Protocole d'étude qualitative sur les discriminations dans le soin des populations migrantes chez les infirmiers

Anissa ZAIDI-AKKOUCHE(1),
Anissa KRACHE(2), Emily DARLINGTON(3)

(1) Doctorante en Sciences de l'éducation, Université Claude Bernard Lyon 1, ED EPIC, Laboratoire P2S (UR 4129), (2) Directrice de pôle – Association Entraide Pierre Valdo, (3) MCR/HDR Promotion à la santé Université Claude Bernard Lyon 1, Laboratoire P2S (UR 4129)

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.10085

Résumé : Les discriminations dans le soin envers les populations migrantes restent peu étudiées, en particulier du point de vue des professionnels de santé. Ces inégalités, souvent invisibilisées, peuvent être nourries par des représentations sociales implicites chez les soignants. Ce protocole présente une étude qualitative visant à explorer les représentations sociales des infirmiers concernant les patients migrants afin de mieux comprendre les mécanismes susceptibles d'entraîner des pratiques discriminatoires. L'enquête repose sur une méthode par entretiens directifs menés auprès d'infirmiers en exercice. La méthode d'auto-confrontation croisée et des dispositifs d'investigation de l'effet de masquage seront mobilisés pour accéder aux dimensions implicites du discours. Une analyse thématique inductive des données sera réalisée. En croisant le cadre des représentations sociales avec ces techniques, cette recherche ambitionne de faire émerger les logiques inconscientes à l'origine des discriminations dans le soin. Les résultats attendus devraient contribuer à mieux comprendre ces mécanismes et à promouvoir une formation adaptée des professionnels pour réduire les inégalités d'accès et de qualité des soins pour les populations migrantes.

Mots-clés : discrimination dans le soin, migration, représentations sociales, effet de masquage, auto confrontation croisée

Abstract: Discrimination in healthcare against migrant populations remains underexplored, particularly from the perspective of healthcare professionals. These inequalities, often rendered invisible, may be reinforced by implicit social representations among caregivers. This protocol outlines a qualitative study designed to explore nurses' social representations of migrant patients in order to better understand the mechanisms that may lead to discriminatory practices. The study relies on semi-structured interviews with practicing nurses. A cross self-confrontation method and investigative tools addressing masking effects will be employed to access the implicit dimensions of discourse. Data will be subjected to inductive thematic analysis. By combining the framework of social representations with these techniques, this research aims to uncover the unconscious logics underlying discrimination in healthcare. The expected results should provide deeper insights into these mechanisms and support the development of tailored training for healthcare professionals to reduce inequalities in both access to and quality of care for migrant populations.

Keywords: Healthcare discrimination; Migration; Social representations; Masking effect; Cross self-confrontation

1 Introduction

La santé des populations migrantes constitue aujourd'hui un enjeu majeur et complexe de santé publique en France, au croisement des problématiques sanitaires, sociales et politiques. Dès leur arrivée sur le territoire, certaines catégories spécifiques, notamment les personnes en situation d'exil, présentent fréquemment une santé altérée, du fait d'un cumul de facteurs préexistants ou liés aux conditions difficiles de leur parcours migratoire (Veisse *et al.*, 2017 ; Lazarus, 2019 ; Loumonvi, 2020 ; Einhorn *et al.*, 2018 ; André, 2019 ; Sivignon *et al.*, 2019). Ces populations vulnérables se heurtent à de nombreuses inégalités d'accès aux soins et à la prévention, qui se manifestent dès les premières étapes de leur intégration. Malgré la réaffirmation, par des instances telles que le Haut Conseil de la Santé Publique, du principe de solidarité et de la volonté politique de réduire ces inégalités, les barrières restent nombreuses et complexes. Ces disparités résultent de multiples facteurs, tels que les difficultés administratives, le recours à l'Aide Médicale d'État (AME) ou à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), la barrière linguistique et le statut socio-économique (Perret *et al.*, 2019 ; Vimpere *et al.*, 2020 ; Chareyron *et al.*, 2019). En outre, la littérature documente la présence de discriminations à l'accès aux soins, incluant des refus de soin discriminatoires envers les personnes migrantes (Cornut-Pauchet, 2018 ; Desprès & Lombrail, 2017, 2020 ; Virole, 2022 ; Mestre, 2022 ; Moro & Radjack, 2022 ; Hamila *et al.*, 2022 ; Gottvall *et al.*, 2022 ; Athanasa & Debelder, 2022 ; Vaccaro & Koob, 2019). Pourtant, la recherche sur ces discriminations reste encore trop peu développée, notamment à cause du faible nombre de témoignages, en particulier pour les discriminations ethno raciales en France (Cognet, 2017 ; Nong *et al.*, 2020 ; Trucco *et al.*, 2018 ; Bathoum, 2022). De plus, la preuve d'une discrimination dans le soin est souvent difficile à établir (Mestre, 2022), ce qui complique l'identification de ses déterminants et la mise en œuvre de stratégies d'intervention.

Historiquement, la profession infirmière s'est construite autour d'une mission de soin et d'assistance auprès des populations les plus vulnérables, inscrite dans une éthique du secours et de la solidarité. Dès le XIX^{e} siècle, sous l'impulsion de figures fondatrices comme Florence Nightingale, l'activité infirmière s'inscrit dans une logique de service et d'amélioration des conditions de santé des populations défavorisées (Baly, 1995). Cette orientation s'est progressivement institutionnalisée au cours du XX^{e} siècle avec la professionnalisation du métier, son intégration dans les systèmes de santé et la reconnaissance de compétences spécifiques dans l'accompagnement global des patients (Tronto, 2009). Les travaux issus des sciences infirmières et de l'éthique du care soulignent ainsi que la pratique infirmière repose sur des valeurs de bienveillance, d'attention à autrui et de justice dans l'accès aux soins (Gilligan, 1982 ; Tronto, 2009).

Toutefois, si l'identité professionnelle infirmière s'appuie sur ces valeurs d'équité et de solidarité, elle n'échappe pas aux dynamiques sociales et normatives qui traversent la société. Les professionnels peuvent ainsi être confrontés à des tensions entre les valeurs constitutives du métier, les contraintes organisationnelles et certaines représentations sociales. Dans ce contexte, l'existence possible de discriminations dans le soin peut apparaître comme paradoxale, voire en tension avec les principes fondateurs de la profession. Interroger les représentations sociales des populations migrantes chez les

infirmiers permet ainsi d'analyser comment ces valeurs professionnelles peuvent coexister avec certaines catégorisations sociales ou stéréotypes susceptibles d'influencer les pratiques de soin.

2 Cadre conceptuel

2.1 Représentations sociales

Pour mieux appréhender ces phénomènes complexes et souvent invisibles, ce travail s'appuie sur la théorie des représentations sociales. Ce concept offre un cadre d'analyse pertinent pour comprendre comment les constructions collectives, intégrant savoirs, croyances, images et valeurs partagées au sein d'un groupe social, participent aux discours et aux pratiques (Guimelli, 1999 ; Guimelli & Moliner, 2015 ; Lalli, 2005 ; Abric, 2003). Dans notre étude, elle permet de dépasser une lecture individuelle des comportements pour saisir les dynamiques sociales à l'œuvre dans la relation soignant/soigné, en particulier dans des contextes sensibles comme celui des discriminations aux populations migrantes. Malgré la montée en visibilité des enjeux migratoires dans le débat public, peu d'études ont spécifiquement exploré ces représentations à l'égard des populations migrantes dans le champ du soin. Pourtant, le contexte politique et social actuel fait de la migration une question socialement vive (Lange & Barthes, 2021).

De plus, il est utile de rappeler ce que la littérature montre concernant les représentations sociales des infirmiers vis-à-vis de leur pratique et des patients en général. Guimelli (1994) a notamment mis en évidence que les infirmiers construisent des représentations collectives centrées sur la dimension relationnelle et morale de leur métier, associant soins, attention à la personne, respect des règles professionnelles et engagement éthique. Ces représentations sont façonnées par la socialisation professionnelle, l'expérience clinique et les interactions avec les collègues et les patients, et elles contribuent à structurer les comportements et pratiques dans le soin. Des travaux plus récents confirment que, même en l'absence de populations vulnérables spécifiques, les infirmiers mobilisent des catégories sociales implicites pour organiser leur pratique (Leduc, 2015 ; Moliner, 2010). Ces études montrent que les représentations sociales des soignants intègrent à la fois des valeurs professionnelles (bienveillance, équité, responsabilité) et des perceptions liées aux caractéristiques des patients (âge, état de santé, profil socio-culturel), ce qui influence la manière dont les soins sont prodigués. Intégrer cette perspective générale permet de situer les résultats de notre étude dans un continuum : les représentations sociales observées face aux populations migrantes s'inscrivent dans un cadre plus large de structuration des pratiques professionnelles, mais peuvent présenter des spécificités liées à la stigmatisation, à la diversité culturelle et aux tensions institutionnelles.

2.2 Identité professionnelle infirmière

La question des discriminations dans le soin pose également celle de l'identité professionnelle des infirmiers. Celle-ci se construit progressivement à travers les processus de socialisation professionnelle, les normes du groupe professionnel et les expériences vécues dans les situations de soin. L'identité professionnelle renvoie ainsi à la manière

dont les infirmiers se définissent dans leur rôle, en intégrant à la fois les valeurs du métier, les attentes institutionnelles et les interactions avec les patients et les autres professionnels de santé. Dans ce cadre, les représentations sociales participent à cette construction identitaire en influençant la façon dont les soignants interprètent les situations de soins et ajustent leurs pratiques face à des publics diversifiés. L'identité professionnelle apparaît ainsi comme un processus dynamique, façonné par l'articulation entre valeurs du soin, expériences professionnelles et contextes d'exercice (Dubar, 2000 ; Cohen, 2010). Dans cette perspective, l'identité professionnelle infirmière constitue également un cadre d'interprétation et d'action qui oriente la manière dont les soignants se positionnent face aux patients et aux situations de soin. Comme le souligne Leduc (2015), elle s'élabore à partir de l'articulation entre les valeurs fondatrices de la profession, les normes institutionnelles et les expériences concrètes du travail soignant, contribuant ainsi à structurer les pratiques, les jugements professionnels et les modes d'engagement dans la relation de soin.

2.3 Effet de masquage

Dans l'étude des représentations sociales, le concept d'effet de masquage, développé dans la psychologie sociale (Abric, 2003 ; Guimelli, 1999), apparaît particulièrement pertinent. Il désigne un mécanisme par lequel les individus, sous la pression des normes sociales ou professionnelles, occultent volontairement certaines croyances, opinions ou sentiments qui pourraient être jugés socialement inacceptables ou stigmatisants. Ce processus de censure interne conduit à une expression partielle ou biaisée des représentations, rendant difficile l'accès à la connaissance directe des pensées réelles. Ainsi, l'effet de masquage constitue un levier pour dévoiler ces représentations sociales implicites, profondes et souvent inconscientes, qui influencent pourtant de manière significative les comportements et les décisions dans le soin (Fisher, 2010). En mobilisant ce concept, notre recherche vise à contourner les biais classiques de certaines enquêtes sur les représentations sociales, qui peuvent amener l'enquêteur à recueillir des discours socialement désirables, à travers une approche innovante.

Pour opérationnaliser l'exploration, nous nous basons sur des recherches qui ont permis la levée du phénomène de masquage et ont parfois révélé des représentations sociales questionnant les discriminations :

- La consigne de substitution : Une étude ancienne portant sur les représentations sociales des personnes gitanes a mis en évidence le phénomène de masquage. En consigne normale, les participants devaient citer des mots associés au terme « *gitan* » selon leur propre représentation. En consigne de substitution, il leur était demandé de donner les mots qu'ils pensaient associés au terme « *gitan* » dans l'esprit des français en général. En consigne normale, les adjectifs « *nomades* » et « *musiciens* », à connotation plutôt positive, dominaient. En revanche, en consigne de substitution, les mots les plus fréquents étaient « *voleur* » et « *sale* », révélant des représentations beaucoup plus stigmatisantes. Cela montre que lorsque les enquêtés s'expriment au nom d'un groupe de référence, la pression normative diminue et des opinions moins normées peuvent émerger (Guimelli & Deschamps, 2000). Cependant, cette méthode doit prendre en compte un point important nommé « phénomène de transparence ». Il est pos-

sible qu'un participant exprime une vision négative d'un sujet non pas parce qu'il y adhère personnellement, mais parce qu'il pense que la population de référence le fait. Dans ce cas, la réponse reflète une perception extérieure et non une facette réelle de sa propre représentation sociale (Flament *et al.*, 2006).

- Le croisement de la caractéristique de l'enquêteur et de la consigne de substitution : Une recherche exploratoire approfondissant le phénomène de masquage s'est intéressée aux représentations sociales de l'Islam en France (Flament *et al.*, 2006). Deux enquêtrices d'origine maghrébine se présentant comme « Yamina » et deux enquêtrices non-maghrébines se présentant comme « Céline » ont interrogé des participants sur leurs représentations de l'islam. L'étude a combiné la consigne de substitution avec l'origine perçue de l'enquêteur. Les hypothèses posaient que l'effet de masquage serait plus important face aux enquêtrices nommées Yamina et que la consigne de substitution accentuerait cet effet. Ces hypothèses ont été confirmées car en consigne standard, les représentations du terme « Islam » étaient plus positives, tandis qu'en consigne de substitution, elles devenaient plus négatives. Par ailleurs, cette approche a permis de contourner le phénomène de transparence car les représentations sociales exprimées variaient selon l'identité perçue de l'enquêtrice. C'est ainsi que des représentations positives de l'Islam étaient formulées face aux « Yamina », et des représentations négatives face aux « Céline ». Cela montre que la réponse n'est pas uniquement influencée par ce que l'enquêté pense que « les Français » croient, mais aussi par sa perception de l'identité de l'enquêteur :

  > *« Si les sujets savent ce que pensent les Français, ce "savoir" devrait être le même devant Yamina et Céline (et imaginer que les sujets savent ce que les Français répondraient à une Maghrébine revient à confondre cause et effet).* » (Flament *et al.*, 2006, p. 20)

- L'influence des pratiques du groupe de référence : Dans une autre approche, Abric (1994) analyse les représentations sociales de la justice auprès de deux groupes d'étudiants. Il mène une enquête auprès d'élèves en lettres et en droit. Le but de cette approche était de comprendre les représentations des enquêtés par la technique d'association libre (Abric, 1994, Guimelli, 1999, Flament *et al.*,2006…). Cette dernière consiste à recueillir les représentations sociales des enquêtés en leur proposant d'associer des termes qui leur viennent spontanément à l'esprit à la suite d'un mot stimulus : ici le terme « *justice* ». C'est ainsi que nous observons une vision universelle et abstraite chez les étudiants en lettre avec comme termes associés « *liberté* », « *équité* », « *morale* », tandis que les étudiants en droits présentent une vision plus institutionnelle avec comme termes associés « *tribunal* », « *sanction* », « *procédure* » (Abric, 1994). Cette recherche a mis en évidence le fait que les représentations sociales ne sont pas seulement des opinions ou des stéréotypes influencés par le groupe de référence, elles sont aussi construites et structurées par les formations et professionnalisations des personnes.

Dans ce contexte, il apparaît pertinent d'interroger les représentations sociales que les infirmiers ont vis-à-vis des populations migrantes, en tenant compte de la pression

normative qui peut affecter leur expression. Ce travail s'inscrit dans une perspective visant à rendre visible des représentations parfois implicites ou masquées, susceptibles d'influencer la relation de soin. Ainsi, dans l'objectif de contribuer à la recherche sur les discriminations à l'accès aux soins des populations migrantes, nous avons formulé la question de recherche suivante : « En quoi les représentations sociales des populations migrantes, telles qu'elles sont construites par les infirmiers, contribuent-elles à comprendre les mécanismes pouvant conduire à des pratiques discriminatoires dans le soin ? »

3 Objectifs de la recherche

L'objectif principal de cette recherche est de mieux comprendre la construction des pratiques discriminatoires dans le soin, à travers l'analyse des représentations sociales des infirmiers vis-à-vis des populations migrantes.

Pour cela, deux objectifs secondaires seront explorés :

- Analyser les représentations sociales des infirmiers vis à vis des populations migrantes, en mobilisant le concept d'effet de masquage.
- Décrire et comprendre les situations de discrimination dans les soins, en analysant les pratiques infirmières en s'inspirant de la méthode d'auto-confrontation croisée. Dans cette étude, cette approche vise à faire émerger les dynamiques implicites ou explicites qui sous-tendent les comportements discriminatoires, en lien avec les représentations sociales, les contextes organisationnels et les arbitrages cliniques.

4 Hypothèses de recherche

Deux hypothèses principales guident cette recherche :

- Les représentations sociales des infirmiers vis-à-vis des populations migrantes impliquées dans les pratiques discriminatoires en santé sont accessibles en révélant l'effet de masquage dans les discours des infirmiers. La révélation de cet effet de masquage, permise par la variation expérimentale du contexte d'enquête, constitue un levier pour accéder à des éléments de représentation qui ne sont pas spontanément exprimés mais qui influencent les pratiques professionnelles. Cette hypothèse s'appuie sur la conviction que certaines dimensions des représentations sociales (stéréotypes, jugements de valeurs…) participent à la construction de situations discriminatoires dans les soins.
- La compréhension fine des situations de discrimination dans les soins visant les personnes migrantes - notamment les facteurs à l'œuvre, dont les représentations sociales - peut être atteinte en s'inspirant de la technique de l'auto-confrontation croisée. Cette approche permet d'accéder non seulement aux discours des professionnels, mais également à l'analyse qu'ils font de leur propre activité en interaction avec un pair. Cette méthode favorise l'émergence de tensions, de contradictions, voire de conflits éthiques latents. Elle permet ainsi de mettre en lumière les logiques parfois implicites qui amènent à certaines décisions de soin,

y compris celles qui peuvent aboutir à des inégalités d'accès aux soins d'ordre discriminatoire.

5 Matériel et méthode

Le dispositif méthodologique a été construit afin de répondre directement aux objectifs de la recherche, en mobilisant différents outils complémentaires permettant d'explorer les représentations sociales et leur expression dans les situations professionnelles.

5.1 Matériel de recherche

5.1.1 Procédure de recueil et analyse des données

Le choix d'une étude qualitative a été privilégié, compte tenu du faible nombre de recherches sur les discriminations dans le soin (Cognet, 2017), permettant ainsi de comprendre et d'analyser en profondeur les pratiques discriminatoires. Il s'avère particulièrement pertinent pour explorer cette thématique complexe et sensible, où les dimensions sociales, culturelles et institutionnelles interagissent entre elles. En s'appuyant sur les travaux antérieurs (Abric, 1994 ; Flament *et al.*, 2006), il est essentiel que le chercheur adopte une posture aussi neutre que possible. Pour cette raison, le choix d'un entretien directif s'impose, afin de limiter les biais liés à la reformulation ou à l'interprétation des questions. Deux chercheurs étant impliqués dans la passation, une préparation en amont est prévue afin d'harmoniser leur posture et leur conduite de l'entretien. Leur rôle consistera à se présenter brièvement, à recueillir le consentement du participant, puis à dérouler le guide d'entretien sans intervenir, sauf pour clarifier une réponse si nécessaire.

5.1.2 Dispositif d'association libre et effet de masquage

Pour révéler les zones de masquage des représentations sociales, deux consignes seront utilisées : d'abord demander aux participants d'exprimer leur propre représentation sociale du terme « migrants » (consigne normale) à travers la question : « *Selon vous, quels sont les 4 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit pour décrire « les migrants » ?* ». Dans les techniques d'association libre, le nombre de mots descriptifs est situé entre 3 et 5 (Flament *et al.*,2006). Par la suite, la même consigne sera attribuée selon la représentation d'un groupe de référence (consigne de substitution) : « *Quels sont les 4 mots ou expressions qui décriraient « les migrants » selon la population française en général ?* ».

En outre, la caractérisation de l'enquêteur sera mobilisée dans cette étude car il est supposé que se présenter avec un prénom à consonance étrangère pourrait amplifier l'effet de masquage, diminuant ainsi l'expression libre des opinions. De ce fait, tout au long de nos entretiens, deux enquêtrices seront mobilisées : l'une avec un prénom à consonance étranger, l'autre avec un prénom à consonance français.

Par ailleurs, l'influence du groupe de référence sera prise en compte. Dans ce cadre, il est attendu qu'un effet de masquage apparaisse lorsque l'enquêteur se présente comme infirmier, en raison d'une pression normative plus forte face à une personne partageant des valeurs similaires. Ainsi, dans cette étude, l'enquêteur alternera entre se présenter

comme infirmier (proche des valeurs des participants) et comme étudiant (distant des valeurs infirmières), afin de placer les enquêtés dans des situations propices à la révélation de représentations sociales diverses. Les entretiens se dérouleront dans un bureau neutre afin de ne pas influencer la réponse des participants.

Enfin, l'origine des participants sera prise en compte, en s'appuyant sur l'effet d'ancrage qui influence les représentations sociales (Moliner *et al.*, 2002). On peut supposer qu'un soignant issu de l'immigration ou descendant de migrants exprimera des représentations plus favorables à l'égard des populations migrantes, comparativement à un soignant natif. Pour obtenir cette donnée, le chercheur demandera au participant son lieu de naissance en début d'entretien.

5.1.3 Situation fictive utilisée pour l'auto-confrontation

La méthode d'auto-confrontation croisée (Clot & Duboscq, 2010) sera utilisée pour analyser les pratiques discriminatoires sans se focaliser sur l'individu, mais sur l'activité professionnelle. Cette approche consiste à confronter les participants à l'enregistrement d'une situation de soin, afin qu'ils verbalisent et questionnent ses propres pratiques à partir d'exemples. Cette méthode permet de faire émerger des dimensions implicites ou inconscientes, telles que des tensions normatives, des dilemmes éthiques, ou encore des représentations sociales pouvant participer à la construction ou à la prévention de comportements discriminatoires (Theureau, 2010 ; Lévy, 2013 ; Dergham & Charles, 2020 ; Bathoum, 2022 ; Hamila *et al.*, 2022 ; Gottvall *et al.*, 2022 ; Athanasa & Debelder, 2022 ; Vaccaro & Koob, 2019 ; Mestre, 2022).

Une situation fictive de discrimination à l'égard des migrants vécue par l'une des auteures du présent article sera enregistrée sous format audio par les enquêtés avant les entretiens. Il s'agira d'un jeu de rôle entre deux infirmiers lors d'une relève hospitalière. La scène sera lue aux participants de la sorte :

« *Contexte : service de médecine générale, patient migrant d'origine nord-africaine.*

Infirmière 1 :

« Je trouve qu'il se plaint beaucoup… Il dit que sa douleur est très forte, mais je ne vois pas de signes visibles qui justifieraient une telle intensité. »

Infirmière 2 :

« Oui, mais tu sais, c'est peut-être juste le fameux "syndrome méditerranéen". Certains patients expriment la douleur plus fortement, il faut s'y habituer. »

5.2 Méthode de la recherche

5.2.1 Participants

La population étudiée sera constituée exclusivement d'infirmiers, considérés comme des acteurs clés dans le domaine des soins, en contact direct et fréquent avec les patients. Ce choix est justifié d'un point de vue pragmatique et scientifique. D'une part, les infirmiers représentent une catégorie professionnelle particulièrement investie dans la relation de soins, ce qui rend leur perception des phénomènes sociaux, tels que

les discriminations, particulièrement pertinente à analyser. D'autre part, d'un point de vue théorique, les travaux d'Abric (1994) soulignent que les représentations sociales des individus sont étroitement liées à leur groupe de référence, mais également à leurs parcours de formation et à leur processus de professionnalisation. En conséquence, se concentrer sur un groupe de professionnel spécifique comme celui des infirmiers apparaît plus pertinent dans cette étude car intégrer différents profils de professionnels de santé peut conduire à des résultats moins représentatifs. Plusieurs critères seront pris en compte dès le recrutement :

- Milieu d'exercice : Hospitalier, libéral, médico-social, centre de santé. Cette diversité de milieux d'exercice vise à explorer les représentations sociales dans différents contextes de pratique infirmière susceptible d'influencer la relation de soin avec les populations migrantes. Par ailleurs, ces milieux représentent les principaux secteurs d'activités de la profession infirmière selon le code de la santé publique (2004 ; 2006). Il s'agira d'analyser d'éventuelles variations des représentations sociales selon ces lieux d'exercices car nous savons que la formation et la professionnalisation influencent les représentations sociales (Abric, 1994).
- Lieu d'exercice : urbain ou rural. Une étude antérieure (Dreyfus, 2014) ayant montré une fréquence plus élevée de refus discriminatoires en milieu urbain chez les médecins libéraux, cette variable sera également explorée chez les infirmiers.

Même si le nombre de participants sera défini par saturation des données, c'est-à-dire lorsque les entretiens n'apporteront plus d'informations nouvelles, nous prévoyons à minima entre 20 et 30 entretiens. Le but étant qu'au minimum, 5 entretiens soient réalisés pour les 4 variables d'étude de l'effet de masquage :

- Chercheur présenté comme infirmier et prénom à consonance étrangère,
- Chercheur présenté comme infirmier et prénom à consonance français,
- Chercheur présenté comme étudiant et prénom à consonnance étrangère,
- Chercheur présenté comme étudiant et prénom à consonance français.

Pour être inclus, les participants devront être majeurs, exercer la profession d'infirmier en milieu hospitalier, libéral, médico-social, centre de santé, et accepter de participer à l'étude. Les autres professionnels de santé seront exclus. Par ailleurs, si un participant identifie les outils méthodologiques utilisés lors des mises en situation, ses réponses seront considérées comme biaisées, entraînant la fin de son entretien et l'exclusion de ses données.

5.2.2 Recrutement

Le recrutement se fera principalement par la méthode de la « boule de neige », en mobilisant dans un premier temps nos contacts professionnels. Une communication via les réseaux sociaux et le laboratoire scientifique pourra également faciliter la recherche de participants. Une fiche d'information détaillant les objectifs de l'étude sera remise à chaque participant, qui donnera son consentement écrit. Aucun dédommagement ne sera prévu pour les participants. Les entretiens, d'une durée moyenne de

vingt minutes, seront réalisés en présentiel, dans un bureau clos afin de garantir la confidentialité des échanges. Ils seront localisés dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, proche d'un lieu choisi par le participant. Le choix de cette région repose principalement sur l'accessibilité du terrain pour les chercheurs et permet d'inclure des contextes socio-territoriaux variés, comprenant à la fois des territoires urbains et ruraux.

5.2.3 Déroulement des entretiens

Pour répondre à notre question de recherche, une démarche qualitative a été construite autour d'une méthodologie articulant deux volets complémentaires, visant à accéder à des représentations sociales parfois implicites ou dissimulées. Cette approche s'inscrit dans une double ambition : d'une part, révéler l'effet de masquage dans les discours des infirmiers, d'autre part, analyser les dynamiques de discrimination en situation de soin.

Le premier volet mobilise l'analyse des représentations sociales, par la méthode d'association libre et combinée à l'effet de masquage. À travers ces dispositifs, il s'agit d'accéder à des représentations sociales latentes, qui ne sont pas toujours exprimées spontanément, mais qui peuvent pourtant orienter les pratiques professionnelles.

Le second volet repose sur une approche issue de la clinique de l'activité, en mobilisant la technique de l'auto-confrontation croisée (Clot & Duboscq, 2010). Le chercheur imagine une situation fictive de discrimination dans le soin ayant lieu lors d'une relève hospitalière entre deux infirmiers et l'enregistre sous format audio. Lors de l'entretien, il la présente au participant à l'étude afin que ce dernier l'analyse et questionne sa propre pratique professionnelle. Cette technique permettra d'explorer les mécanismes qui peuvent conduire à des attitudes ou pratiques discriminatoires, souvent non perçues comme telles par les professionnels eux-mêmes et de se questionner sur sa propre pratique.

En combinant ces deux méthodologies, cette recherche souhaite adopter une posture compréhensive, attentive à la complexité des situations de soin et à la manière dont les professionnels composent avec des attitudes parfois contradictoires. Cette méthodologie ambitionne de dépasser les discours habituels ou normés pour accéder aux représentations implicites des professionnels dans la relation de soin avec les publics migrants.

5.3 Analyse des données

Les entretiens, structurés à partir d'une grille directive standardisée au format papier, seront enregistrés puis intégralement retranscrits. L'analyse des données sera réalisée à l'aide du logiciel Nvivo, selon une démarche d'analyse par contenu thématique inductive. Cette approche permettra de faire émerger des catégories en lien avec les représentations sociales et les mécanismes potentiels de discrimination dans le soin.

Les données seront ensuite croisées et comparées selon plusieurs variables méthodologiques :

- La consigne normale versus la consigne de substitution
- La caractéristique de l'enquêteur

- L'influence du groupe de référence de l'enquêteur
- L'effet d'ancrage
- Le milieu d'exercice :
- Le lieu d'activité professionnel

Les variables mentionnées dans le protocole (milieu d'exercice, lieu d'activité, origine des participants) ne sont pas mobilisées dans une logique de comparaison statistique entre groupes, mais permettent de contextualiser qualitativement les discours recueillis.

5.4 Considérations éthiques

La collecte des données débutera après l'obtention de l'accord du comité d'éthique de Lyon, dont le dossier a été soumis pour la session d'octobre 2025. Une fois l'autorisation obtenue, les entretiens seront réalisés sur une période de deux mois.

Le consentement éclairé sera systématiquement recueilli avant chaque entretien, incluant l'accord pour l'enregistrement et le traitement des données. Ces dernières seront anonymisées afin de garantir la confidentialité des participants et archivées au sein de l'unité de recherche de notre laboratoire scientifique.

Par ailleurs, il convient de préciser qu'aucun conflit d'intérêt n'est à signaler dans le cadre de cette étude.

6 Résultats attendus

Cette étude vise à explorer les représentations sociales que les infirmiers construisent à propos des populations migrantes, et à analyser comment ces représentations peuvent participer à la construction de situations discriminatoires dans le soin. L'approche méthodologique mobilisée, combinant des techniques issues de la psychologie sociale (effet de masquage, caractérisation de l'enquêteur, consignes de substitution) et de la clinique de l'activité (auto-confrontation croisée), devrait permettre de dépasser les discours socialement attendus souvent observés dans les enquêtes classiques.

Le résultat principal attendu est l'analyse de la construction de situations de discrimination dans le soin, à partir des techniques d'effet de masquage et d'auto-confrontation.

Les résultats secondaires attendus sont les suivants :

- Identification des représentations sociales différenciées des populations migrantes selon le milieu (hospitalier, libéral, médico-social, centre de santé) et le territoire d'exercice (rural ou urbain) ;
- Mise en évidence de l'existence d'un effet de masquage, c'est-à-dire un changement des discours en fonction du contexte d'entretien, du rôle attribué à l'enquêteur (infirmier ou non) et de son identité perçue (prénom à consonance étrangère ou non) ;
- Repère des tensions professionnelles et éthiques vécues par les infirmiers (normes professionnelles, pressions institutionnelles, valeurs personnelles…)

Sur le plan théorique, ce travail pourrait contribuer à enrichir la compréhension du rôle des représentations sociales dans les discriminations dans le soin, en particulier lorsqu'elles ne sont pas exprimées de manière explicite mais agissent en arrière-plan des pratiques.

De plus, il sera pertinent de discuter les résultats obtenus à la lumière des travaux précédents sur les représentations sociales des infirmiers, notamment les recherches de thèse de Sacha Leduc (2015). Ces études suggèrent que, au-delà des représentations sociales proprement dites, d'autres facteurs organisationnels et professionnels peuvent influencer la manière dont les infirmiers interagissent avec les patients et perçoivent certaines situations : perte de sens au travail, manque de reconnaissance, conditions salariales ou charge de travail importante. Intégrer cette perspective permettra de replacer les représentations sociales dans un cadre plus large, où les tensions professionnelles, les contraintes institutionnelles et les expériences personnelles contribuent également à la dynamique des pratiques discriminatoires.

Enfin, sur le plan professionnel, cette recherche ambitionne de mettre en lumière certains angles morts de la relation soignant/soigné, en particulier dans des contextes de diversité culturelle ou de vulnérabilité sociale, et ainsi de favoriser une meilleure compréhension des logiques qui sous-tendent les inégalités d'accès aux soins.

7 Intérêts et limites du protocole de recherche

Ce protocole se caractérise par une approche méthodologique originale, articulant plusieurs dimensions complémentaires. Il repose d'une part sur une posture analytique et réflexive vis-à-vis de la pratique professionnelle infirmière, notamment à travers le recours à l'auto-confrontation croisée, qui permet un retour critique du professionnel sur ses propres discours et positionnements. D'autre part, il accorde une attention particulière à la pression normative susceptible de peser sur les interactions enquêté-enquêteur, à travers les mises en situations visant à faire émerger l'effet de masquage. Enfin, l'ensemble de la démarche s'inscrit dans un ancrage théorique solide, fondé sur le champ des représentations sociales, permettant d'explorer la manière dont les infirmiers donnent sens aux situations de discrimination dans leur pratique quotidienne. L'objectif est de rendre visible ce qui, dans les pratiques ordinaires de soin, peut relever de logiques implicites ou inconscientes, et ainsi d'interroger ce qui échappe souvent à la verbalisation directe.

Cependant, plusieurs limites méthodologiques doivent être prises en considération. Le choix d'un recrutement par effet boule de neige, bien que pertinent pour atteindre un terrain difficilement accessible, peut entraîner un biais de sélection en constituant un échantillon peu représentatif de la diversité réelle des pratiques infirmières. Par ailleurs, le nombre restreint de participants, lié à une méthode qualitative fondée sur les entretiens directifs et sur la recherche de la saturation des données, constitue un frein à toute généralisation statistique des résultats. En outre, l'utilisation de l'effet de masquage n'élimine pas complètement les biais d'autoprésentation ou d'interprétation propres des participants et enquêteurs. Enfin, la mise en scène d'une situation de discrimination comme support des auto-confrontations croisées exigera une construc-

tion rigoureuse et crédible, afin d'assurer sa pertinence et sa validité dans le cadre de notre recherche.

8 Perspectives

Les retombées attendues de cette recherche sont multiples. Sur le plan pratique, les résultats pourraient :

- Aider les dispositifs de formation initiale et continue des infirmiers en abordant les représentations sociales, les dilemmes professionnels et les biais dans la relation de soin ;
- Contribuer à une sensibilisation aux discriminations dans le champ du soin, souvent peu visibles mais ayant des effets concrets sur la qualité de la prise en charge des personnes ;
- Participer à la construction de recommandations éthiques et professionnelles, en particulier pour les soignants intervenant auprès de publics en situation de précarité ou issus de l'immigration.

Par ailleurs, ce protocole pourrait constituer une base pour de futures recherches sur les représentations sociales dans le champ de la santé, en élargissant la réflexion à d'autres catégories de professionnels (médecins, aides-soignants, travailleurs sociaux) ou à d'autres secteurs (éducation thérapeutique, santé mentale …).

Enfin, il sera intéressant de replacer les représentations sociales dans une perspective plus large, qui prend en compte à la fois les stéréotypes, les déterminants de santé et les conditions professionnelles. Les travaux de Leduc (2015) et Moliner & Guimelli (2015) suggèrent que les représentations sociales s'articulent avec la charge de travail, le manque de reconnaissance et les contraintes institutionnelles, pouvant affecter la posture des soignants et la qualité du soin. Intégrer ces dimensions dans la formation permet de sensibiliser les infirmiers à une approche holistique, centrée sur le patient et ses besoins, tout en prenant en compte les facteurs organisationnels et sociaux qui peuvent influencer les pratiques et générer des tensions éthiques ou des situations discriminatoires.

9 Conclusion

Dans un contexte où les inégalités sociales de santé demeurent une préoccupation majeure en France, interroger les discriminations dans le soin à travers le prisme des représentations sociales constitue un enjeu éthique, professionnel et scientifique. En s'intéressant à la manière dont les infirmiers perçoivent les personnes étrangères et interprètent les situations de discrimination, cette recherche vise à mettre en lumière les mécanismes souvent implicites qui peuvent orienter, parfois à leur insu, leurs pratiques. Ce protocole propose une approche originale, articulant psychologie sociale et activité clinique, afin d'ouvrir un espace d'analyse et de réflexion sur les dimensions invisibles ou informelles des soins. Les connaissances produites pourront contribuer à enrichir les pratiques professionnelles, les dispositifs de formation, ainsi que les politiques de lutte contre les discriminations dans le domaine de la santé.

Références bibliographiques

Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations* (Presses universitaires de France).

Abric, J.-C. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Eres.

André, J.-M. (2019). *La santé des migrants en question(s)*. Presses de l'EHESP. https://doi.org/10.3917/ehesp.andre.2019.01

Athanasa, E., & Debelder, J. (2022). *Les personnes LGBTQ+ en demande d'asile*. 17, 10.

Baly, M. (1995). *Nursing and social change*. Routledge.

Bathoum, R. (2022). Les dégâts des discriminations ethno raciales sur la santé. Enquête qualitative. Espace Sémaphore. https://hal.science/hal-04066660

Chareyron, S., L'Horty, Y., & Petit, P. (2019). *Les refus de soins discriminatoires : Tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales*. https://hal.science/hal-02441086

Clot, Y., & Duboscq, J. (2010). L'autoconfrontation croisée comme instrument d'action au travers du dialogue : Objets, adresses et gestes renouvelés. *Revue d'anthropologie Des Connaissances*, *4*(2). https://doi.org/10.3917/rac.010.0255

Cognet, M. (2017). Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques. *Cahiers de la LCD*, *5*(3), 25 −42. https://doi.org/10.3917/clcd.005.0025

Cohen, H. A. (2010). The nurse's quest for a professional identity. Nursing Outlook.

Cornu Pauchet, M. (2018). Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Regards*, *53*(1), 43-56. https://doi.org/10.3917/regar.053.0043

Dergham, M., & Charles, R. (2020). *Le "syndrome méditerranéen" une stigmatisation par catégorisation des conduites de maladies*. 460-464. https://doi.org/10.1684/med.2020.606

Desprès, C., & Lombrail, P. (2017). *Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes*. https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2017-04-03_Synthese_Analyse_m\%C3\%A9decins_pr\%C3\%A9carit\%C3\%A9.pdf

Desprès, C., & Lombrail, P. (2020). Pourquoi refuser de délivrer des soins ? Les logiques du refus à l'encontre des bénéficiaires d'une complémentaire santé publique. *Emulations - Revue de sciences sociales*, *35-36*, Article 35-36. https://doi.org/10.14428/emulations.03536.02

Dreyfus, B. (2014, février). Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME : les principaux constats et préconisations du défenseur des droits | Cairn.info. https://www.cairn.info/revue-regards-2014-2-page-41.htm

Dubar, C. (2000). La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles. Paris : Armand Colin.

Einhorn, L., Rivière, M., Chappuis, M., Chevelle, M., & Laurence, S. (2018). Proposer une réponse en santé mentale et soutien psychosocial aux exilés en contexte de crise. L'expérience de Médecins du Monde en Calaisis (2015-2017). *Revue européenne des migrations internationales*, *34*(2-3), 187-203. https://doi.org/10.4000/remi.10581

Fischer, G.-N. (2010). Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/concepts-fondamentaux-psychologie-sociale-0

Flament, C., Guimelli, C., & Abric, J.-C. (2006). Effets de masquage dans l'expression d'une représentation sociale. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, *Numéro 69*(1), 15-31. https://doi.org/10.3917/cips.069.0015

Foucault, M. (1984). *Histoire de la sexualité, Tome 2 : Le souci de soi. Paris : Gallimard.*

Gilligan, C. (1982). *In a different voice : Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.

Gottvall, M., Brunell, C., Eldebo, A., Johansson Metso, F., Jirwe, M., & Carlsson, T. (2022). Post-migration psychosocial experiences and challenges amongst LGBTQ+ forced migrants : A meta-synthesis of qualitative reports. *Journal of Advanced Nursing*, *79*(1), 358-371. https://doi.org/10.1111/jan.15480

Guegan, J., Moliner, P., & Vidal, J. (2013). Enquête en ligne et masquage/démasquage des opinions sensibles : Une autre approche des effets de contexte. *Revue internationale de psychologie sociale*, *26*(1), 101-124.

Guimelli, C. (1994). La fonction d'infirmière : pratiques et représentations sociales. In Jean-Claude Abric (dir.), Pratiques sociales et représentations (pp. 123-146). Paris : Presses Universitaires de France.

Guimelli, C. (1999). *La pensée sociale*. Presses universitaires de France.

Guimelli, C., & Deschamps, J.-C. (2000). *Effets de contexte sur la production d'associations verbales : Le cas des représentations sociales des Gitans*.

Guimelli, C., & Moliner, P. (2015). *Les représentations sociales : Fondements théoriques et développements récents* (Presses universitaires de Grenoble).

Hamila, A., Baillargeon, C., Zoldan, Y., Armand, A.-R., Yahiaoui, N., Beaudry, C., Chehaitly, S., & Lee, E. O. J. (2022). Soins intégrés auprès des personnes LGBTQI+ migrantes : La place des soins psychosociaux. *Santé Publique*, *34*(HS2), 241-250. https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0241

Lalli, P. (2005). Représentations sociales et communication. *Hermès*, *n° 41*(1), 59. https://doi.org/10.4267/2042/8953

Lange, J.-M., & Barthes, A. (2021). « Éducation à » et « Questions socialement vives » : Éduquer en contexte d'anthropocène. *Carrefours de l'éducation*, *52*(2), 133-147. https://doi.org/10.3917/cdle.052.0125

Lazarus, A. (2019). Exil et violences. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, *203*(1), 23-32. https://doi.org/10.1016/j.banm.2019.02.004

Leduc, S. (2015). *Représentations sociales et soins aux populations migrantes : enjeux et pratiques infirmières* [Thèse de sociologie]. Université de Montréal.

Légifrance. (2004). *Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier* [Code de la santé publique, articles R.4311-1 et R.4311-15]. *Journal officiel de la République française*. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000609071

Légifrance. (2006). *Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* [Code de la santé publique, article L.4311-1]. *Journal officiel de la République française*. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647

Lévy, I. (2013). *La douleur : Signification, expression, syndrome méditerranéen | Cairn.info*. Cairn.info. https://www.cairn.info/revue-infokara-2013-4-page-215.htm

Loumonvi, K. (2020). L'impact des parcours migratoires sur la santé mentale des demandeurs d'asile. *e-Migrinter*, *21*, Article 21. https://doi.org/10.4000/e-migrinter.2459

Mestre, C. (2022). Soins et violence institutionnelle auprès des femmes migrantes. *Spirale*, *101*(1), 95-102.

Moliner, P., Rateau, P., & Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales. Pratique des études de terrain* (Presses Universitaires de Rennes). https://hal.science/hal-02149004/3

Molinier Pascale (2010). Le travail du *care*. La Revue du MAUSS, n° 35, pp. 189-201.

Moliner, P. & Guimelli, C. (2015). *Les représentations sociales*. Presses universitaires de Grenoble.

Moro, M. R., & Radjack, R. (2022). Vers une équité en santé mentale pour les enfants de migrants : Propositions transculturelles. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, *206*(6), 766-774. https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.01.026

Nong, P., Raj, M., Creary, M., Kardia, S. L. R., & Platt, J. E. (2020). Patient-Reported Experiences of Discrimination in the US Health Care System. *JAMA Network Open*, *3*(12), e2029650. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.29650

Perret, G., Vandentorren, S., Chauvin, P., Vignier, N., & Vuillermoz, C. (2019). *Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France*. BE

Peter, E. & Liaschenko, J. (2004). *Perils of proximity : A spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. Nursing Inquiry*, 11(4), 218-225.

Sivignon, F., Simonnot, N., Bret, C., Fanget, D., & Reboul, C. (2019). L'accueil sanitaire des migrants en France et en Europe, reflet d'une crise de solidarité. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, *203*(1), 33-39. https://doi.org/10.1016/j.banm.2019.03.001

Theureau, J. (2010). Les entretiens d'autoconfrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche « cours d'action » Revue d'anthropologie des connaissances, 4, n° 2(2), 287-322. https://doi.org/10.3917/rac.010.0287.

Tronto, J. (1993). *Moral boundaries : A political argument for an ethic of care*. Routledge.

Tronto, J. (2009). Un monde vulnérable : Pour une politique du care. La Découverte.

Tronto, J. (2013). *Caring democracy : Markets, equality, and justice*. New York University Press.

Trucco, D., Bergamaschi, A., Pantaléon, N., & Saint-Germes, E. (2022). « Dire » les discriminations ethno raciales à des chercheures « blanches ». Réflexions à partir d'une enquête qualitative auprès de jeunes racisées. *Émulations. Revue de sciences sociales*, *42*, Article 42.

Vaccaro, A., & Koob, R. M. (2019). A critical and intersectional model of LGBTQ microaggressions : Toward a more comprehensive understanding. *Journal of Homosexuality*, *66*(10), 1317-1344. https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1539583

Veïsse, A., Wolmark, L., Revault, P., Giacopello, M., Banberger, M., & Zlatanova, Z. (2017). Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. 405-414.

Vimpere, L., Crevatin, C., & Leuenberger, I. (2020). L'interprète, un acteur essentiel dans la prise en soins infirmiers des patients migrants allophones. Revue de littérature basée sur la théorie de Hildegard Peplau. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, *6*(1), 100-191. https://doi.org/10.1016/j.refiri.2020.100191

Virole, L. (2022). Mise sous silence des actions anti discriminatoires dans l'accès aux soins. Le champ périnatal face aux discriminations à l'encontre des femmes étrangères en France. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, *24*, Article 24. https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.11224