 225, 226, 232, 236, 240, 254, 263, 271, 273
Estime de soi 121, 122, 129, 136, 137, 242, 252-257, 266, 291, 295, 300, 304, 312, 317, 343, 345, 354

F

Flux migratoires 23-29, 43, 53

G

Genre professionnel 117-119, 123, 124, 152, 159, 167, 219, 240, 241, 249, 296, 301, 304, 309, 312, 313

I

Identité 84-106,

Identité interculturelle 5, 20, 76, 128, 145, 146, 271
Identité Narrative 5, 85, 102, 103, 104, 105, 106, 148
Identité personnelle 5, 85, 88, 89, 90, 91, 93, 95, 103, 106, 107, 112, 115, 120, 154, 343, 368
Identité professionnelle 5, 17, 18, 19, 20, 40, 45, 62, 85, 87, 107, 108-119, 124, 153-155, 192, 231, 237, 238, 249, 256, 258-271, 285, 309, 340, 343, 347, 351, 361, 367, 370, 371

Interculturel 75, 76, 183, 347

Interculturel
transculturation 74

Intertextualité 79, 105, 164, 176, 244, 260, 271, 273

M

Méthodes de construction de données
Analyse documentaire 5, 169, 181, 194, 221, 322, 346
Extraits vidéo 5, 21, 169, 176, 177, 180, 221, 250, 261, 302, 320, 349, 350, 369
Questionnaire 5, 7, 21, 158, 159, 169, 170, 171-197, 203, 205, 215-221, 333, 348, 351, 368
Récit de vie 21, 101, 105, 159, 160, 161, 163-169, 213, 221-231, 240, 242, 243, 249-259, 264, 270, 272, 281, 283, 290, 292, 294, 298, 301, 302, 305, 334, 369

N

Non-reconnaissance 121-125, 135, 153, 178, 228, 264, 290, 368

P

Polyphonie 78, 151, 232, 307, 308, 344
Procédures d'Autorisation d'Exercice 37-46, 54, 58, 227, 244, 251, 256, 318, 327, 358

- Processus identitaires
 Cohérence de l'identité 89, 93, 97, 141, 147
 Identifications 78, 80, 85, 91, 92, 93, 99, 106, 111, 112, 148, 149, 164, 223, 224, 227, 228, 245, 246, 252, 253, 259, 260, 269, 270, 275, 276, 279, 283, 286, 290, 296, 297, 319, 320, 342
 Identisation 91, 92, 115, 164
 Menace identitaire 20, 95, 127
 Valorisation de l'identité 20, 142
 Programme Mais Médicos 18,-23, 47, 52-62, 155, 169, 170, 181-191, 194, 203, 204, 209, 216, 217, 220, 321-332, 342, 347, 350, 351, 353, 360, 365, 367, 369
 Projet migratoire 5, 20, 46, 130, 176, 224, 243, 257, 286, 293, 341, 356, 357, 363, 364
 migration proactive 176, 306
- R*
- Reconnaissance 119-127
 Reconnaissance forcée 75, 127, 144, 145, 293, 341
- Refoulement cognitif 101, 349, 351, 370
- S*
- Séparation Inclusive 70, 81, 150, 342
 Stratégies d'acculturation 130-133, 138-140, 172, 206, 207, 210
 Individualisme 140, 269, 310, 351, 356
 Individualisme 132
 Intégration 28, 66, 68, 75, 77, 98, 108, 120, 131-140, 146, 149, 172, 207, 306, 330, 354, 355
 Marginalisation 131, 132, 140, 172, 310
 Ségrégation 131, 136
 stratégies identitaires 76, 91, 113, 128, 130, 134-140
 Système de santé 26, 30, 47, 51, 170, 196, 198, 317
- T*
- Trajectoire migratoire 1, 5, 128, 154, 158, 161, 170, 181, 191, 243, 260, 268, 269, 290, 293, 294, 299, 352, 357, 364, 367