

Université de Montréal

« Il faut être vulnérable pour pouvoir suivre »

Pratiques et stratégies des demandeurs d'asile au sein des structures humanitaires
médicales de l'île de Lesbos, en Grèce

par
Laurence Lallier-Roussin

Département d'anthropologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc) en anthropologie

Décembre 2019

© Laurence Lallier-Roussin, 2019

Résumé

Ce mémoire examine les pratiques des demandeurs d’asile dans les structures humanitaires médicales de l’île de Lesbos, en Grèce. Maintenus dans la zone-frontière que constitue l’île, les demandeurs d’asile vivent dans le camp de Moria, reconnu pour ses conditions de vie extrêmement mauvaises. Dans le cadre de leur processus d’asile, ils sont soumis à une procédure médicale, l’évaluation de vulnérabilité, dont le résultat influence leurs parcours. Dans le cadre d’un terrain ethnographique mené sur l’île à l’été 2018, j’ai effectué de la participation observante en tant qu’interprète au sein d’une clinique humanitaire, où des médecins bénévoles et des demandeurs d’asile négocient ensemble le pouvoir attribué à l’évaluation de vulnérabilité. Le mémoire analyse les pratiques des demandeurs d’asile à partir du concept d’agentivité circonscrite, une forme d’agentivité aux effets imprévisibles. Dans une première partie, je démontre que les demandeurs d’asile mettent en œuvre des stratégies pour négocier la situation inhumaine dans laquelle ils sont mis ainsi que pour obtenir une reconnaissance. Leurs stratégies se structurent autour d’une réappropriation des logiques du dispositif humanitaire, notamment des stéréotypes qui sont assignés aux réfugiés. Dans une seconde partie, j’examine en profondeur un élément de ces stratégies qui est central aux interactions de soin dans la clinique humanitaire : les documents médicaux. Je montre que ces documents sont une technologie flexible dont la fonction est détournée par les pratiques des demandeurs d’asile, qui les utilisent comme une ressource et comme une preuve. Finalement, j’analyse les différentes façons dont les médecins bénévoles réagissent à ces pratiques ainsi que leurs conséquences sur l’accès aux soins médicaux. Ces éléments établissent un portrait nuancé des effets du dispositif humanitaire établi aux frontières de l’Europe suite à la crise des réfugiés de 2015.

Mots-clés : réfugié, camp, demandeur d’asile, migrants, agentivité, stratégie, humanitaire, vulnérabilité, clinique médicale, documents médicaux, bénévoles, médecins, participation observante, frontière, Europe, Grèce

Abstract

This study examines asylum seekers' practices within medical humanitarian structures on Lesbos island, Greece. Maintained inside the border-zone constituted by the island, asylum seekers live in Moria camp, which is known for its extremely bad living conditions. In the context of their asylum process, they undergo a medical procedure, the vulnerability assessment, the result of which influences their trajectories. As part of an ethnographic fieldwork conducted on the island in the summer of 2018, I carried out observing participation as an interpreter in a humanitarian clinic, a space where volunteer doctors and asylum seekers negotiate the power attributed to the vulnerability assessment. This study analyses the practices of asylum seekers through the concept of circumscribed agency, which effects are unpredictable. I first show that asylum seekers set up strategies to negotiate the inhuman situation in which they find themselves, as well as to obtain recognition. Their strategies are structured around a reappropriation of the logics of the humanitarian device, notably the stereotypes assigned to refugees. The second part extensively examines an element of these strategies central to the care interactions taking place in the humanitarian clinic: the medical documents. I show that these documents act as a flexible technology and that their function is reconfigured by asylum seekers' practices, who use them as resources and proofs. Finally, I highlight the different ways in which volunteer doctors react to these practices, along with their consequences on access to medical care. These elements provide a nuanced description of the effects of the humanitarian device established at Europe's borders following the 2015 refugee crisis.

Keywords : refugee, camp, asylum seeker, migrants, agency, strategy, humanitarianism, vulnerability, medical clinic, medical documents, volunteers, doctors, observing participation, border, Europe, Greece

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des figures	vi
Liste des sigles	vii
Remerciements.....	viii
Introduction. Rencontrer l’humanitaire	9
Chapitre 1. Contexte	18
1.1 Pourquoi traverse-t-on la Méditerranée ? Migrations et sécurisation des frontières européennes.....	18
1.2 La transformation de la Grèce en pays d'asile : 2000-2015.....	22
1.3 Lesvos au centre de la crise des réfugiés en 2015	23
1.3.1 Qui accueille ? Mobilisations de la société civile et installation de la gouvernance humanitaire	26
1.3.2 2015-2016 : De lieu de passage à lieu de confinement.....	27
1.3.4 Une population bouleversée : effets de la crise sur les habitants.....	31
1.4 Après la crise : 2016-2018	32
1.4.1 Délais dans les procédures et écarts dans les services	32
1.4.2 Diversification du paysage humanitaire.....	33
1.4.3 Conditions de vie et révoltes dans les camps.....	36
1.4.4 Où est la perspective des migrants ?	38
Chapitre 2. Cadre théorique	40
2.1. L'anthropologie de l'humanitaire	41
2.2 L'anthropologie des camps.....	48
2.3 L'anthropologie des réfugiés	51
2.3.1 Victime dans le besoin : passivité et innocence.....	52
2.3.2 Le mythe du réfugié menteur	55
2.3.3 L'entrevue d'asile : médiations.....	57
2.3.4 La preuve et sa médicalisation.....	58
2.3.5 Quelles conventions pour convaincre ? Crédibilité et performance	60
2.3.6 Le corps blessé comme ressource	62

2.4 Agentivité : quand les réfugiés réagissent aux structures humanitaires	64
Chapitre 3. Présentation du terrain.....	67
3.1 Dedans, dehors, autour : quand l'accès façonne l'objet de recherche	68
3.2 Entre le camp, la ville et la clinique : lieux du terrain	70
3.2.1 Le camp de Moria	72
3.2.2 La ville de Mytilène.....	74
3.2.3 Le centre communautaire et la clinique médicale <i>One Happy Family</i>	75
3.3 Venus pour migrer et venus pour aider : acteurs du terrain.....	81
3.3.1 Les hommes arrivés seuls, un sous-groupe spécifique des demandeurs d'asile.....	82
3.3.2 Les bénévoles humanitaires à Lesbos	84
Chapitre 4. Méthodes d'enquête.....	87
4.1 Recrutement	87
4.2 Participation observante.....	88
4.2.1 Participer au détriment de l'observation : interprète médicale.....	88
4.2.2 Activités de socialisation	93
4.2.3 Observation : rencontres de coordination	95
4.3 Entretiens	96
4.3.1 Entretiens avec les demandeurs d'asile	97
4.3.2 Entretiens avec les bénévoles médicaux	98
4.4 Positionnement et enjeux éthiques.....	100
4.4.1 Activiste, bénévole, chercheur ? Engagements multiples.....	100
4.4.2 Terrain avec des demandeurs d'asile : enjeux de pouvoir.....	103
4.4.3 Limites personnelles de l'engagement.....	104
Chapitre 5. Stratégies de reconnaissance(s) : trajectoires de trois demandeurs d'asile.....	106
Agentivité et stratégies dans les structures humanitaires.....	106
Présentation des récits.....	108
5.1 Mkh : l'apprentissage de la logique humanitaire	110
5.2 Empereur : barrières d'accès.....	116
5.3 Ahmad : au-delà du réfugié-menteur	123
5.4 Discussion.....	130
L'attestation de vulnérabilité et la logique humanitaire	130
Négocier l'inhumain, obtenir une reconnaissance	131

Chapitre 6. La vie sociale des documents médicaux à Lesbos	134
Introduction : les papiers du médecin	134
6.1 L'importance des documents pour les demandeurs d'asile : vignettes ethnographiques	139
6.1.1 « J'ai entendu dire que vous pouviez m'écrire un papier » : quand le document est une requête.....	140
6.1.2 « Pour qu'on sache tout ce que j'ai pris » : les documents comme preuve	141
6.1.3 Mutilations : tentatives désespérées pour obtenir un papier	143
6.1.4 Discussion : pouvoir et nouvelle fonction des documents médicaux à Lesbos	145
6.2 Les documents selon les médecins : un rôle ambigu et incertain	150
6.2.1 « On ne peut pas être là pour aider les gens à sortir des camps » : l'impuissance des médecins, entre doute et exception	152
6.2.2 Devant les patients : méfiance et solidarité.....	157
Ceux qui se méfient : Ariel	158
Ceux que ça motive : Vivienne	161
6.2.3 Discussion : une interaction de soin complexe	164
Conclusion. Négociation et incertitude.....	168
Bibliographie.....	176
Annexe I. Données démographiques des migrants à Lesbos, 20 août-26 août 2018.....	200
Annexe II. Engagement de confidentialité.....	201
Annexe III. Fiche d'évaluation de la vulnérabilité fournie par KEELPNO	204

Liste des figures

Figure 1.	Lesvos et la Grèce dans l'espace Schengen.	20
Figure 2.	Les arrivées sur l'île de Lesbos en 2015	24
Figure 3.	Route des Balkans suivie par les migrants en 2015	28
Figure 4.	Cartographie des ONG et services à Lesbos - été 2018.....	34
Figure 5.	Lieux principaux du terrain.....	71
Figure 6.	Étals de fruits et légumes et autobus autour du camp de Moria	73
Figure 7.	Le bâtiment de la clinique.....	76
Figure 8.	Bénévoles devant la clinique..	78
Figure 9.	Pharmacie de la clinique OHF.	80

Liste des sigles

OHF : One Happy Family

KEELPNO : Centre hellénique pour la prévention et le contrôle des maladies

UE : Union Européenne

HCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

MSF : Médecins Sans Frontières

EASO : European Asylum Support Office (Bureau européen d'appui en matière d'asile)

BRF : Boat Refugee Foundation

ONG : Organisation non gouvernementale

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à mes participant-e-s, dont je ne peux pas citer les noms pour des raisons de confidentialité. Au milieu des expériences parfois les plus difficiles de leurs vies – à essayer de survivre pour les un-e-s, à essayer d'aider à n'en plus dormir pour les autres –, on m'a fait confiance, on m'a donné du temps précieux, on m'a ouvert son cœur dans des amitiés pour lesquelles je ne suis pas toujours à la hauteur.

Je veux aussi remercier Pierre Minn et Marie-Claude Haince, mes directeurs de recherche, pour leur soutien, leurs conseils et les opportunités dont ils m'ont fait profiter.

Les anthropologues Heath Cabot, Evthymios Papataxiarchis, Pafsanias Karathanasis et Nefeli Roumelioti, dont les travaux sont basés en Grèce, ainsi que Mireille Paquet, du Centre pour l'évaluation des politiques d'immigration de l'Université Concordia, m'ont chacun donné, peut-être sans le savoir, des clés pour comprendre mon matériel et mon rôle sur le terrain - je leur en suis reconnaissante.

Merci aussi à Elsa, ma *elliniki mamá*, pour son hospitalité légendaire.

Finalement, merci bien sûr à ma famille et à ma famille choisie pour leur support au quotidien.

Cette recherche a été soutenue financièrement par le CRSH et le FRQSC. La diffusion préliminaire des résultats a été soutenue financièrement par le département d'anthropologie de l'Université de Montréal.

Introduction. Rencontrer l'humanitaire

When an island becomes a door, who will answer?
– Emi Mahmoud

Lors de mon premier contact avec l'île de Lesbos, en septembre 2015, j'ai été témoin d'une réalité exceptionnelle : les personnes ordinaires – vous et moi – pouvaient tout à coup devenir des héros. Ils pouvaient enfin faire une différence. Les mondes généralement inaccessibles de « la misère du monde » n'étaient plus ailleurs, dans un pays lointain : ils se présentaient tout à coup devant nous. Des humains en chair et en os à aider en actes concrets. À qui tendre la main – pour les secourir hors de l'eau, leur offrir des vêtements secs, leur donner un sandwich. Devant les familles de réfugiés syriens qui venaient de prendre le risque de traverser la mer Égée pour rejoindre l'Europe, il était impossible d'être cynique, comme on peut l'être devant l'écran d'ordinateur.

Venue à Lesbos en tant que touriste, sans aptitudes particulières, pas même un cours de premiers soins, j'ai d'abord pensé que j'étais inutile, simple spectatrice de la frontière européenne et des familles qui campaient dans les parcs publics de l'île. Puis, on m'a recruté pour rejoindre un groupe de bénévoles rassemblé autour d'un camp de transit qui accueillait les migrants pour quelques heures à quelques jours avant qu'ils n'atteignent la capitale, où ils seraient enregistrés et encampés. Les besoins du camp de transit, installé dans le stationnement d'une boîte de nuit, en bord de route, grandissaient à mesure que les arrivées quotidiennes augmentaient : deux cents personnes sont devenues cinq cents, puis mille, puis deux mille personnes par jour, qui arrivaient, trempées et traumatisées, sur les plages de Lesbos. Nous n'avions pas d'expertise autre que le sentiment d'urgence devant les besoins des personnes qui accostaient, jour et nuit, en marge du village de Molyvos. L'acte d'aider n'avait jamais été aussi accessible, naturel : il s'agissait de faire de son mieux pour distribuer aux nouveaux venus les dons que le groupe de bénévoles recevait.

Or, des écueils se sont rapidement fait sentir. Avec les arrivées qui augmentaient, les ressources sont devenues limitées. Il fallait mieux contrôler la distribution, conserver un contrôle sur la

situation. D'un jour à l'autre, il a été décidé qu'on ne pouvait offrir qu'un seul sandwich par personne. Tout à coup, le geste d'aider – tendre un deuxième sandwich à cet enfant qui le demande – était compliqué par une anxiété : et s'il n'y en avait pas pour tout le monde ? Au nom de la justice et de l'équité, le groupe de bénévoles s'est mis à improviser des règles : des queues pour respecter l'ordre des arrivées, encadrées de rubans orangés; des bénévoles pour « faire la sécurité » dans les queues; un système de marquage sur les mains pour identifier les personnes qui étaient déjà passées à la distribution. Pour moi, aider est devenu soudainement inconfortable – quand ça prenait la forme de dire non, de contrôler, de faire la sécurité, de marquer les corps, de refuser de la nourriture.

Au nom du bien de tous, il fallait prendre des mesures que je ressentais comme inhumaines. Il me semblait absurde d'exiger que les gens fassent la file pendant une heure pour recevoir, leur tour venu, un minuscule sandwich de pain de mie qu'on retrouvait souvent par terre. Mais je n'arrivais pas, surtout dans le feu de l'action, à penser d'autres solutions, plus humaines. C'était aussi le cas des autres bénévoles, surtout ceux qui prenaient les décisions, qui étaient en première ligne des secours depuis un mois, qui n'en dormaient plus, qui mangeaient à peine. Eux, ils repoussaient ces malaises au fond de leur tête pour pouvoir continuer à gérer les urgences.

Quand on avait un moment de libre, il fallait faire le tour du camp pour ramasser les déchets. Souvent, autour des buissons en bordure du stationnement, on trouvait des excréments humains, qu'on ramassait. C'est que le camp de transit avait seulement deux ou trois toilettes sèches pour des centaines de personnes, avec toujours une interminable file devant. Il y a eu une initiative pour imprimer des affichettes de fortune qui demandaient d'utiliser plutôt la toilette. Pourtant, on se disait bien, entre nous, qu'à leur place on aurait fait la même chose. Je comprenais : je n'aurais pas fait la file, j'aurais déféqué dans un coin moi aussi. D'ailleurs, nous – les bénévoles – utilisions rarement les toilettes; nous attendions la voiture qui nous amenait en ville et utilisions celles du restaurant.

Ma première incursion dans quelques-uns des paradoxes de l'humanitaire n'était donc pas intellectuelle, à partir des livres. Elle était incarnée, ressentie. Comment aider un grand nombre de personnes sans les déshumaniser ? Comment exiger des gens qu'ils obéissent à des règles que je contournerais moi-même ? Ces questions, combinées aux images de désespoir et d'espoir qui marquent la migration forcée vers l'Europe et auxquelles j'étais confrontée pour la première

fois, m'empêchaient de dormir le soir, dans la chambre partagée que le regroupement de bénévoles louait. Ce n'était même pas une organisation non gouvernementale (ONG), encore. Ça, c'est venu après, quand le groupe de bénévoles s'est institutionnalisé et est devenu la Fondation *Starfish*.

Il n'est pas facile, dans le contexte ambiant de violence, de xénophobie¹ et d'indifférence croissante, de critiquer ceux qui se donnent pour mission de faire le bien et d'aider les migrants. Didier Fassin (2007) parle de la critique de l'humanitaire comme d'une aporie : une contradiction insoluble, quelque chose qui ne peut pas être dit, qui ne peut pas être fait. Comment pourrions-nous faire le mal, puisque nous faisons le bien ? Comme les autres anthropologues de l'humanitaire, je prends ici les précautions d'usage pour insister sur le fait qu'il ne s'agit pas de critiquer les intentions des individus qui s'engagent dans cette voie, mais bien d'analyser les effets de leurs pratiques et des structures qu'ils mettent en place. Il s'agit, bref, de suivre les lignes de tension pour voir le « potentiel productif » (Bornstein et Redfield 2011) de ces paradoxes, ce qu'ils nous disent sur le réel et sur la transformation des sphères sociales et politiques.

Mon premier contact avec l'humanitaire s'est fait par hasard. La critique est venue d'elle-même, sous la forme d'un malaise par rapport à ce dispositif complexe, paradoxal. Cette critique m'a donné l'impulsion de retourner à Lesbos, d'abord en 2017, puis en 2018, afin de creuser la réalité complexe qui était en train de s'y mettre en place. Je l'ai fait en portant une attention particulière à ce que l'humanitaire fait aux gens – et à ce qu'ils lui font en retour.

¹ Je fais référence ici au contexte politique et social marqué, dans les pays occidentaux, par la montée des populismes et des nationalismes. Les pratiques des personnes migrantes comme celles de ceux qui les aident gagneraient à être réinscrites dans ce contexte. Cela dit, dans le cadre de ce mémoire, je n'ai pas choisi d'axer mon analyse sur cette dimension, mais plutôt sur le nouveau paradigme migratoire restrictif et sur les effets du dispositif humanitaire aux frontières de l'Europe.

Problématique

À Lesbos², en 2018, l'expérience des demandeurs d'asile qui visitent les ONG médicales est caractérisée par les conditions de vie difficiles dans le camp de Moria et un accès restreint aux soins médicaux et psychosociaux. Ces soins en viennent donc à constituer une ressource rare. De surcroît, la loi grecque exige l'identification et la priorisation des personnes vulnérables, par un processus d'évaluation de la vulnérabilité des demandeurs³. Des différentes catégories de personnes vulnérables énoncées par la loi, deux catégories relèvent de critères moins visibles, de critères qui sont donc soumis à l'évaluation subjective des médecins : b) les personnes souffrant d'une maladie grave et f) les personnes victimes de torture, de viol ou d'exploitation ou souffrant d'un trouble post-traumatique. Là où il y a un espace d'interprétation par le médecin, il existe aussi le risque de non-reconnaissance d'une vulnérabilité et, à la fois, la possibilité pour le patient de « s'inventer » des symptômes qui lui permettraient d'être reconnu comme vulnérable. Cet espace d'interprétation est donc aussi un espace de négociation, marqué de part et d'autre par la suspicion des médecins et les stratégies de persuasion des patients. Ce qui est négocié dans cet espace, c'est l'attribution des ressources que constituent à Lesbos l'attention médicale et la reconnaissance de la souffrance.

² En grec, le nom de l'île est Λέσβος, prononcé Lesbos (la lettre β se prononçant [v]). Même si le nom français officiel de l'île est Lesbos, je choisis d'utiliser Lesbos, afin de me conformer à la prononciation en grec.

³ La loi grecque 4375 de 2016 sur l'organisation et l'opération du service d'asile, les instances de recours, le service d'accueil et d'identification et l'établissement du secrétariat général d'accueil, article 14, paragraphe 8, mentionne « En tant que groupes vulnérables, seront considérés pour les besoins de cette loi : a) les mineurs non-accompagnés, b) les personnes souffrant d'handicaps ou d'une maladie grave ou incurable, c) les personnes âgées, d) les femmes enceintes ou ayant récemment accouché, e) les parents monoparentales accompagnés d'enfants mineurs, f) les victimes de torture, de viol ou d'exploitation, les personnes souffrant d'un trouble post-traumatiques, g) les victimes de traite humaine. » (Source <https://www.refworld.org/docid/573ad4cb4.html>, ma traduction). Ces groupes vulnérables devraient, selon la loi, recevoir une attention spéciale et des soins particuliers, avoir accès à des aires d'hébergement distinctes et leurs demandes de protection devraient être examinées en priorité, notamment (*Ibid.*)

Un des effets de la loi grecque est que les personnes qui sont identifiées comme vulnérables peuvent être priorisées dans le système de relocalisation hors de la zone-frontière vers le continent. Leurs demandes d'asile peuvent aussi être traitées par une instance différente, où les agents sont plus sensibilisés à leurs vulnérabilités. Bref, la reconnaissance chez un demandeur d'asile d'un problème médical ou psychologique, d'un antécédent de torture ou de viol, peut avoir des implications qui dépassent le cadre strictement médical ou psychosocial. Cela, combiné avec la difficulté d'accès aux soins, contribue à augmenter la pression sur les services médicaux de l'île. En outre, la difficulté de l'état grec, bien qu'assisté d'agences européennes, à prendre en charge la provision de soins médicaux pour les demandeurs d'asile de l'île a conduit plusieurs organisations non gouvernementales à offrir des services médicaux afin de combler les écarts de service. Ces organisations non gouvernementales, dont fait partie la clinique à l'étude, se trouvent donc face à une population aux besoins criants et qui cherchent activement à obtenir une attestation de vulnérabilité. Dans ce contexte, quelles sont les pratiques des demandeurs d'asile au sein des structures humanitaires médicales ? Comment ces pratiques sont-elles influencées par les structures humanitaires ? Et comment ces pratiques, en retour, ont-elles des effets sur ces mêmes structures ?

Ce mémoire vise à documenter les pratiques des demandeurs d'asile au sein des structures humanitaires, spécifiquement médicales, ainsi qu'à tracer les effets de leurs pratiques. Je me situe dans la perspective de l'anthropologie de l'humanitaire et des migrations forcées et j'emprunte à ces perspectives, d'une part, les outils pour penser l'ensemble des structures d'accueil et de soins comme faisant partie du dispositif humanitaire et, d'autre part, ceux pour penser le demandeur d'asile non pas comme un récipiendaire passif, mais bien comme un humain qui peut et qui doit prendre en charge sa trajectoire – comme un humain qui possède une agentivité. L'approche anthropologique, par une méthodologie de terrain basée sur l'établissement de relations de confiance durables avec les participants, permet ici de se situer au plus près des demandeurs d'asile afin d'amplifier leurs voix et de rendre compte de leurs réalités. Ce faisant, je révèle certains des effets concrets du dispositif humanitaire et des politiques européennes d'encampement aux frontières sur la vie des migrants. Ce mémoire vise donc à examiner les pratiques des demandeurs d'asile au regard des contraintes structurelles dans lesquels ils sont pris, afin de montrer la façon dont celles-ci les poussent à des pratiques

stratégiques et agentives qui leur sont ensuite reprochées. Finalement, il s'agit de suivre les effets de ce dispositif humanitaire jusqu'aux bénévoles humanitaires eux-mêmes, pour qui la mise en œuvre du désir d' « aider » et de « faire le bien » doit tenir compte de cette réalité complexe.

Le premier chapitre s'attache à placer les éléments de contexte du nouveau paradigme migratoire et des politiques frontalières européennes qui mènent aux traversées de la mer Égée en 2015 et à la « crise des réfugiés » en Europe. Il suit le développement de cette crise et ses effets sur Lesbos, lieu d'entrée principal des migrants vers l'Europe cette année-là. Au sein de cette crise s'installe un dispositif humanitaire spécifique, alimenté d'une part par la mise à l'écart des demandeurs dans la zone-frontière que constitue l'île, et, d'autre part, par les initiatives de la société civile pour soutenir les migrants. Le chapitre se termine sur une brève présentation des conditions de vie des demandeurs d'asile dans le camp de Moria, qualifiées d' « inhumaines » par de nombreuses organisations de droits humains, conditions qui persistent jusqu'à aujourd'hui.

Le second chapitre aborde les contributions théoriques et conceptuelles qui permettent de comprendre et d'analyser les pratiques des demandeurs d'asile dans les structures humanitaires médicales, ainsi que leurs effets. Il se divise en quatre sections : tout d'abord, je discuterai de l'anthropologie de l'humanitaire, dont l'apport essentiel permet de cerner les caractéristiques du dispositif humanitaire et d'éclairer sa mise en œuvre à Lesbos – par exemple, par l'emphase mise sur les corps souffrants. Ensuite, je discuterai de l'anthropologie des camps et de leur fonction de mise à l'écart, ce qui apportera un éclairage conceptuel à la réalité vécue par les demandeurs d'asile de l'île, principaux participants à la recherche. Puis, j'aborderai l'anthropologie des réfugiés, en montrant comment les représentations de ceux-ci convergent en deux figures majeures : la victime dans le besoin – qui est aussi la figure représentant le bénéficiaire humanitaire – ainsi que le réfugié menteur. À partir de cette dernière figure, je discuterai du climat de suspicion qui pèse sur les demandeurs d'asile et de ses conséquences : l'accumulation de preuves et la nécessité d'un travail sur le récit et d'une performance pour obtenir le statut de réfugié. Je terminerai sur la question de l'agentivité des demandeurs d'asile et des sujets humanitaires en général, un concept qui permet d'appréhender les pratiques de négociation au sein du dispositif humanitaire, pratiques qui, selon la définition que je retiens de

l'agentivité, ne sont pas toujours intentionnelles ni actives et dont les conséquences sont imprévisibles.

Dans le troisième chapitre, le lecteur prend contact avec le terrain ethnographique tel que je l'ai vécu. J'y discute de mes difficultés d'accès au camp de Moria, ce qui a contribué à rediriger mon regard vers ce qui se passait autour du camp et à façonner une problématique portant sur une petite organisation non gouvernementale (ONG) médicale : la clinique *One Happy Family* (OHF). Ce chapitre présente les lieux du terrain tels que j'en ai fait l'expérience et tels qu'ils étaient vécus par mes participants : la ville de Mytilène, capitale de Lesbos, le camp de Moria et, finalement, la clinique OHF, clinique médicale humanitaire à l'ambiance surchargée et chaotique et aux installations rudimentaires. Je termine le chapitre sur une présentation des participants à la recherche, c'est-à-dire, d'un côté, deux catégories spécifiques de demandeurs d'asile (hommes seuls, Africains francophones et interprètes anglophones) et, de l'autre, les bénévoles humanitaires de la clinique OHF.

Le quatrième chapitre met le point sur la méthodologie utilisée pour la collecte de données, soit la participation observante et les entretiens semi-dirigés. Une part importante des observations ont été faites alors que j'occupais une fonction déterminée dans la clinique, celle d'interprète médical. Il est donc important de discuter des enjeux méthodologiques et éthiques autour de l'observation et de la participation ainsi que de la difficulté dans ce cadre d'obtenir le consentement libre et éclairé des participants. Je présente alors les solutions que j'ai trouvées pour contourner cet obstacle – par exemple, l'obtention du consentement *a posteriori*. Je présente aussi, finalement, certaines situations difficiles vécues lors du terrain, terrain qui impliquait de ma part de multiples engagements (auprès de la clinique et de ma recherche, notamment) ainsi que le développement de relations avec des personnes en reconstruction de leur réseau social.

Les deux chapitres suivants se tournent enfin vers la présentation des données et leur analyse. Ils portent chacun sur un aspect différent des pratiques des demandeurs et de leurs effets : le premier chapitre d'analyse porte de façon plus générale sur les trajectoires et les stratégies des demandeurs d'asile, alors que le second porte sur un objet spécifique de l'interaction entre les demandeurs d'asile et les médecins : les documents médicaux. Il trace les nouveaux usages sociaux que prennent cet objet et ses conséquences sur la pratique des médecins.

Plus spécifiquement, le cinquième chapitre présente les trajectoires de trois demandeurs d'asile que j'ai rencontrés et discute de leurs pratiques en termes de relation au concept de stratégie, la stratégie correspondant à une forme d'agentivité qui est intentionnelle. Ce chapitre démontre que la stratégie – sous forme de mise en récit et de performance, d'insistance auprès des médecins et des décideurs, voire de mensonge – est une aptitude essentielle pour les demandeurs d'asile dans leurs négociations des conditions inhumaines auxquelles ils sont confrontés. Ces pratiques stratégiques, alors même qu'elles semblent alimenter la suspicion à leur égard, sont ce qui leur permet d'obtenir une reconnaissance. À partir du contexte qu'offre la présentation de ces trajectoires, je remets en question le mythe du réfugié menteur, ainsi que, plus largement, la distinction entre réfugié et migrant économique. Ce chapitre permet aussi de montrer les parallèles entre l'entrevue d'asile et l'évaluation de la vulnérabilité et d'identifier clairement cette dernière comme étant guidée par la logique humanitaire.

Le sixième et dernier chapitre porte sur les documents médicaux. Par plusieurs vignettes ethnographiques, il montre les usages qu'en font les demandeurs d'asile et l'importance que ces documents revêtent pour eux. J'y illustre notamment des situations où les demandeurs d'asile mettent en jeu leur intégrité physique pour obtenir des documents médicaux. Ces nouveaux usages conduisent à une analyse du changement de la fonction du document médical, qui devient à Lesbos une ressource ainsi qu'une marchandise. Puis, je me tourne vers le point de vue des médecins : comment perçoivent-ils les pratiques des demandeurs ? Je montre, par des extraits d'entretiens, que les médecins bénévoles sont inconfortables avec le pouvoir dont leurs documents sont investis et qu'ils cherchent à les replacer dans le cadre strictement médical. Cela dit, je montre que les médecins ne réagissent pas tous de la même façon aux stratégies des demandeurs d'asile. Les stratégies font parfois naître de la suspicion, alors que, d'autres fois, elles agissent comme des incitatifs pour obtenir du soutien. Présentes en filigrane tout au long de ces chapitres, l'incertitude et l'imprévisibilité de la bureaucratie humanitaire dans laquelle évoluent les demandeurs sont des éléments qui façonnent les pratiques de tous les acteurs que j'ai rencontrés. De ce fait, les pratiques sont marquées par une tension entre l'espoir de pouvoir agir sur la situation et le désespoir de ne pas y arriver.

Globalement, le mémoire montre les effets du dispositif humanitaire mis en place sur l'île de Lesbos sur les demandeurs d'asile. Il suit les manières dont ce dispositif structure les pratiques

des demandeurs d'asile, qui cherchent à tirer leur épingle du jeu et à préserver leur humanité. En retour, les pratiques des demandeurs contribuent à influencer le travail des médecins qui les soignent et qui, en s'adaptant à ces pratiques, vont modifier les leurs. Je ferai la démonstration que l'agentivité des demandeurs d'asile peut être plus ou moins stratégique, bien que, de façon générale, les conditions difficiles dans lesquelles ils se trouvent les poussent à mettre en place des stratégies intentionnelles et planifiées afin d'améliorer leurs chances de survie : ils cherchent à obtenir une reconnaissance et à négocier les conditions inhumaines dans lesquelles ils sont maintenus. Ces stratégies se basent sur une réappropriation des logiques humanitaires, d'une part alors que les demandeurs jouent avec les stéréotypes de la victime passive et du réfugié menteur, d'autre part quand ils utilisent leurs corps souffrants comme une ressource. Les stratégies s'inspirent aussi des enjeux de suspicion, de crédibilité et de preuve qui caractérisent l'entrevue d'asile, dont la forme est transférée aux consultations médicales. Je démontre aussi que les documents médicaux sont une technologie flexible dont la fonction, sur le terrain, est reconfigurée par les pratiques des demandeurs d'asile. La recherche de documents médicaux par les patients au sein de la clinique ethnographiée vient cristalliser le fait que les demandeurs d'asile perçoivent les cliniques humanitaires comme lieu de production des éléments stratégiques qu'ils cherchent à accumuler.

Chapitre 1. Contexte

Ce premier chapitre offre des éléments de contexte pour comprendre la situation des demandeurs d'asile à Lesbos en 2018. Il se base sur des articles récents de littérature scientifique et, dans une moindre mesure, sur certains rapports d'organisations non gouvernementales (ONG). Tout d'abord, pour bien prendre la mesure de la situation actuelle de l'île de Lesbos, il faut se pencher sur le nouveau paradigme migratoire du début des années 2000, caractérisé par une forte dimension sécuritaire. Après un arrêt sur la situation des politiques frontalières européennes et leurs effets sur la Grèce, je mettrai le focus sur l'île de Lesbos, microcosme de ce nouveau paradigme migratoire sécuritaire. Je suivrai ensuite l'évolution de la « crise » européenne des réfugiés à Lesbos, structurée en deux temps : la crise de 2015 et l'après-crise (2016-2018). J'explorerai les effets de la crise sur la population locale, l'évolution des structures humanitaires et les conditions de vie des demandeurs d'asile, afin de mettre la table pour comprendre les causes structurelles de l'encampement des migrants sur l'île, ainsi que ses effets.

1.1 Pourquoi traverse-t-on la Méditerranée ? Migrations et sécurisation des frontières européennes

Les arrivées de migrants en Europe par la Méditerranée doivent être comprises dans le contexte de la transformation de la question de l'immigration en un enjeu politique et sécuritaire, où les étrangers sont de plus en plus perçus comme un risque – politique, sécuritaire et identitaire – et où les migrants sont devenus, pour les États, une population à gouverner, à contrôler et à surveiller (Abranches et Hasselberg 2018; Agier 2008; Allen et al. 2018; Anderson 2015; Andersson 2016; Bendixsen 2016; Bigo 2005; 2011; Bigo, Bocco et Piermay 2009; Fassin 2011; Fischer 2007; Huysmans 2000; 2008; Makaremi 2008; Rea 2009). C'est dans cette logique que l'Union européenne (UE) et ses États membres ont multiplié depuis les années 2000 la mise en place de mesures politiques et d'infrastructures afin de sécuriser et d'externaliser leurs frontières. La gestion et les techniques des régimes frontaliers, spécifiquement européens, ont été abondamment étudiées en sciences sociales (Afouxenidis et al. 2017; Anderson 2015; Andersson 2014; Bendixsen 2016; De Genova 2017; Gibney 2006; Green 2013; 2017; Kobelinsky et Makaremi 2009; Makaremi 2008; Parkin 2013; Pinos 2009; Valluy 2007;

Youkhana et Sutter 2017). On peut penser, à titre d'exemples de telles mesures, à la mise en place en 2005 de l'agence Frontex⁴ pour le contrôle des frontières extérieures et des côtes européennes, ou à l'imposition de sanctions aux compagnies aériennes qui transporteraient des passagers ne possédant pas de documentation adéquate⁵. On assiste donc, à la fin des années 1990 et durant les années 2000, à un changement de paradigme migratoire, surtout dans les pays européens et en Australie, aux États-Unis et au Canada : ce nouveau paradigme est *restrictif* et il s'appuie sur l'externalisation, la sécurisation et le renforcement, voire l'étanchéisation des frontières – autant les frontières physiques (frontières terrestres, points d'entrée à l'aéroport) que les frontières invisibles : externalisation des mesures de contrôle, multiplication des mesures de renvoi, d'éloignement et de mise à l'écart des étrangers, restriction des possibilités d'accès par l'augmentation des exigences pour l'obtention des visas, expansion des systèmes de contrôle par les nouvelles technologies biométriques, basées sur la gestion du risque – notamment terroriste. En lien avec ce paradigme, l'Europe adopte, à la fin de la décennie 1990, le dispositif Schengen, c'est-à-dire l'assouplissement des frontières intérieures entre les différents États membres : cet assouplissement s'est cependant doublé d'un durcissement des frontières extérieures de l'Europe, ce qui a donné lieu à l'expression « la Forteresse de l'Europe » (Pinos 2009; Rumford 2006; Tsianos, Hess et Karakayali 2009). Avec le dispositif Schengen, l'UE a concentré toute la pression migratoire sur les frontières extérieures, en particulier sur les côtes méditerranéennes,

⁴ L'agence Frontex a été créée en 2005 sous le nom « Frontex pour le contrôle des frontières extérieures et des côtes européennes ». Elle est une agence européenne visant à protéger les frontières extérieures et coordonner les efforts nationaux de contrôle frontalier au niveau européen. L'agence Frontex est dotée de moyens importants (financiers, logistiques, humains) et est d'abord intervenue en Méditerranée. En 2016, ses pouvoirs ont été renforcés et son nom complet changé pour « Agence européenne de garde-frontières et de garde-côtes ». Pour l'anthropologue Michel Agier, Frontex « incarne à elle seule le consensus européen dans la consolidation d'un “mur” européen à géométrie variable » (Agier 2008, 53).

⁵ Suivant la signature de traités internationaux obligeant la mise en place de lois domestiques imposant des sanctions aux transporteurs aériens, le personnel d'un transporteur aérien a l'obligation, sous peine de sanction, de contrôler la documentation des personnes au point d'embarquement et de refuser l'embarquement aux personnes qui ne possèdent pas la documentation adéquate (visa, passeports). Ces acteurs privés deviennent responsables d'un contrôle migratoire de première ligne et sont en ce sens un exemple de l'externalisation et de la privatisation des mesures de contrôles migratoires (Baird 2017; Rodenhäuser 2014).

où l'Europe rejoint l'Afrique à l'ouest et l'Asie à l'est. La Grèce fait partie de ces frontières extérieures, comme le montre la figure 1 (carte modifiée à partir de Wikipédia). Cette carte permet de situer les pays de l'espace Schengen en 2018 et j'y ai identifié la position de la Grèce, isolée à l'extrémité sud-est de l'espace Schengen, ainsi que celle de l'île de Lesbos, dont on voit qu'elle est située plus près de la Turquie que de la Grèce continentale.



Figure 1. Lesbos et la Grèce dans l'espace Schengen (Carte modifiée à partir de Wikipédia)

En pratique, le nouveau paradigme migratoire a des conséquences importantes sur les personnes migrantes qui veulent rejoindre l'Europe. D'une part, les frontières sont plus contrôlées et il est donc de plus en plus difficile pour quelqu'un sans documents légaux d'atteindre l'Europe. D'autre part, il est aussi, depuis les années 2000, de plus en plus difficile pour les étrangers d'obtenir des documents rapidement afin de venir en Europe de façon légale, à cause des exigences et des délais grandissants pour l'obtention de visas, attribués de façon de plus en plus sélective par les États (Piché 2008; 2015). De ce fait, la plupart des migrants doivent

se tourner vers un passage des frontières « irrégulières » ou « illégales », comme la traversée de la Méditerranée en bateau (Afouxenidis et al. 2017; Bendixsen 2016; Green 2017). Ces voies d'accès sont extrêmement dangereuses et coûteuses et les migrants qui les empruntent risquent aussi d'être criminalisés⁶.

Cette plus grande difficulté à atteindre l'Europe pour les migrants a des conséquences importantes en termes de droits humains, spécifiquement pour l'accès à l'asile (Atak et Crépeau 2014; Crépeau 1995; d'Halluin-Mabillet 2012). Il existe en effet une tension importante au sein des politiques migratoires européennes entre la sécurisation des frontières et les obligations des États membres à maintenir le droit à l'asile et à respecter le principe de non-refoulement – obligations qui découlent de la signature de traités internationaux (Andersson 2014; Caloz-Tschopp 2004; d'Halluin 2004; Stevens et Dimitriadi 2018). Plus largement, il s'agit d'une tension entre deux principes : celui de la sécurité des États (ou de la gestion de risques sécuritaires) et celui des droits humains, deux principes parfois contradictoires que les États doivent tout de même opérationnaliser. À la lumière de cette tension entre droits humains et impératifs sécuritaires, plusieurs chercheurs ont démontré la façon dont la sécurisation des frontières, en rendant difficile l'accès aux territoires des États européens pour les personnes ayant besoin de protection internationale, empiète sur l'accès à l'asile⁷ (Agier 2008; Atak et Crépeau 2014; Clochard 2004; Haince 2014; Hatton 2011; Kobelinsky 2010; Rodenhäuser 2014). En fait, non seulement la sécurisation des frontières empiète sur l'accès à l'asile, mais

⁶ La criminalisation de l'immigration est une autre forme que prend le nouveau paradigme migratoire restrictif. Elle est définie comme un brouillage ou une fusion entre les lois criminelles et les lois sur l'immigration, souvent par l'utilisation des lois criminelles pour réduire la migration indésirable (Nakache, Hudson et Atak 2018). La criminalisation de l'immigration est notamment obtenue quand il y a élimination des voies légales d'immigration - ce qui entraîne la création d'alternatives illégales, comme dans le cas de l'Europe et des traversées de la Méditerranée.

⁷ En mesurant les composantes des politiques d'asile de 19 États européens, le chercheur Timothy Hatton (2011) identifie trois sphères du resserrement de l'accès à l'asile en Europe dans la décennie 1997-2007 : le resserrement de l'accès au territoire, le durcissement des procédures d'asile et la réduction des droits et services pour les demandeurs d'asile. J'y ajouterais l'augmentation du taux de refus des demandes : en France, la proportion de déboutés en première instance était de neuf sur dix au début des années 2000, contre un sur dix dans les années 1970 (Fassin et Kobelinsky 2012).

cette restriction du droit d'asile est elle-même un outil pour gérer la migration indésirable : pour reprendre les mots de Carolina Kobelinsky dans son ouvrage sur les centres d'accueil pour demandeurs d'asile en France : « la restriction du droit d'asile fait partie des instruments de contrôle des frontières. » (Kobelinsky 2010, 126).

1.2 La transformation de la Grèce en pays d'asile : 2000-2015

Alors qu'à la fin des années 1990 et au début des années 2000, c'est un paradigme globalement restrictif des migrations qui se met en place en Europe, la Grèce voit pour sa part son statut changer de pays d'émigration à pays d'immigration durant cette période. En effet, plus tôt au siècle, la Grèce est encore une terre d'émigration que ses habitants ont quittée surtout pour des raisons économiques et politiques. Or, dans les années 2000, un nouveau phénomène migratoire émerge à la frontière gréco-turque : notamment à cause des conflits en Iraq et en Afghanistan, de plus en plus de migrants traversent la frontière pour venir en territoire européen. La Grèce est alors surtout un pays de transit que les migrants traversent afin de continuer vers d'autres destinations européennes plus attrayantes au niveau de la protection internationale et à l'économie plus avantageuse (Pillant 2016). En 2003, le règlement européen « Dublin II » entre en application : il stipule que la demande d'asile doit être traitée par le premier État par lequel le demandeur d'asile pénètre dans l'espace européen⁸ (Afouxenidis et al. 2017; Cabot 2013). Depuis, la Grèce doit donc assumer la responsabilité du traitement d'un nombre exponentiel de demandes d'asile : d'un pays de transit, elle est devenue un pays d'asile.

⁸ Le règlement « Dublin II » fonctionne de pair avec un système d'identification biométrique au niveau européen, le système Eurodac. La base de données Eurodac permet de mettre en œuvre le règlement Dublin en rendant possible l'identification des demandeurs d'asile et leur renvoi dans l'État responsable du traitement de leur demande. Le règlement Dublin a été adopté dans la foulée de l'uniformisation des systèmes d'asile européens et vise à éliminer le *asylum shopping*. Ce désir d'uniformisation (des standards procéduraux, des taux d'acceptation, des conditions d'accueil) est en fait un des arguments qui justifie le renvoi d'un demandeur d'asile dans le premier pays par lequel il est entré, puisqu'il y serait, en principe, traité de la même façon. Il s'agit plus généralement du principe du tiers pays sûr, par lequel un État contourne le principe de non-refoulement sur la base de l'uniformité des procédures d'asile et d'un « partage des responsabilités » entre les pays. Ce principe n'est pas unique à l'espace européen - il existe notamment une entente similaire entre les États-Unis et le Canada (Akoka 2017; Lantero 2008).

Or, déjà à cette époque, la Grèce n'arrive pas à adhérer aux standards européens d'accueil des demandeurs d'asile et de traitement des dossiers : à beaucoup d'égards, son système d'asile est dysfonctionnel (Cabot 2013; 2014; Green 2017). En 2010, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) déclarait une « crise humanitaire » en Grèce, à cause des problèmes procéduraux dans l'identification des personnes nécessitant une protection internationale (UNHCR 2010 cité par Afouxenidis et al. 2017; Cabot 2013, 2014). L'anthropologue Heath Cabot, qui a ethnographié entre 2006 et 2008 le système d'asile grec, résume le contexte grec *avant* l'arrivée massive des demandeurs d'asile en 2015 :

While only a fraction of those who enter the country apply for asylum, since 2004 Greece has had one of the fastest-rising rates of asylum applications in the EU. It has struggled deeply with its emergence as a country of asylum, with limited and inadequate reception infrastructures and an extraordinarily oversaturated, sluggish asylum process. (Cabot 2013, 454)

Finalement, un dernier changement contribuera à rediriger les arrivées vers l'île de Lesbos. En effet, au début des années 2000, la majorité des traversées entre la Grèce et la Turquie se font plutôt à Evros, la frontière terrestre située au Nord des deux pays. Or, dans l'optique de sécurisation des frontières discutée précédemment, la Grèce a construit en 2012 une clôture barbelée à la frontière d'Evros et l'UE a financé une opération ayant pour but d'augmenter la présence policière dans cette zone (Afouxenidis et al. 2017). Ces nouvelles infrastructures, en rendant plus difficile la traversée des frontières à Evros, auront comme effet de déplacer les points d'entrée des migrants qui traversent la frontière gréco-turque vers les îles de la mer Égée (Cabot 2013; Christodoulou et al. 2016).

1.3 Lesbos au centre de la crise des réfugiés en 2015

C'est sur ce fond qu'émerge ce qui a été nommé « la crise des réfugiés » en Europe⁹. Cette série d'événements réfère à une augmentation radicale des traversées de la mer

⁹ J'utilise l'expression « crise des réfugiés » pour référer à une série d'événements spécifiques en Europe, dont la désignation commune et dominante est « crise des réfugiés ». J'utiliserai au cours du mémoire l'expression telle quelle, pour des raisons de simplicité. Cela dit, plusieurs critiques importantes ont été adressées à cette expression : d'abord, la « crise » des réfugiés n'est pas, en 2015, un phénomène nouveau et la majorité des personnes

Méditerranée qui débutent en 2014 – quand les traversées entre la Libye et l'Italie s'intensifient – , puis qui augmentent encore en 2015, année record dans l'histoire de l'Europe pour les traversées de la Méditerranée. En 2015, c'est dans la mer Égée que les arrivées se concentrent : elles commencent à augmenter en juillet avec un apogée au mois d'octobre 2015 – ce qui a donné à cette période historique le surnom du « long été de la migration » (*the long summer of migration*) (Della Porta 2018). Cette année-là, l'île de Lesbos est le point d'entrée principal des migrations vers l'Europe : elle est au cœur de la crise. Sur un total de plus d'un million de personnes ayant traversé la mer Méditerranée pour rejoindre l'Europe en 2015, la moitié ont passé par l'île de Lesbos (Clayton et Holland 2015; UNHCR 2015a). La figure 2 est un graphique qui montre l'augmentation des arrivées sur l'île de Lesbos pendant l'année 2015 : au mois d'octobre, 200 000 personnes entrent en Europe par la mer Égée, dont 135 000 à Lesbos (UNHCR 2015b). Les statistiques du HCR permettent aussi d'identifier les nationalités d'origine des personnes qui arrivent : en octobre 2015, 40 % proviennent de la Syrie, 35 % de l'Afghanistan et 10 % de l'Iraq.



Figure 2. Les arrivées sur l'île de Lesbos en 2015 (UNHCR 2015a)

déplacées dans le monde ne sont pas en Europe. Katerina Rozakou déplore que la situation des personnes déplacées et des pays hôtes ne se fasse appeler « crise » seulement lorsqu'elle affecte l'Europe et elle critique cette expression eurocentriste (Rozakou 2017b, 102). Ensuite, de façon générale, l'utilisation du terme « crise » - crise humanitaire, crise des réfugiés - se concentre sur les effets des situations et empêche d'en penser les causes, masquant du même coup les responsabilités des gouvernements au sein des conflits qui ont mené à ladite « crise » (Sandri 2018; Calhoun 2004).

L'ampleur de cette situation, à Lesbos, finira par être perçue comme une crise *humanitaire* – les morts en mer se multiplient et les conditions d'accueil sont insuffisantes – et *sécuritaire* – de nombreuses personnes non identifiées traversent les frontières (Afouxenidis et al. 2017). L'anthropologue Sarah Green (2017), spécialisée dans l'étude des frontières dans l'Égée, raconte comment les autorités locales n'arrivent pas, en 2015, à gérer les arrivées : « Les autorités ne pouvaient pas s'en sortir [...] elles ne pouvaient pas traiter toutes ces personnes, encore moins leur trouver de l'hébergement adéquat, des ressources ou tout type de conditions décentes. » (Green 2017, 9, ma traduction). Venue à Lesbos en juillet 2015 pour une conférence, Sarah Green témoigne de la situation sur l'île, alors que les banques sont en faillite et que près de mille personnes arrivent chaque jour sur les côtes de Lesbos. Elle y voit une double crise, générée par la défaillance de deux infrastructures – les infrastructures bancaires et les infrastructures de gestion des migrants. Les représentations médiatiques de ces deux crises, remarque-t-elle, sont similaires : d'une part la crise des réfugiés, avec ses longues files de migrants que les fonctionnaires n'arrivent pas à enregistrer, et d'autre part la crise bancaire, avec ses longues files devant les guichets automatiques aux fonds insuffisants¹⁰.

Cette réflexion sur les représentations rappelle que la crise des réfugiés en Europe réfère aussi à un phénomène médiatique. Non seulement les personnes traversant la Méditerranée sont nombreuses, mais elles sont aussi exceptionnellement visibles. En 2015, le public européen et international devient rapidement exposé aux images de familles arrivant sur les côtes grecques à bord de bateaux de fortune surchargés – images qui en sont venues à représenter la crise des réfugiés dans la mémoire collective (Vradis et al. 2019). Ces images attirent l'attention publique sur les périls des traversées – comme celle, iconique, du petit Alan Kurdi, trois ans, retrouvé mort noyé sur les côtes turques en septembre 2015 alors que sa famille tentait de traverser vers l'île de Chios, voisine de Lesbos. Dans les médias, ces images sont souvent associées aux

¹⁰ Ce type de représentations des migrants comme une masse humaine sans visage est récurrente et habituelle; voir par exemple l'article classique de Liisa Malkki à ce sujet, « Speechless Emissaries: Refugees, Humanitarianism, and Dehistoricization » (1996), sur lequel je reviens dans la section suivante sous le titre *Victimes dans le besoin : représentations des réfugiés et sujets humanitaires*.

nouvelles des désastres de la guerre en Syrie – qui est alors le pays d'origine de la majorité des personnes qui effectuent la traversée.

Les images et les récits transmis par les médias soulignent l'humanité et la vulnérabilité des personnes qui traversent (Abranches et Hasselberg 2018; Stevens et Dimitriadi 2018). Elles déclenchent la compassion du public et contribueront à un changement politique temporaire en Europe en faveur des réfugiés syriens (Green 2017; Kingsley 2016b). À titre d'exemple, deux jours après la mort d'Alan Kurdi, l'Allemagne accepte publiquement d'accueillir des milliers de réfugiés bloqués en Hongrie, suspendant temporairement le règlement « Dublin II » (Kingsley et al. 2015). Puis, en Europe centrale et en Europe de l'Est, un corridor humanitaire est créé pour faciliter le passage des migrants entre le nord de la Grèce et le sud de l'Allemagne (Kingsley 2015). À la fois au niveau politique et au niveau de la société civile, l'Europe est, lors d'une courte période, à nouveau une terre d'accueil.

1.3.1 Qui accueille ? Mobilisations de la société civile et installation de la gouvernance humanitaire

De façon générale, la crise des réfugiés en Europe donnera naissance à un large mouvement de mobilisation sociale et à l'émergence de nombreuses initiatives de solidarité envers les personnes migrantes dans plusieurs villes européennes ainsi que le long de ce corridor humanitaire (Cantat, Feischmidt et Pries 2019). Dans leur ouvrage paneuropéen sur les mobilisations de la société civile envers la protection des réfugiés, les chercheurs Céline Cantat, Margit Feischmidt et Ludger Pries lient la restriction de l'asile à l'émergence de structures de solidarité envers les migrants, en démontrant que la restriction de l'asile augmente la pression sur les périphéries, où se mettent en place des camps informels qui, à leur tour, rendent visibles les conséquences humaines des politiques migratoires : cette visibilité stimule ainsi la mobilisation de la société civile. En Grèce spécifiquement, l'anthropologue grec Leonidas Oikonomakis (2018) a retracé l'évolution des initiatives de solidarité envers les migrants depuis 2015. Oikonomakis démontre qu'à Lesbos, ce sont d'abord les locaux, souvent des villageois déjà sur le terrain, qui s'occupent d'accueillir les migrants qui accostent sur l'île. Ensuite, des groupes de solidarité venus d'ailleurs en Grèce, puis d'ailleurs en Europe, viennent s'y joindre. Et, finalement, les organisations humanitaires internationales viennent s'installer sur l'île, y

apportant leurs « expertises ». Comme l'explique Katerina Rozakou dans un article sur les nouvelles formes de l'humanitaire en Grèce, Lesvos était maintenant sur la « carte » des crises humanitaires et « la situation sur l'île était perçue comme une situation de crise humanitaire qui demandait l'intervention d'acteurs humanitaires expérimentés » ([Rozakou 2017d, 103, ma traduction](#)). La gouvernance humanitaire s'installe très rapidement sur l'île : si, en juillet 2015, les organisations humanitaires sont totalement absentes, on en compte dès la fin septembre au moins cent qui opèrent à Lesvos (Rozakou 2017b). En conséquence, les groupes de solidarité locaux et européens qui remplissaient, de façon informelle, les fonctions d'accueil et de services ont été forcés de s'institutionnaliser ou ont dû laisser la place à des organisations plus officielles (Oikonomakis 2018).

1.3.2 2015-2016 : De lieu de passage à lieu de confinement

Il est important de comprendre que Lesvos, en 2015, constitue seulement un lieu de passage pour les migrants – un lieu qu'ils traversent pour continuer leur parcours migratoire dans le but de s'installer ailleurs qu'en Grèce ([Rozakou 2017](#); [Stevens et Dimitriadi 2018](#); [UNHCR 2015b](#)). À cette époque, une fois arrivés à Lesvos, les migrants y restent de quelques heures à quelques jours, le temps d'obtenir le papier leur permettant de prendre le traversier jusqu'au continent, puis traversent différents états des Balkans jusqu'en Allemagne. La figure 3 permet de visualiser cette route des Balkans suivie par les migrants en 2015, les conduisant de la Turquie à l'Allemagne.



Figure 3. Route des Balkans suivie par les migrants en 2015 (BBC 2015)

Les autorités des différents États européens, incluant la Grèce, adoptent alors ce que l'anthropologue grecque Katerina Rozakou (Rozakou 2017a), suite à un terrain auprès de fonctionnaires grecs à Lesbos en 2015, appelle des « pratiques de non-enregistrement » : les autorités laissent passer les migrants sans les enregistrer. Cette « politique d'invisibilité » (Rozakou 2017) – on fait comme si on ne les voyait pas – est inhabituelle d'un point de vue politique et elle permet alors aux migrants de continuer leur route sans être bloqués aux frontières ou aux points de contrôle. Durant cette courte période, qui durera moins d'un an (de septembre 2015 à mars 2016), le passage de la Turquie jusqu'en Allemagne se fait parfois en quelques jours. Dans leur chronologie de la crise des réfugiés, en introduction de leur ouvrage *New Borders : Hotspots and the European Migration Regime*, le chercheur Antonis Vradis et ses collègues (2019) appellent cette période « le temps de l'innocence » (*the age of innocence*), puisque c'est une période où l'opinion politique est favorable à l'accueil des réfugiés et pendant laquelle la société civile se mobilise (Vradis et al. 2019).

Cependant, cette ouverture momentanée ne durera pas : au contraire, elle sera rapidement contrecarrée par la fermeture des frontières de la route des Balkans, qui bloquera les migrants en Grèce, puis par l'entente entre l'Union européenne et la Turquie, qui confinerà aux îles

grecques les migrants qui y arrivent après le 20 mars 2016. Effectivement, en mars 2016, l'UE publie une déclaration publique commune avec la Turquie, mieux connue sous le nom de « l'entente UE-Turquie »¹¹. Cette entente est basée sur la reconnaissance de la Turquie comme tiers pays sûr et sur un principe de réadmission : les migrants arrivant dans les îles grecques à partir de la Turquie pourront y être retournés (European Council 2016). Elle a comme objectif de freiner les arrivées dans l'Égée et cela fonctionnera effectivement, les arrivées baissant drastiquement à partir de cette période (Afouxenidis et al. 2017). Cela dit, cette entente se double d'une conséquence plus importante : afin de pouvoir être enregistrés et de rester sous contrôle des autorités (pour potentiellement être retournés), les migrants tombent sous restriction géographique, c'est-à-dire qu'il leur est impossible de quitter l'île de Lesbos¹² (Greek Council for Refugees 2019).

Ainsi, depuis le 19 mars 2016, les migrants qui arrivent sur l'île vivent une situation de confinement pendant la période de traitement de leur demande d'asile. Cette mise à l'écart sera décrite par la géographe politique Laurence Pillant comme un « confinement insulaire » (Pillant 2016, §15), alors que Leonidas Oikonomakis écrira que « l'île elle-même devient un grand camp » (Oikonomakis 2018, 80, ma traduction). Si elle était en 2015 un lieu de passage, l'île de Lesbos est donc, depuis 2016, devenue un lieu d'accueil temporaire pour plusieurs milliers de migrants en attente de compléter leur demande d'asile. À Lesbos, la situation temporelle des demandeurs d'asile encampés est ainsi marquée par l'attente et l'incertitude : les demandeurs

¹¹ Les points principaux de l'entente sont les suivants : 1) Les migrants qui traversent de façon irrégulière entre la Turquie et la Grèce seront retournés en Turquie s'ils sont admissibles à une protection en Turquie (surtout les Syriens) ou bien s'ils ne demandent pas l'asile en Grèce; 2) Pour chaque Syrien retourné en Turquie, l'Europe relocalisera un Syrien déjà en Turquie; 3) La Turquie s'engage à prendre des mesures pour empêcher la migration irrégulière vers l'Europe; 4) l'UE alloue 3 milliards d'euros pour améliorer les conditions de vie des personnes protégées en Turquie; et 5) l'UE et la Turquie s'engagent à accélérer le processus d'accession de la Turquie à l'UE (European Council 2016).

¹² À noter que peu de personnes seront effectivement renvoyées en Turquie, puisque l'UE évalue d'abord leur admissibilité à la procédure de retour et que la plupart des demandeurs réussissent à prouver que la Turquie n'est pas sécuritaire pour eux - à l'exception de certains Syriens, puisque cette nationalité bénéficie d'un statut de protection temporaire en Turquie. Bref, la conséquence principale de l'accord UE-Turquie a plutôt été de faire baisser les arrivées et de confiner les personnes dans les îles grecques pour une période prolongée.

d'asile sont en transit sur l'île – ils ne désirent pas y rester, mais y sont confinés – et pourtant ce transit s'établit dans la durée. Cette situation est qualifiée par Angeliki Dimitriadi, chercheuse dans le domaine des migrations irrégulières, comme une situation de limbes prolongés. Lesvos est devenue selon elle un lieu « d'échouement imposé » (*imposed strandedness*) (Dimitriadi 2017, 81).

Au même moment que l'entente UE-Turquie, l'UE instaure aussi à Lesvos – ainsi qu'à d'autres endroits stratégiques en Méditerranée – l'approche *hotspot*. Au niveau matériel, le *hotspot* correspond à des infrastructures : des camps, officiellement nommés « Centres d'accueil et d'identification »¹³, où sont concentrés services et hébergements pour les migrants et où l'allocation et la provision de biens et services sont en grande partie assurés par des organisations non gouvernementales (ONG) internationales (Vradis et al. 2019). Au niveau administratif, le *hotspot* est une combinaison de nouvelles pratiques légales et administratives qui coordonnent des agences européennes (entre autres Frontex et le Bureau européen d'appui en matière d'asile (EASO)), des organisations internationales (Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR), Organisation internationale pour les migrations) et les autorités nationales grecques (police, service d'asile) dans le but de créer un système intégré de triage et d'enregistrement des migrants aux frontières, ainsi que pour gérer les demandes d'asile (Vradis et al. 2019). À l'intérieur du *hotspot* de Lesvos, c'est par exemple le bureau européen d'appui en matière d'asile (EASO, pour *European Asylum Support Office*) qui entend et évalue la majorité des demandes d'asile; il soumet ensuite des recommandations aux autorités grecques qui prennent la décision finale.

Le *hotspot* est donc une nouvelle forme de camp aux frontières de l'Europe où plusieurs niveaux de gouvernance (national, supranational, international) travaillent ensemble à la gestion des migrations. Dans la littérature en sciences sociales portant sur Lesvos depuis 2015, c'est l'approche *hotspot* qui a le plus retenu l'attention, en ce qu'elle représente un nouveau dispositif frontalier qui combine des fonctions humanitaires et sécuritaires (Afouxenidis et al. 2017; Chouliakari et Georgiou 2017). Le *hotspot* est ainsi représentatif de la gestion européenne des mobilités : à la fois sécurisation accrue et encampement des migrants dans les zones-frontières

¹³ À Lesvos, les bureaucrates utilisent l'acronyme RIC, pour *Reception and Identification Center*.

(Dimitriadi 2017; Kalir et Rozakou 2016; Martin et Tazzioli 2016; Papoutsi et al. 2018; Tassin 2016; Vradis et al. 2019).

1.3.4 Une population bouleversée : effets de la crise sur les habitants

Comme mentionné plus haut, ce ne sont pas seulement les migrants qui arrivent à Lesbos, mais aussi à ceux venus pour les « aider », les « gérer », ou « documenter » leur situation : visiteurs grecs et étrangers, étudiants, personnel humanitaire, touristes restés plus longtemps pour devenir bénévoles, groupes de solidarité, employés des agences européennes venus observer la situation ou offrir du support technique, photographes et journalistes, docteurs, activistes, politiciens, célébrités... et l'occasionnel chercheur en sciences sociales. À ce propos, dans son compte-rendu ethnographique de la situation, l'anthropologue Evthymios Papataxiarchis (2016a, 2016b) – qui réside, enseigne et fait du terrain à Lesbos – parle de « deux flux humains massifs provenant de directions opposées ». Ces deux flux migratoires opposés, continue-t-il, « ont un effet considérable sur les communautés locales : elles changent tout. » (Papataxiarchis 2016a, 6, ma traduction). Dans deux comptes-rendus publiés rapidement (en avril et juin 2016) dans la revue *Anthropology Today*, Papataxiarchis dresse le portrait d'une population locale bouleversée. Les habitants des villages locaux sont, d'une part, ébranlés par les arrivées souvent tragiques des migrants en mer, mais aussi, d'autre part, troublés par la présence nouvelle d'activistes en soutien aux migrants avec qui ils doivent négocier – ces derniers s'installant dans les villages et imposant leurs visions de l'accueil. Les bénévoles venus de l'étranger, qui sont de plus en plus présents dans les îles de la mer Égée, viennent eux aussi compliquer les relations sociales sur l'île, en brouillant les notions d'hôte et d'invité, comme en témoignent les analyses de la chercheuse Alexandra Knott (2017).

Bref, la composition de l'île et les dynamiques sociales sont grandement altérées. Plusieurs chercheurs s'entendent pour affirmer que tous ces changements en une courte période ont eu un impact énorme sur la population locale à Lesbos, déjà fragilisée par la crise économique de 2010 ainsi que par la teneur dramatique des arrivées et des morts sur ses rives (Afouxenidis et al. 2017; Rozakou 2016). Compte tenu du fait que l'improvisation et la confusion sur la façon de gérer les arrivées seront une constante de 2015 à aujourd'hui, la population locale, sur le terrain et dans les recherches, exprime le sentiment d'être abandonnée par les gouvernements centraux.

Sans avoir les ressources nécessaires, les habitants de Lesbos sont laissés en grande partie à eux-mêmes pour gérer le « problème des migrants » (Rozakou 2017a; 2017d).

De plus, de façon plus large, l'approche *hotspot* est perçue comme étant imposée par l'Europe sur la Grèce dans le but de contenir les personnes qui arrivent, ainsi que la crise humanitaire dans laquelle elles vivent, loin des pays d'Europe du Nord (Christodoulou et al. 2016) – comme l'illustre la métaphore souvent utilisée de la Grèce comme « l'entrepôt de l'Europe » (en grec, *i apothiki tis Evropis*) (Rozakou 2017a, 45). En outre, la présence des agences européennes sur le terrain est perçue comme un énième jugement moral porté par l'UE sur la Grèce, une Grèce qui n'en fait jamais assez – financièrement, techniquement, politiquement – pour mériter sa place dans l'UE (Cabot 2014; Christodoulou et al. 2016) et qui, avec la crise des réfugiés, « s'est encore une fois montré “inadéquate” pour garder les frontières de l’ “Europe” et pour satisfaire aux exigences humanitaires d'un État européen » (Rozakou 2017a, 41, ma traduction, guillemets originaux). C'est dans ce contexte difficile que se mettent en place, après la crise de 2015 et de façon improvisée, des structures d'accueil pour les migrants.

1.4 Après la crise : 2016-2018

1.4.1 Délais dans les procédures et écarts dans les services

Que se passe-t-il après la baisse des arrivées en 2016 et la fermeture des îles grecques, devenues lieux d'encampement ? Loin des projecteurs, la situation à Lesbos ne s'améliore pas : à bien des égards, elle devient pire. Tout d'abord, la Grèce, dont le système d'asile était déjà dysfonctionnel, doit maintenant assumer le traitement compliqué des demandes d'asile de tous ceux qui sont arrivés – ou qui continuent d'arriver, bien qu'en plus petit nombre¹⁴. Malgré l'assistance du Bureau européen d'appui en matière d'asile, cela entraîne des délais importants dans les procédures et un très long arriéré. Conséquemment, la plupart des demandeurs restent sur l'île en moyenne entre 6 mois et 2 ans. Pendant ce temps, les retards et les erreurs

¹⁴ En septembre 2018, le nombre de demandeurs d'asile en attente présents à Lesbos atteint pour la première fois depuis 2015 le nombre de 10 000 personnes (Ekathimerini 2018; *Le Monde* 2018), ce qui constitue plus d'un dixième de la population locale de l'île, s'élevant normalement à 85 000 personnes. Or, contrairement à 2015, ces demandeurs restent sur l'île pendant plusieurs mois. L'accumulation de personnes n'est donc pas terminée.

procédurales s'accumulent : des dossiers se perdent, d'autres restent sans réponses pendant des années et les procédures manquent de régularité, ce qui crée un climat d'incertitude autant pour les demandeurs d'asile que pour les travailleurs humanitaires. La superposition de plusieurs niveaux de gouvernance (européenne, grecque, non gouvernementale) est difficile à coordonner et crée une bureaucratie humanitaire et asilaire très compliquée. De plus, le *hotspot* de Moria accueille des résidents de plus de 50 nationalités différentes (Pizianou 2018) et les autorités n'arrivent pas à trouver des interprètes, ce qui rallonge encore plus les procédures, en plus de compliquer l'accès aux services pour les demandeurs.

Ensuite, à partir de 2017, le financement européen qui était versé aux ONG pour les services aux demandeurs d'asile est progressivement retiré pour être transféré au gouvernement grec. Or, le gouvernement n'arrive pas à organiser les ressources nécessaires pour prendre le relais et les ONG, spécifiquement médicales, s'inquiètent énormément de la lacune de services qui en résulte (Oxfam et al. 2017). De la même façon, le HCR, qui avait pris beaucoup de responsabilités dans la coordination des services en 2015, essaie lui aussi de se retirer progressivement afin de remettre au gouvernement grec les responsabilités de la protection sur son territoire. Le résultat, en 2018, est que les responsabilités ont officiellement été transférées au gouvernement grec, bien que les ONG continuent d'assurer une présence afin de remplir les écarts de services (spécifiquement en matière de soins de santé et en éducation), alors même que leur financement est de plus en plus fragile. De plus, cette situation crée un système à deux niveaux (ONG et État grec) qui est extrêmement difficile à coordonner, à cause des barrières de langue et des fonctionnements différents des systèmes humanitaires et étatiques, le premier fonctionnant sur la logique des besoins et de l'urgence, le deuxième dans une logique bureaucratique de services aux citoyens. Je vais maintenant m'arrêter sur les particularités du paysage humanitaire sur l'île.

1.4.2 Diversification du paysage humanitaire

Après 2016, on assiste à une diversification du paysage humanitaire à Lesbos. En effet, les services humanitaires sont offerts non seulement par les agences présentes dans le *hotspot*, mais aussi par de petites ONG qui fonctionnent à l'extérieur du camp et, en partie, par des infrastructures grecques (hôpitaux, écoles). Ces petites ONG fonctionnent souvent grâce à des bénévoles indépendants – terme référant à des personnes autofinancées et venues de leur propre

Les petites ONG dominent, créant un paysage humanitaire où les migrants sont pris en charge par une multiplicité d'acteurs, mais où les services communautaires et les activités d'intégration sociale, ainsi qu'une bonne partie des services médicaux, éducatifs et psychosociaux, sont organisés par de plus petites ONG, qui ne correspondent pas toujours au modèle humanitaire traditionnel.

Ces ONG sont en fait influencées par une socialité spécifique à la Grèce, socialité qui a aussi informé les mobilisations de la société civile en soutien aux migrants : la *solidarité* (en grec *allilegy*)¹⁵. Cette socialité est issue des initiatives citoyennes et militantes en réaction aux mesures d'austérité qui frappent la Grèce depuis la crise économique de la fin des années 2000 (Rakopoulos 2016). L'*allilegy* réfère à des pratiques d'« aide sociale » non étatique basée sur un principe d'horizontalité et, ce faisant, elle est souvent opposée à la charité (Theodossopoulos 2016). Quand cette socialité investit les initiatives d'aide aux migrants, elle prend donc la forme de communautés de soutien ou de solidarité, qui cherchent à être inclusives et à travailler « avec » plutôt que « pour » les migrants. En conséquence, les « solidaires » (du néologisme *allileggyos*) rejettent souvent l'étiquette humanitaire, alors même qu'ils occupent des fonctions considérées comme telles, comme la distribution de nourriture ou de vêtements. C'est par exemple le cas de la cuisine de solidarité *O allos anthropos*, installée sur Lesbos en 2015 et ethnographiée par Giorgios Serntedakis (2017).

En fait, ce phénomène – l'émergence d'organisations qui offrent des services aux migrants tout en rejetant le terme humanitaire – est aussi présent dans le reste de l'Europe. Il révèle les changements importants en train de s'opérer dans le paysage humanitaire européen – que les chercheurs nomment, selon les cas, « *volunteer humanitarianism* » (Sandri 2018), « *vernacular humanitarianism* » (Cantat, Feischmidt et Pries 2019) ou « *subversive humanitarianism* » (Vandevoordt et Verschraegen 2019). Ce « *solidarity humanitarianism* » (Rozakou 2017b; 2017c), comme on l'a nommé Rozakou dans le cas de la Grèce, représente ainsi non seulement une nouvelle forme d'humanitaire en Grèce, mais a aussi été adopté par des organisations

¹⁵ Voir notamment la section spéciale de la revue *Social Anthropology* intitulée « The other side of the crisis : solidarity networks in Greece » (numéro 24, volume 2, 2016).

installées à Lesbos dont les bases sont ailleurs en Europe. Rozakou le décrit dans son article *Solidarity #Humanitarianism : The Blurred Boundaries of Humanitarianism in Greece* :

Apart from large-scale, 'traditional' humanitarian actors like international organizations, the solidarity movement, grassroots – and largely informal – groups, and independent volunteers are what exemplifies the humanitarian landscape in Greece since 2015." (Rozakou 2017b, 100)

Bref, le paysage humanitaire à Lesbos n'est pas limité à des structures institutionnalisées. Il a une structure complexe souvent informelle, non hiérarchique et extrêmement flexible. Plusieurs formes d'humanitaire coexistent, se croisent et s'influencent entre elles. La démarcation est souvent floue entre une organisation humanitaire formelle et une initiative *grassroots*, par exemple quand cette dernière finit par s'institutionnaliser pour pouvoir être reconnue par le gouvernement ou recevoir des dons. Les nouvelles formes d'humanitaire « solidaires » sont au premier plan de la prestation de soins pour les demandeurs d'asile à Lesbos, ce qui vient brouiller les frontières entre action humanitaire, action militante et solidarité sociale et contribue à redéfinir ce qu'est une organisation humanitaire. Dans ce modèle, même les migrants encampés peuvent devenir, eux aussi, bénévoles humanitaires ou bien militants pour les droits des réfugiés, aux côtés de leurs collègues européens.

1.4.3 Conditions de vie et révoltes dans les camps

Entre 2016 et 2018, alors que se réorganise le paysage humanitaire, les migrants s'entassent (littéralement) dans le camp surpeuplé de Moria : entre 3 000 et 10 000 personnes y vivent, selon les périodes et la provenance des chiffres, pour une capacité d'environ 2 000 personnes. Cela a des conséquences importantes sur leur santé et leur sécurité, surtout parce que les demandeurs y passent plusieurs mois, voire des années. Les rapports d'organisations de droits humains et d'organisations humanitaires se multiplient depuis 2016 afin de dénoncer la surpopulation et les conditions de vie à Moria, ainsi que le manque d'accès aux procédures de protection et à l'information (Danish Refugee Council 2017; Greek Council for Refugees 2018; Human Right Watch et al. 2017; International Rescue Committee 2018; Médecins du Monde 2017; Médecins Sans Frontières 2017; 2018a; 2018b; Oxfam 2019; Oxfam et al. 2019; UN Human Rights Council 2017).

Ces rapports documentent aussi les conséquences de ces conditions de vie sur la santé physique et mentale des migrants – par exemple, le rapport *Confronting the mental health emergency on Samos and Lesbos* de Médecins Sans Frontières (2017). Des recherches en médecine leur font échos et constatent, dans les camps en Grèce et à Moria, un taux élevé de tentatives de suicide (Hermans et al. 2017) et une forte prévalence de troubles anxieux (Ben Farhat et al. 2018) qui sont causés *et* aggravés par l'encampement prolongé, par l'incertitude face au statut et par la quasi-inexistence d'accès à de l'information juridique et à de l'aide dans la procédure d'asile. Dans cette optique, une étude menée à l'été 2017 auprès d'habitants de Moria par des chercheurs en sciences sociales et des travailleurs humanitaires médicaux affiliés à Médecin sans frontières conclut que les demandeurs d'asile afghans, syriens et congolais interrogés sont victimes de mauvais traitements systémiques et de maltraitance institutionnelle, ce qui contribue grandement à la détérioration de leur santé mentale (Eleftherakos et al. 2018).

Cela dit, les demandeurs d'asile, sous restriction géographique, ne pouvant pas quitter l'île et vivant dans des conditions de vie « inhumaines » (Eleftherakos et al. 2018), ne restent pas passifs. Au contraire, différents mouvements de protestations sont entamés par les résidents du camp au sujet de leur confinement, des mauvaises conditions de vie et du manque de services et d'information : ces protestations prennent des formes diverses – pétitions, grèves de la faim et *sit-in* pacifiques, qui, parfois, tournent à la violence et à l'émeute, souvent suite à la répression violente des autorités ou à l'attaque de groupes fascistes (Legal Centre Lesbos 2019; Migreurop 2018). De plus, à plusieurs instances, des feux ravagent une partie du camp, sans qu'on puisse savoir s'ils sont causés par un accident (alors qu'un résident essayait de faire un feu pour se réchauffer ou cuisiner), par un demandeur d'asile révolté, ou par des ultranationalistes grecs (Papada et Papoutsi 2016). Les protestations – sous la forme de manifestations, de pétitions et de grève de la faim – se font aussi entendre du côté de la population et des autorités locales de Lesbos et du village de Moria (Ballaskas 2018; ANSAMed 2018), qui, comme mentionné ci-haut, se sentent abandonnés par l'Europe et par l'État grec, ayant à gérer sans moyens suffisants les personnes qui arrivent sur l'île – et qui ne peuvent pas la quitter

1.4.4 Où est la perspective des migrants ?

Deux constats s'imposent suite à la revue de la littérature portant sur la situation des demandeurs d'asile à Lesbos : d'une part, le moment de crise (2015-2016) est abondamment documenté, alors que ce qui s'installe par la suite l'est beaucoup moins¹⁶. D'autre part, peu de recherches se penchent sur les expériences des migrants eux-mêmes au sein de la zone-frontière à l'étude. Pourtant, selon la contribution de Dawn Chatty à l'*Oxford Handbook of Refugee and Forces Migration Studies* (2014), l'approche « par en-bas » (*from below*), celle qui, selon elle, donne une voix au migrant¹⁷, est justement l'apport principal que l'anthropologie peut faire à l'étude des migrations forcées. C'est donc à la conjonction de ces deux espaces laissés vides que la présente recherche prend place.

Il s'agit ainsi de prendre acte de la manière spécifique dont les îles de la mer Égée, à cause de leur proximité avec la Turquie, sont des *zones-frontières* au sens où l'entend Oikonomakis, citant Michel Agier (2016): « des zones liminales entre les pays et les continents possédant leurs propres dynamiques particulières » (Oikonomakis 2018, 72, ma traduction). Ces particularités, à Lesbos, sont de deux ordres : d'une part, l'expérience des migrants s'ancre dans une nouvelle forme de mise à l'écart qui utilise la restriction géographique. D'autre part, Lesbos est le lieu d'un nouveau paysage humanitaire, en changement. De fait, après l'entente UE-Turquie et l'instauration de l'approche *hotspot*, on parle en Grèce d'une procédure spéciale « à la frontière » (*at the border*) pour les personnes qui viennent demander l'asile, c'est-à-dire que les migrants qui arrivent à la frontière sont pris en charge de manière différente que ceux sur le continent. C'est ce qui se passe dans et par cette prise en charge, avec des acteurs humanitaires multiples,

¹⁶ Il est aussi intéressant de noter que toutes les recherches recensées comportent une partie basée sur un terrain ethnographique, même dans les cas où ce n'est pas la méthodologie habituelle des chercheurs - par exemple, Chouliakari (2017) en communication et Afouxenidis (2017) en sociologie politique. Cela nous informe sur la façon dont agit l'effet de crise - comme si « être "là" » (*being 'there'*) pour reprendre la formulation entre guillemets de Papataxiarchis (2016a, 2016b), et souvent être « là » seulement quelques jours, suffisait pour avoir l'autorité de parler de la crise.

¹⁷ Il me semble personnellement plus juste de parler du chercheur comme amplifiant des voix déjà existantes que comme « donnant une voix » à ses sujets.

ainsi que les conséquences productives que cette prise en charge a sur les expériences et les pratiques des demandeurs d'asile, que la présente recherche examine.

Chapitre 2. Cadre théorique

Cette section présente les efforts théoriques sur lesquels se base la présente recherche. Elle relève, dans trois sous-champs de l'anthropologie sociale – l'anthropologie de l'humanitaire, l'anthropologie des camps et l'anthropologie des réfugiés –, les outils pertinents pour comprendre les stratégies des demandeurs d'asile dans les structures humanitaires médicales de l'île de Lesbos ainsi que leurs effets. J'examine principalement le contenu d'articles scientifiques, de chapitres et d'ouvrages européens et nord-américains des années 1990 à aujourd'hui – c'est en effet autour de cette période que s'est développée l'anthropologie de l'humanitaire et que s'est approfondie l'étude des réfugiés et des camps. Plusieurs textes portent sur ces trois thèmes à la fois, mais le cadre théorique est divisé en sections distinctes, par souci de clarté. De plus, les champs à l'étude sont larges et seulement les apports pertinents à la compréhension et à l'analyse de l'objet d'étude ont été retenus.

J'aborderai la question de l'humanitaire en commençant par donner une définition anthropologique de ce terme, qui ne fait pas consensus. La définition que je retiens pour ce mémoire est celle d'un dispositif humanitaire dont l'objet est de soulager les corps biologiques, qui repose sur une logique compassionnelle et dont l'approche de soin se double d'un contrôle des populations à soigner, à partir des travaux de Miriam Ticktin (2011a), de Peter Redfield et d'Erica Bornstein (2011), de Didier Fassin (2010), de Michel Agier (2008) et d'Ilana Ferldman (2008; 2018). Ensuite, je présenterai la perspective de l'anthropologie des camps, basée autant sur les recherches faites dans des camps de réfugiés en tant que tels que sur les théories concernant une définition large du camp comme espace de mise à l'écart. Je retiendrai les fonctions de mise à l'écart géographique, temporelle et symbolique du camp (Agier 2008; 2014; Bernardot 2008; Fischer 2005; Inrand et Perrouy 2005; Kobelinsky et Makaremi 2009; Makaremi 2008; Rodier et Teule 2005; S. Turner 2016) afin d'éclairer les réalités vécues par les participants de ma recherche. Finalement, je discuterai plusieurs contributions de l'anthropologie des réfugiés. À partir d'une présentation des deux stéréotypes qui caractérisent l'expérience des réfugiés – la victime dans le besoin (Fusaschi 2010, Malkki 1996, Rajaram 2002, Ticktin 2016, Zetter 1991) et le réfugié menteur (Rousseau et Foxen 2005; 2006) –, je placerai les enjeux entourant la mise en récit (d'Halluin 2004), la crédibilité (Sorgoni 2019), la

présentation de preuves (Agier et Madeira 2017) et la performance (Huschke 2014, McKinnon 2009), lors des entrevues d'asile. Ces éléments, quand ils s'intègrent au dispositif humanitaire, mènent à l'utilisation du corps blessé (Ticktin 2011a) et à la médicalisation de la preuve dans l'entrevue d'asile (Fassin et d'Halluin 2005). De tels concepts permettront plus tard d'éclairer les interactions entre les demandeurs d'asile et les médecins, interactions qui sont centrales à mon analyse des stratégies des demandeurs et de leurs effets. Finalement, je terminerai ce chapitre avec une partie sur la littérature anthropologique au sujet de l'agentivité des migrants et des sujets humanitaires, définie comme le fait de « manœuvrer à l'intérieur de contraintes » (Cabot 2013, Coutin 2003) : cette agentivité qui n'est pas nécessairement intentionnelle ni planifiée. Cette définition de l'agentivité permet de complexifier la dichotomie passivité/résistance et de penser plus finement les pratiques des demandeurs d'asile au-delà de cette dichotomie, ainsi que l'imprévisibilité de leurs effets.

2.1. L'anthropologie de l'humanitaire

Qu'est-ce que l'humanitaire ?

L'anthropologie de l'humanitaire émerge début des années 2000, principalement dans le monde anglo-saxon. Elle s'est formée en rassemblant notamment, d'une part, des anthropologues étudiant des situations d'exceptionnalité (Pandolfi 2000; 2003) à la suite des travaux de Giorgio Agamben et de Michel Foucault et, d'autre part, des anthropologues étudiant la charité, la philanthropie et le développement (Bornstein 2003, Fassin 2001a) - dans la lignée d'une anthropologie plus classique qui étudie le don. Les anthropologues de l'humanitaire ont constaté que le terme « humanitaire » a différents sens, des sens qui sont contestés et définis différemment selon les acteurs (Minn 2007; Bornstein et Redfield 2011). D'après le portail de lexicographie du Centre national de ressources textuelles et lexicales, l'humanitaire s'attache à soulager l'humanité souffrante (CNRTL 2012a). Elle provient, rajoutent les anthropologues qui s'y sont penchés, d'un souci vis-à-vis la souffrance de l'autre, souci qui motive l'action (Fassin 2010; Feldman 2018; Bornstein et Redfield 2011; Ticktin 2011a). Pour Ilana Feldman, dont les travaux se basent sur la forme spécifique d'humanitaire destiné aux Palestiniens, l'humanitaire est une éthique d'intervention (Feldman 2008). Cette intervention peut prendre différentes formes, mais leur base commune est la conviction qu'il existe une responsabilité morale à réagir

à la souffrance humaine et qu'en intervenant il est possible de la soulager (Feldman 2018). Cette éthique est ailleurs nommée un projet moral ou une sensibilité (Bornstein et Redfield 2011), une constitution morale (Fassin 2010) ou un impératif moral (Ticktin 2011a). Pour reprendre les mots d'Erica Bornstein et de Peter Redfield dans l'introduction de l'ouvrage sur l'anthropologie de l'humanitaire qu'ils ont dirigé en 2011: « L'humanitaire est en ce sens plusieurs choses à la fois : une structure de sentiments, un ensemble de principes moraux, la base de revendications éthiques et de stratégies politiques, ainsi qu'un appel à agir. » (Bornstein et Redfield 2011, 17, ma traduction)

Peter Redfield et Erica Bornstein amènent, dans le même texte, une nuance importante : si l'humanitaire s'attache à faire le bien, il est cependant distinct d'autres formes d'« humanisme », comme la défense des droits humains ou le développement international. L'humanitaire se distingue en effet par son focus sur le présent : il s'occupe des vies présentes et laisse à d'autres la tâche de planifier leur bien-être futur ou d'obtenir des réparations pour des actes commis dans le passé (Bornstein et Redfield 2011). En d'autres termes, l'humanitaire est marqué par une temporalité présentiste. Présentiste en ce que l'intervention humanitaire est toujours présentée comme une mesure d'urgence, qui s'organise autour de moments d'exceptions : crise, catastrophe, désastre¹⁸. Mais présentiste aussi au sens où son objet, le soulagement de la souffrance, doit être immédiat : en effet, la logique humanitaire refuse de sacrifier les vies de ceux qui vivent aujourd'hui au profit d'autres objectifs, notamment politiques.

Bref, les définitions de l'humanitaire proposées par les anthropologues dépassent l'usage commun du terme, qui référerait plutôt à un ensemble d'acteurs constituant une l'industrie de l'aide humanitaire internationale (ces acteurs étant, paradigmatiquement, des organisations non gouvernementales fonctionnant avec des donateurs étatiques et privés). La définition des anthropologues permet de penser l'humanitaire comme plus qu'une industrie, mais bien comme un dispositif, c'est-à-dire un ensemble en réseau de discours, de pratiques, d'institutions et de

¹⁸ Au sujet de la mise en crise et de l'organisation de l'aide autour de moments qualifiés de crise, de catastrophe et de désastre, voir notamment l'ouvrage dirigé par Didier Fassin et Mariella Pandolfi (2013), « Contemporary states of emergency: the politics of military and humanitarian interventions » ainsi que le travail de Craig Calhoun (par exemple Calhoun 2004).

valeurs¹⁹ (Agier 2008, Haince 2010). J'ai identifié trois aspects principaux du dispositif humanitaire qui sont particulièrement pertinents pour comprendre sa mise en œuvre à Lesbos. Tout d'abord, surtout à partir des travaux de Miriam Ticktin, j'explorerai les implications de la centralité du soulagement de la souffrance des corps physiques au sein du dispositif. Ensuite, j'aborderai la logique humanitaire basée sur la compassion et ses conséquences sur les rapports sociaux, grâce aux outils conceptuels proposés par Didier Fassin. Finalement, je terminerai sur une tension centrale de l'humanitaire, soulignée par de nombreux chercheurs : celle entre le soin et le contrôle (Malkki 1996, Ticktin 2011a).

L'objet de l'humanitaire : la souffrance des corps biologique

L'intervention humanitaire s'attache donc à faire le bien et à améliorer le sort de l'humanité, mais à le faire d'une manière spécifique. En cherchant à distinguer l'humanitaire d'autres mouvements d'entraide, Erica Bornstein et Peter Redfield en sont venus à les catégoriser ainsi : si le développement s'inscrit surtout dans la sphère économique et les droits humains dans la sphère juridique, l'humanitaire s'en distingue en ce qu'elle s'inscrit plutôt dans la sphère médicale. C'est dire que l'intervention humanitaire met l'accent sur le soulagement immédiat de la souffrance physique (et, de plus en plus, psychologique) des êtres humains (Bornstein et Redfield 2011, Ticktin 2011a). En conséquence, les acteurs de l'humanitaire se voient obligés de définir, au moins implicitement, ce que constitue un être humain et une souffrance.

Les anthropologues vont ainsi s'intéresser à la façon dont les organisations qui se réclament de l'humanitaire vont localiser leurs interventions et définir une vie humaine. Et ils remarquent, Miriam Ticktin en tête, que la vie humaine est définie en termes biologiques (Fassin 2010; Fassin et d'Halluin 2005; Malkki 1996; Bornstein et Redfield 2011; Ticktin 2011a). L'objet principal de l'intervention humanitaire n'est donc pas des personnes autant que des corps, des corps souffrants : la vie à sauver est réduite aux corps physiques et les individus à soigner sont réduits à leurs corps biologiques.

¹⁹ Le concept de dispositif, tel qu'utilisé par les auteurs cités (Agier 2008, Haince 2010) est inspiré de la pensée contemporaine développée par Michel Foucault (1977) et de Giorgio Agamben (2007).

Miriam Ticktin remarque que cela indique, tout d'abord, une croyance en l'universalité de la souffrance : on peut la reconnaître, la mesurer et la comprendre – et on est moralement responsable d'y répondre et de la soulager. En pratique cependant, la souffrance est reconnue en regardant le corps biologique avec des techniques médicales et scientifiques, considérées comme objectives et universelles (Ticktin 2011a). Ce soulagement de la souffrance des corps biologiques est vu comme un objectif universel et apolitique, qui est à la base de l'idée de neutralité des interventions humanitaires de Médecins Sans Frontières (MSF), par exemple (Redfield 2010) : les organisations humanitaires médicales se targuent de soulager la souffrance sans jugement de l'affiliation politique des corps qui la portent²⁰. Pourtant, Miriam Ticktin fait la démonstration que l'objectif humanitaire de soulager la souffrance universelle des corps biologiques, sans autre forme de jugement, ne tient pas la route : elle démontre au contraire que ces corps doivent en fait être reconfigurés comme moralement légitime afin d'être reconnus comme universels. La reconnaissance d'un corps biologique en souffrance est donc toujours contextuelle et exceptionnelle. En d'autres termes, Ticktin identifie l'existence d'une *médiation* entre la souffrance d'un corps et sa reconnaissance. Elle remarque que cette médiation, qui privilégie certains corps au détriment d'autres, n'est pas admise par les acteurs de l'humanitaire qui se réclament d'une neutralité. Les anthropologues de l'humanitaire s'intéressent ainsi à ces moments et ces contextes dans lesquels la souffrance est reconnue, parce qu'ils permettent de nous renseigner, en retour, sur les politiques de l'humanitaire. Par exemple, les corps qui sont reconnus comme légitimes sont non seulement marqués par la souffrance, mais aussi, j'y reviendrai, par le statut de « victime dans le besoin » (*needy victim*) (Bornstein et Redfield 2011, 13), un statut qui requiert l'innocence et la passivité, notamment.

En outre, une conséquence importante de cette emphase sur les corps biologiques est la réduction de l'humain à son corps. Au lieu d'être reconnues en tant que citoyens ou en tant qu'humains à part entière, les personnes sont reconnues en tant que personnes malades et dans le besoin. Simon Turner, anthropologue travaillant sur les camps de réfugiés, explique en citant

²⁰ Redfield (2011) remarque, au sujet de la neutralité des organisations humanitaires comme MSF, que le refus de se positionner politiquement est en soi une stratégie politique. L'éthique de l'impartialité, ajoute-t-il, trouve sa définition la plus claire dans la provision de soins médicaux.

Didier Fassin l'effet dépolitisant de cette réduction de la personne à son corps blessé, son corps malade :

the refugee can no longer voice his political rights but rather appeal to a common humanity by showing his wounds [...] this appeal to compassion, in other words, reduces the refugee to his wounded body—to biological life rather than political subjectivity. (S. Turner 2016, 143)

Non seulement la personne (ici, le bénéficiaire potentiel de l'aide humanitaire est un réfugié) est-elle réduite à son corps blessé, mais ce corps est aussi ce qui remplace sa parole. Le corps est perçu comme étant nécessairement objectif, et donc plus crédible que la parole des bénéficiaires de l'humanitaire – ce qui a fait dire à l'anthropologue Liisa Malkki la célèbre formule « les blessures parlent plus fort que les mots » (*wounds speak louder than words*) (Malkki 1996). Cette emphase mise sur la souffrance des corps se base sur l'idée que le corps ne peut pas mentir donc que ce qu'il expose est nécessairement vrai. En d'autres termes, quand un individu devient soumis au principe humanitaire, c'est sa biologie qui prend sa place : pour reprendre la formule de Ticktin, la biologie « se substitue à la vérité » (*it stands in for truth*) (Ticktin 2011a, 141).

Compassion et sentiments moraux : la logique humanitaire

Didier Fassin (2010) a théorisé plus largement le projet d'une anthropologie de l'humanitaire à partir de la notion de « logique humanitaire ». Didier Fassin cherche en fait à saisir la manière dont une certaine logique humanitaire, basée sur des sentiments moraux, informe un ensemble de pratiques de gestion des vies précaires et modèlent leurs conditions d'existence. C'est ainsi qu'il en parle dans l'introduction son ouvrage *La raison humanitaire* (2010), ouvrage séminal dans lequel il suit « le déploiement des sentiments moraux dans les politiques contemporaines » (Fassin 2010, 8). Il entend par ceci que, de plus en plus, ce sont la compassion et la souffrance qui sont mobilisées (pour susciter l'adhésion) et qui mobilisent (les actions et les ressources). Les sentiments moraux, en d'autres termes, en sont venus à structurer les politiques contemporaines, spécifiquement quand il s'agit de gouverner et de gérer les démunis et les dominés – pauvres, assistés sociaux, malades, personnes sans domicile ou sans papier, victimes de guerre et de famines, etc. Par sentiments moraux, Fassin entend « les émotions qui nous portent vers les malheurs des autres et nous font souhaiter les corriger » (Fassin 2010, 7) – la compassion en étant la forme paradigmatique. La compassion, pour sa part,

consiste en une sympathie ressentie devant la misère des autres qui nous pousse à vouloir agir pour la soulager.

Plus généralement, l'anthropologie de l'humanitaire au sens où l'entend Fassin suit les effets d'une nouvelle constitution morale, d'une nouvelle forme d'articulation entre la raison et l'émotion, au sein de laquelle c'est l'émotion qui produit l'action. Dans cette nouvelle articulation morale, les impératifs moraux découlent des sentiments – plutôt que, par exemple, de principes rationnels. En ce sens, l'approche humanitaire est souvent contrastée par Fassin avec l'approche du droit : la première justifie l'action sur la base de la compassion alors que la deuxième le fait sur la base d'une condition absolue. On voit tout de suite comment la logique humanitaire, si elle est peut-être facile à mobiliser, comporte aussi ses limites intrinsèques : elle cesse en effet de fonctionner dès lors que les démunis échouent à susciter la compassion, ou lorsque la compassion se « fatigue » (Fassin 2010, 10). Il est à noter que cette logique humanitaire définie par Fassin peut être mise en œuvre autant par les organisations non gouvernementales (ONG) que par les États et les collectivités locales. À titre d'exemples, les études de cas qu'il rassemble dans son ouvrage sont multiples, suivant la logique humanitaire à la fois dans des terrains proches (en France) que lointains, allant de l'attribution d'aides sociales d'urgence par des fonctionnaires français à l'assistance aux victimes de conflit en Iraq par Médecins sans Frontières (MSF).

Cette approche permet à Fassin de montrer la façon dont les politiques contemporaines alimentées par la compassion en viennent à structurer les conditions d'un certain rapport social entre les bénéficiaires – les vies précaires – et ceux qui les aident, même à travers les différents terrains qu'il explore. La logique humanitaire construit en effet deux catégories de personnes : les prestataires, qui profitent de la figure du généreux bienfaiteur, et les bénéficiaires, reléguées à celle de victimes dans le besoin. Ces deux parties sont liées par le rapport humanitaire qui, « au-delà de toute intention des agents, fait de la compassion un sentiment moral sans réciprocité possible. » (Fassin 2010, 11) En d'autres termes, l'aide humanitaire, basée sur la compassion (et tirant ses racines de la charité), est un don qui n'accepte pas de contre-don. De plus, le rapport social humanitaire est marqué par la tension intrinsèque à cette *compassion qui motive l'action*, une tension entre solidarité et inégalité. D'une part, explique Fassin, la politique de la compassion est une politique de la solidarité, parce que la compassion se base sur une

reconnaissance de l'humanité commune qui nous lie à l'autre. Or, d'autre part, le sentiment de compassion et l'action qui en découle est aussi une politique de l'inégalité, puisqu'elle est toujours adressée « du haut vers le bas », vers les plus pauvres, les plus démunis, les plus faibles. Ainsi, le gouvernement humanitaire est toujours à la fois une relation d'entraide et une relation de domination.

Care and control : le pouvoir humanitaire

L'humanitaire est aussi, à beaucoup d'égards, une forme de contrôle et de pouvoir; la fameuse expression « *to care and control* » est notamment utilisée par Liisa Malkki pour définir le travail des organisations nationales internationales qui s'occupent des réfugiés (Malkki 1996, 386) et a été repris par Michel Agier, Miriam Ticktin et d'autres dans leur approche critique de l'humanitaire (Agier 2008; Feldman et Ticktin 2013; Ticktin 2011a; Pallister-Wilkins 2016). Ainsi, ce que certains appellent la gouvernance humanitaire réfère à l'ensemble des structures imbriquées à la fois dans des logiques d'assistance et de contrôle. Cette gouvernance humanitaire poursuit le double objectif de répondre aux besoins des sujets humanitaires et de contenir la menace qu'ils représentent (Agier 2008; Feldman 2018; Hoffman 2017). Pour ce faire, le dispositif humanitaire institue souvent des mesures répressives – surveillance, régulation, maintien de l'ordre, au nom du *care* – ce que Miriam Ticktin appelle « l'amour armé » (*armed love*) (Ticktin 2011a, 20). Elle entend par là que l'impératif moral d'agir pour soulager la souffrance est toujours accompagné, explicitement ou non, de pratiques qui tiennent de la violence et du confinement (Ticktin 2011a, 5).

En d'autres termes, l'humanitaire contemporain va de pair avec le paradigme sécuritaire qui oriente les politiques migratoires et les politiques de gestion des vies précaires (Fassin 2010). En effet, les politiques sécuritaires comme les politiques humanitaires ont le même objet : « les corps à gérer, réguler, définir et contrôler. » (Makaremi 2008a, 83). L'humanitaire, comme la sphère sécuritaire, organise les populations à gérer par plusieurs pratiques relevant du « biopouvoir », comme le comptage, le triage, le classement en catégories démographiques et institutionnelles (Agier et Madeira 2017) – voire, aujourd'hui, en gérant les camps de réfugiés grâce la haute technologie digitale (Hoffman 2017). En outre, la rhétorique de l'éthique humanitaire est souvent utilisée pour justifier des interventions militaires ou des opérations de contrôle (Bornstein et Redfield 2011, Fassin 2007; Minn 2007; Pandolfi et Corbet 2011) ou bien

pour « humaniser » des mesures sécuritaires et coercitives et leur donner des airs compassionnels (Fischer 2015; Makaremi 2008).

2.2 L'anthropologie des camps

Les camps : définition

La question de l'« encampement » des migrants, pour reprendre le terme de Michel Agier (2011), recoupe les questions de l'humanitaire, des frontières, de la mobilité et des migrations, de l'urbanisme, de la détention et du biopolitique. L'anthropologie des camps est pertinente ici non seulement parce qu'elle est à l'intersection de celle de l'humanitaire et des réfugiés, mais aussi parce qu'elle offre des concepts importants pour comprendre la réalité du terrain et de la population étudiés dans ce mémoire. Ce champ émerge à partir de réflexions sur les camps de concentration nazis (Arendt 1976), qui viennent par la suite s'appliquer à d'autres espaces d'exceptionnalité et de pouvoir, notamment les camps de réfugiés (Agamben 1997). Puis, dans les années récentes, les anthropologues de la migration qui se sont penchés sur les camps ont élargi sa définition pour rendre compte de ses nouvelles formes: le camp contemporain serait un dispositif fonctionnant comme une technique de gestion des flux migratoires et s'insérant dans un réseau plus large de dispositifs formels et informels contrôlant la mobilité (Agier 2008; 2014; Bernardot 2008; Fischer 2005; Intrand et Perrouty 2005; Kobelinsky et Makaremi 2009; Makaremi 2008; Rodier et Teule 2005; S. Turner 2016; Tsianos, Hess et Karakayali 2009). Ainsi, les camps font partie du nouveau paradigme sécuritaire de gestion des migrations Europe et dans le reste du monde : ils sont devenus le modèle dominant pour mettre à l'écart les étrangers (Kobelinsky 2010; Rodier 2003). Comme l'expliquent Carole Intrand et Pierre-Arnaud Perrouty dans leur présentation de la carte des camps de Migreurop²¹, le terme « camp » réfère à des espaces multiples :

Le terme va donc définir tous les types de lieux de mise à distance des étrangers : ainsi certains centres ouverts d'accueil, de transit ou d'hébergement, dans lesquels les étrangers sont cantonnés parce qu'ils n'ont pas d'autre choix que celui de s'y trouver, seront entendus comme des camps. (Intrand et Perrouty 2005)

²¹ Migreurop est un réseau de chercheurs et de militants qui regroupe des associations et des individus en Afrique, en Europe et au Moyen-Orient afin de documenter et de lutter contre l'enfermement des étrangers dans les camps.

En cela sont étudiés ensemble, dans l'anthropologie des camps, autant les camps de réfugiés officiels administrés par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), les zones d'attentes et de transit pour demandeurs d'asile, les refuges auto-organisés et les camps de déplacés internes (Agier 2008). Les camps sont donc plus que des espaces de rétention et de mise à l'écart : ils sont aussi des lieux où les étrangers sont pris en charge, contrôlés et triés – et où ils sont pris en charge par le dispositif humanitaire. La fonction du camp est donc la mise à l'écart et le confinement, mais il a aussi, en même temps, celle de les filtrer les migrants, de décélérer leur mobilité et de rediriger leurs trajectoires (Tsianos, Hess et Karakayali 2009). C'est cependant sur la fonction de mise à l'écart que je me concentrerai ci-dessous, pour plusieurs raisons : cette fonction est, je l'ai dit, centrale à la gestion des migrations contemporaines, mais c'est aussi la fonction qui prime à Lesbos – celle dont les effets sont le plus fortement ressentis par les demandeurs d'asile.

Mise à l'écart géographique et symbolique

Les chercheurs proposent le concept de « forme-camp » (Rahola 2007) afin de cerner les effets de cet encampement au sens large sur les personnes migrantes. La mise à l'écart – géographique et symbolique – est l'implication principale de la « forme-camp ». En ce sens, l'encampement est défini par Carolina Kobelinsky comme un « mode de gestion des demandeurs d'asile caractérisé par la mise à distance, [...] à l'écart dans l'espace, et dans une temporalité marginale » (Kobelinsky 2010, 22). Tout d'abord, la mise à distance et à l'écart prend la forme, bien entendu, du maintien dans une zone géographique et de la restriction de mouvement. Mais elle prend aussi la forme de la mise à l'écart de la société, d'un point de vue temporel et symbolique, en empêchant l'autonomie et l'intégration dans la société d'accueil et en empêchant aussi l'étranger de rejoindre la catégorie des citoyens – et de jouir des mêmes droits (Intrand et Perrouty 2005, 1).

Les anthropologues remarquent aussi que la forme-camp a des conséquences sur les droits humains. Spécifiquement, il a été démontré que les camps de réfugiés, gérés par le HCR, sont caractérisés par de mauvaises conditions de vie (Verdirame et Harrell-Bond 2005; Agier 2008). Selon l'anthropologue Barbara Harrell-Bond, dont les recherches portent justement sur les grands camps de réfugiés gérés par le HCR en Afrique, la forme-camp est en elle-même une matrice de violation des droits humains (Harrell-Bond 1994), parce ce qu'elle engrange la

vulnérabilité économique et sociale et empêche l'intégration, l'autonomie et l'autosuffisance. Les encampés sont donc isolés (symboliquement et géographiquement) et ils perdent la possibilité de s'intégrer dans la société locale, notamment en ne pouvant pas travailler pour subvenir à leurs besoins. En ce sens, la mise à l'écart des migrants dans des camps est le revers de leur prise en charge par le dispositif humanitaire. Barbara Harrell-Bond considère en effet que le fait de placer les réfugiés dans des camps les empêche de se reconstruire une « vie normale » (Harrell-Bond 1994, 15) – en d'autres termes, s'ils n'étaient pas forcés de résider dans les camps, ils pourraient se recréer des réseaux de solidarité habituels (familiaux, religieux, ethniques). D'autres ont réfléchi sur cet effet de dépendance (perte d'autonomie) créée par les camps de réfugiés gérés par le HCR, où les réfugiés sont complètement « pris en charge » par le dispositif humanitaire. Roger Zetter, en 1991, en discute comme d'une conséquence inattendue de la prise en charge (Zetter 1991), alors que Cindy Horst (2006) discute de deux théories concurrentes, celle du « syndrome du réfugié dépendant », qui deviendrait passif sous les effets de la prise en charge humanitaire, et celle de la « dépendance instrumentale », une dépendance simulée par les réfugiés pour avoir accès aux ressources.

La temporalité du camp, entre urgence et attente (mise à l'écart temporelle)

Les anthropologues qui ont étudié les camps ont relevé deux temporalités qui leur sont caractéristiques et qui apparaissent comme paradoxale, comme un « choc des temporalités » (Agier 2016b, 175) : l'urgence et l'attente. D'une part, l'humanitaire en général et les camps de réfugiés en particulier sont caractérisés par l'urgence : l'urgence du déploiement de l'aide et des secours, conçus pour venir répondre à des « crises » ponctuelles, temporaires (Agier 2008, 200; Calhoun 2004; Fassin et Pandolfi 2013). Cette temporalité s'illustre, sur le terrain, par l'installation des infrastructures en quelques jours et les travailleurs humanitaires toujours à la course, envoyés des missions de quelques mois. D'autre part, en parallèle de cette temporalité de l'urgence, celle des encampés est radicalement différente : ils sont dans l'attente (Agier 2016b). Effectivement, leurs vies dans les camps sont caractérisées, nous l'avons dit, par une dépendance à la prise en charge du dispositif humanitaire et ils sont donc soumis, en pratique, à un système de queues et de mise en attente pour tous les services.

Plus largement, le camp est une mise à l'écart temporelle. Les encampés y sont en attente de pouvoir poursuivre leur vie – en attente d'un rapatriement ou une réinstallation, d'un statut de

citoyen, d'un permis de travail. Souvent, l'attente est d'autant plus insupportable que « l'issue et sa logique explicative restent largement incompréhensibles pour les retenus » (Agier 2008, 83). Et, alors même que la mise en camp est pensée sous la temporalité de l'urgence, établie en temps de crise et afin d'être temporaire, Michel Agier montre que les crises contemporaines finissent presque toujours par s'établir dans la durée. Ce qui en résulte est donc un « un modèle d'incertitude » (Agier 2016b, 176): une solution temporaire qui s'établit dans la durée, sans pour autant cesser d'être temporaire. Pour les demandeurs d'asile, Carolina Kobelinsky remarque que cette temporalité de l'attente est encore plus cruciale et doublée d'une incertitude plus radicale encore, puisqu'au bout de l'attente se trouve un statut juridique qui fera toute la différence pour le futur des demandeurs (Kobelinsky 2010). Mis ensemble, ces éléments de mises à l'écart multiples – symbolique, dans l'espace, dans le temps –, sont, pour reprendre la formule de Carolina Kobelinsky (2010), une façon d'éprouver le pouvoir l'état. Il a été démontré que ces relations à l'espace, au temps et à l'instabilité juridique contribuent au contrôle et à l'assujettissement des migrants par l'État (Haince 2014) et par le dispositif humanitaire (Agier 2008). Cependant, cet assujettissement, viens nuancer Carolina Kobelinsky, est à la fois un processus de subordination à un pouvoir *et* un processus de constitution de la subjectivité (Kobelinsky 2010). Une section en fin de chapitre met en place le concept d'agentivité circonscrite pour appréhender ce double effet, en abordant la manière dont les processus de subjectivation peuvent aussi être réappropriés par les bénéficiaires.

2.3 L'anthropologie des réfugiés

Parfois appelée « anthropologie des migrations forcées », l'anthropologie des réfugiés porte sur les diverses réalités d'une catégorie spécifique de personnes déplacées. Issue du développement et du droit international, le champ plus général de l'étude des réfugiés est multidisciplinaire et date des années 1980; il s'interroge notamment sur les causes et les effets du déplacement forcé de population. Quand les anthropologues se penchent sur l'étude des réfugiés, ils étudient entre autres les camps de réfugiés (Verdirame et Harrell-Bond 2005)²² et

²² L'étude des camps de réfugiés peut en fait être considérée comme un sous-champ de l'étude des réfugiés. Pour cette raison, des auteurs comme Barbara Harrell-Bond, fortement associée aux études sur les réfugiés notamment

le processus bureaucratique qui mène à l'obtention du statut de réfugié (d'Halluin-Mabillot 2012).

La définition légale d'un réfugié est basée sur celle incluse dans la convention de Genève de 1951, ratifiée par environ 150 pays, qui met en œuvre un droit humain : le droit à l'asile (Agier et Madeira 2017). Selon cette définition, un réfugié est toute personne qui,

craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner. (Haut Commissariat des Nations Unies pour les droits de l'Homme, 2019)

Pour plusieurs raisons évidentes, l'anthropologie des réfugiés recoupe celle de l'humanitaire : d'une part, la personne réfugiée, en tant que victime de persécution, constitue une figure paradigmatique de l'humanitaire. Ainsi, les interventions humanitaires s'adressent souvent aux réfugiés, qui deviennent donc un objet privilégié pour étudier ces interventions humanitaires, leurs logiques et leurs effets. D'autre part, plusieurs chercheurs remarquent que, dans le nouveau paradigme qui approche la migration de façon sécuritaire – et qui ce faisant restreint le droit d'asile –, le droit d'asile est de plus en plus remplacé par la logique humanitaire (Fassin 2010) et l'immigration est de plus en plus gérée sur la base du sentiment et des pratiques du soin et de la compassion (Ticktin 2011a). Les réfugiés sont donc des sujets humanitaires en ce qu'ils sont ces vies précaires qui, pour reprendre les mots de Didier Fassin, « ne sont pas définies dans l'absolu d'une condition, mais dans la relation à ceux qui ont sur elles un pouvoir » (Fassin 2010, 2). En d'autres termes, la logique de la compassion prévaut sur le droit à la protection, l'asile étant de moins en moins octroyé sur la base du principe du droit et de plus en plus sur la base de sentiments moraux.

2.3.1 Victime dans le besoin : passivité et innocence

parce qu'elle a fondé le Refugee Studies Centre de l'Université d'Oxford, ont plutôt été cités dans la section précédente lorsque leurs recherches portent surtout sur les camps.

Les chercheurs comme Liisa Malkki, dans un texte important de 1996, suivie de Prem Kumar Rajaram (2002), ont analysé la façon dont sont représentés les personnes réfugiées. Il en ressort qu'elles sont représentées par un stéréotype de victime dans le besoin – sans défense et en détresse. Ces différents chercheurs ont analysé de telles représentations des réfugiés à différents niveaux : ils remarquent qu'elles sont de premier plan dans les communications médiatiques des organisations non gouvernementales (Rajaram 2002), qu'elles transparaissent dans les politiques et les programmes qui sont destinés aux réfugiés (Zetter 1991) et qu'elles se retrouvent aussi dans les perceptions des travailleurs humanitaires (Malkki 1996). Ces représentations convergent vers la construction d'une figure du réfugié passif et sans ressources. Quels sont les effets de ces représentations ? Liisa Malkki remarque que, tout d'abord, ces représentations stéréotypées ont un effet généralisant qui vient masquer la diversité des expériences particulières des réfugiés et, ce faisant, qui réduit la complexité d'un individu à un stéréotype. Elles viennent aussi, en effaçant les trajectoires particulières et en insistant sur la passivité des réfugiés, enlever l'ancrage politique et historique leurs expériences (Malkki 1996). En effet, selon Malkki, le personnel des organisations internationales qui administrent les réfugiés Hutu en Tanzanie – déplacés suite au génocide rwandais – construisent, dans leurs discussions et dans leur travail quotidien, une figure du réfugié – un ensemble d'attentes et de définitions normatives – dont les effets sont de dépolitiser et de construire un sujet humanitaire anhistorique et universel (Malkki 1996). De plus, l'anthropologue montre que le savoir des réfugiés par rapport à leur propre situation n'est pas considéré : « ils sont rendus muets » (Malkki 1996, 392, ma traduction). En d'autres termes, Malkki argumente que la représentation du réfugié comme une victime passive a un effet sur la capacité de celui-ci à être entendue, sur sa « voix ». Malkki définit ici la « voix » comme la possibilité d'établir ses propres récits par rapport à sa situation et d'avoir un public pour recevoir ces récits. Les réfugiés, analyse-t-elle, n'ont pas de « voix ».

Si, de ce point de vue, les réfugiés n'ont pas la possibilité de se représenter eux-mêmes, ils sont cependant représentés par d'autres. Or, observe Prem Kumar Rajaram, quand ils sont représentés, c'est encore le contexte qui manque et ils sont réduits à la figure anhistorique et universelle de la souffrance et du besoin (Rajaram 2002). Didier Fassin arrive à la même conclusion en posant une des questions importantes de l'anthropologie de l'humanitaire, celle

des types de vies considérées pour les interventions humanitaires. Il démontre que les interventions humanitaires établissent, en creux, une distinction entre les vies qui peuvent se raconter elles-mêmes (les travailleurs humanitaires, ceux qui interviennent) et celles qui doivent être racontées par d'autres (les bénéficiaires muets au nom desquels l'intervention est faite) (Fassin 2007, 519). En outre, lorsqu'adressée au public, la représentation des réfugiés s'aligne avec l'agenda des agences humanitaires et joue sur les sentiments moraux – tel que l'illustre la campagne d'Oxfam analysée par Rajaram, dont l'objectif est de « générer la pitié » (*generating pity*) (Rajaram 2002, 252).

En fait, la représentation des réfugiés recoupe celle des objets de l'humanitaire, qui sont eux aussi constitués en victimes et en personnes dans le besoin. L'anthropologue Michela Fusaschi, dans un article qui analyse les représentations des femmes d'Afrique, retrace leur construction médiatique comme « victimes ». Elle trace une continuité entre l'humanitaire – même séculaire – et les récits chrétiens « de sauvetage et de salut » (*salvational narratives of rescue*), avec la particularité que l'humanitaire est dirigé sur une population spécifique : les victimes dans le besoin (Fusaschi 2010). Ces victimes ne sont pas, cependant, nécessairement méritantes : elles doivent, comme l'a démontré Ticktin dans le cas des corps malades, être reconnues comme moralement légitimes. Erica Bornstein et Peter Redfield, dans leur ouvrage sur l'humanitaire, s'intéressent aussi à cette question de la victime :

Secular humanitarianism thus defines a new population: needy victims. Yet, as with forms of religious charity that specify the conditions of a worthy recipient, “need” likewise requires evaluation and confirmation, being weighed in a moral balance that abhors any suggestion of fraud or corruption. (Bornstein et Redfield 2011, 13)

Ce qui est mentionné ici est une pureté exigée par la victime humanitaire, qui ne doit pas seulement être une victime, mais qui doit aussi être une victime « méritante ». Il se joue ici l'évaluation de l'honnêteté de la victime et de sa moralité : est-elle innocente ? A-t-elle mérité ses malheurs ? Cette évaluation se base sur les « signes visibles » de la victime, dans le corps, le comportement, les vêtements des réfugiés, signes que recherchent les travailleurs humanitaires ethnographies par Malkki. Spécifiquement, Miriam Ticktin a réfléchi sur l'importance de l'innocence pour la figure de la victime : pour être une « vraie » victime – et donc se mériter un soutien –, la personne doit être innocente, n'avoir aucune responsabilité dans la cause de ses malheurs (Ticktin 2016). Cela explique le fait que les personnes le plus souvent

représentées dans les campagnes de publicité des organisations humanitaires soient les enfants, archétypes de l'innocence.

Le stéréotype de la victime exige aussi la passivité : quelqu'un qui bénéficie de nombreuses ressources n'est pas « vraiment » un réfugié. Pour Roger Zetter, quand il s'immisce dans les programmes destinés aux réfugiés, le stéréotype de la victime implique un contrôle, car le bénéficiaire doit se conformer au stéréotype pour pouvoir obtenir des ressources (Zetter 1991). Cela dit, cette conformation est parfois une forme de réappropriation : Didier Fassin, en réfléchissant sur la construction de la figure de la victime humanitaire, arrivera à la conclusion que les stéréotypes et les catégories projetées sur les personnes dans le besoin peuvent être réappropriés par ces mêmes personnes, qui les utilisent comme des outils.

This construction [de la figure de la victime] is certainly necessary to justify humanitarianism, and it is also sufficient to it in that it has no need for the point of view of the persons in question. Moreover, in the configuration thus defined, these persons often willingly submit to the category assigned to them: they understand the logic of this construction, and they anticipate its potential benefits. (Fassin 2007, 512)

Plus largement, cette question de la représentation des réfugiés et des sujets humanitaires pousse à penser, encore une fois, le processus d'assujettissement qui découle du projet humanitaire. Les analyses autour du stéréotype de la victime montrent que les réfugiés sont à la fois perçus comme tels *et* forcés de s'y conformer, alors même que le stéréotype projeté sur eux les déshumanise et exige une pureté impossible à atteindre. Cela amène à réfléchir à la façon dont les réfugiés négocient leurs assignations comme victimes au sein des structures humanitaires.

2.3.2 *Le mythe du réfugié menteur*

La représentation des réfugiés comme victime a cependant un double : celle du réfugié menteur. Comme la maman ou la putain dans la représentation des femmes, les réfugiés sont appréhendés à travers deux figures principales polarisées : soit la victime dans le besoin – avec les conséquences réductionnistes et dépolitisantes que je viens d'aborder – ou soit le réfugié menteur, qui comporte lui aussi son lot de conséquences. Cindy Horst présente cette représentation à deux faces dans son ouvrage de 2006 :

As such, an ambiguous picture is created of, on the one hand, 'masses' of refugees who have no agency at all, mostly remaining in the developing world and, on the other,

individual ‘crooks’ who misuse their agency to come to the West and profit from various resources from which they have no right to benefit. (Horst 2006, 13)

La section qui suit s'attache à résumer les implications de ce que Cécile Rousseau et Patricia Foxen ont appelé « le mythe du réfugié menteur » (2006). Faisant écho à la division que fait Cindy Horst entre les réfugiés victimes, restés dans le monde en développement, et les profiteurs, qui ont réussi à faire leur chemin jusqu'en Occident, plusieurs auteurs lient le mythe du réfugié menteur au nouveau paradigme migratoire restrictif. C'est ainsi que les enjeux autour de la figure du réfugié menteur relevés par les chercheurs prennent place au sein des structures d'accueil et d'évaluation des demandes d'asile des sociétés occidentales. Pour cette raison, j'explorerai son impact spécifiquement dans les tribunaux d'asile et dans les interactions auprès des intervenants humanitaires.

Mais d'abord, d'où vient la figure du réfugié menteur ? Son apparition est liée au resserrement des politiques d'asile, alimenté par la peur des étrangers (Agier et Madeira 2017). Associé à ce nouveau paradigme restrictif, l'application du droit d'asile se reconfigure à partir des années 1980 autour de la figure du faux réfugié (Akoka 2017); celui qui ne serait pas vraiment persécuté, mais viendrait profiter des ressources économiques. La nouvelle croyance qui alimente ses politiques est celle selon laquelle la majorité des demandeurs d'asile sont plutôt à la recherche d'opportunités économiques que de protection contre la persécution. Conséquemment, alors que les pays européens proclament officiellement leur engagement envers le droit d'asile, la plupart d'entre eux ont en fait adopté des politiques qui le restreignent (Afouxenidis et al. 2017). Alors qu'ils étaient auparavant perçus comme des victimes à protéger – et ils le sont encore dans certains contextes –, les réfugiés sont de plus en plus perçus comme une classe de migrants indésirables, des fraudeurs qui cherchent de façon illégitime à s'approprier les ressources de la société d'accueil. On les dépeint comme des potentiels criminels ou comme des menaces envers la sécurité nationale (Rousseau et Foxen 2005). Ce stéréotype du réfugié-menteur a des effets sur plusieurs aspects de l'expérience des réfugiés. Puisqu'il fonctionne de pair avec celle de la victime, il enjoint les instances décisionnelles à « trier le bon grain de l'ivraie » et à mettre en place des procédures de filtrage sévère. Ce stéréotype a aussi un impact majeur sur l'expérience du demandeur d'asile, envers qui le soupçon et la méfiance deviennent généralisés (Agier et Madeira 2017; d'Halluin-Mabillot 2012). Cette méfiance a un effet sur l'accès aux ressources et la perception des demandeurs d'asile par la population en

général et les intervenants qui travaillent avec eux (Cabot 2013; Kobelinsky 2010; Thomson 2012), mais elle a surtout des conséquences importantes sur un moment clé du parcours des réfugiés : l'entrevue d'asile.

2.3.3 L'entrevue d'asile : médiations

Dans la majorité des cas en Europe, aux États-Unis et au Canada, l'accès au droit d'asile est structuré autour d'une entrevue où le demandeur doit, en face à face, convaincre un décideur appointé par l'état qu'il est bel et bien un réfugié. Cela signifie que les demandeurs d'asile doivent, à partir des nombreux détails de leurs expériences, produire une histoire, un récit. Ce récit est soumis à différentes exigences : il doit permettre de convaincre que la personne correspond à la définition d'un réfugié – ce qui inclut l'expression d'une peur subjective de retourner dans son pays –, en plus d'être crédible.

Convaincre qu'on correspond à une définition implique d'organiser son histoire en des termes différents de ceux par lesquels on l'a vécue. Cela sous-tend ce qu'Estelle d'Halluin nomme un travail de « conformation » sur le récit pour le transformer en discours légitime (d'Halluin 2004) et le développement de stratégies discursives pour reconstruire et réorganiser les expériences – multiples, complexes, parfois floues – en preuves factuelles convaincantes (Agier et Madeira 2017). L'expérience des réfugiés doit être, pour reprendre les mots d'Estelle d'Halluin-Mabillot « retranscri[te] pour qu'elle soit audible aux institutions » (d'Halluin-Mabillot 2012, 17). La formule couramment utilisée par les institutions internationales et les États selon laquelle une personne doit obtenir *la reconnaissance du statut de réfugié* est révélatrice de ce processus : elle sous-entend qu'une personne serait intrinsèquement réfugiée, mais que cette caractéristique intrinsèque doit être montrée, révélée, afin d'être reconnue et sanctionnée par l'autorité étatique au terme du processus d'évaluation de la demande d'asile. Ce processus implique aussi que, pour jouir du droit d'asile, le demandeur est obligé de s'exposer et de se mettre en scène : cette exposition de soi constituant une des « épreuves de l'asile » conceptualisées par d'Halluin-Mabillot.

En amont de ce processus d'évaluation (ou de reconnaissance) du statut de réfugié, le demandeur doit donc effectuer tout un travail de l'ordre de la mise en récit. La demande d'asile n'est donc pas un simple rendu d'une histoire : au contraire, la demande d'asile *s'élabore*, à partir de conseils

et d'outils offerts par des intermédiaires (communauté de pairs, avocats, associations de soutien aux demandeurs) (d'Halluin-Mabillot 2012). Le récit d'asile qui émerge au final est coproduit par les demandeurs d'asile *et* par les intervenants et médiateurs qui les aident (bénévoles, associations, avocats), en fonction des attentes anticipées et des normes projetées du décideur (Agier et Madeira 2017; d'Halluin 2004; d'Halluin-Mabillot 2012). Michel Agier discute de cette fonction du médiateur, en insistant à la fois sur son aspect essentiel et sur les enjeux éthiques de son rôle :

Le médiateur est un acteur tiers, il est à la fois indispensable pour que la demande d'asile soit possible (sinon le demandeur d'asile est dans la position d'un étranger absolu, sans relation) et il opère un filtre. [...] Les aidants ou les travailleurs sociaux se forgent une conviction sur chaque demandeur, qui naît de la contrainte intériorisée, « subjectivée », selon laquelle les récits de soi des demandeurs d'asile doivent être calibrés en fonction des attentes institutionnelles. (Agier et Madeira 2017, 10-12)

Estelle d'Halluin-Mabillot, qui s'est penchée sur ces médiateurs, offre une analyse des manières dont ils jouent un rôle dans l'accès aux droits et à différentes ressources pour les migrants et les étrangers. Elle observe que ces intermédiaires redoublent souvent les inégalités du droit et des politiques d'asile, en reproduisant les critères étatiques de sélection et de jugement. Cependant, ils ne le font pas totalement ni sans réflexion critique : au contraire, ils essaient aussi de résister aux logiques étatiques en mettant en place d'autres formes de sélection et de jugement, souvent humanitaires, parfois politiques. Bref, il y a dans le regard et dans le travail de sélection des aidants un *a priori* vis-à-vis des catégories de personnes à aider qui tient à la fois du principe humanitaire (la personne doit être vulnérable, visiblement souffrante) et des critères institutionnels d'évaluation de l'asile (crédibilité, moralité de la souffrance et de la persécution). Ils font donc face à des conflits éthiques relevant des injonctions contradictoires auxquelles ils doivent répondre (d'Halluin-Mabillot 2012). Si l'on s'attendrait à retrouver ces médiateurs surtout dans la sphère juridique, communautaire ou associative, il existe cependant une catégorie de médiateurs qui prend de plus en plus de place dans la sélection et l'accès au droit d'asile : ce sont les médecins, qui sont de plus en plus appelés à produire des certificats pour appuyer les témoignages des demandeurs.

2.3.4 La preuve et sa médicalisation

D'abord, reculons un peu pour revenir sur l'idée de preuve. Dans l'entrevue d'asile, à la différence d'autres types de procédures « judiciaires » impliquant l'État, le demandeur d'asile a la charge de la preuve, c'est-à-dire qu'il a la responsabilité de présenter et de faire valoir des « des éléments – récit biographique, éventuellement témoignages oculaires ou documents matériels – qui permettent la reconstitution des faits et des “préjudices” subis » (d'Halluin-Mabillot 2012, 36). Les preuves n'ont donc pas besoin d'être matérielles – le récit peut aussi en être une –, mais elles doivent viser à convaincre. En outre, même si elles ne sont pas nécessaires, les chercheurs montrent que les preuves matérielles sont de plus en plus attendues et ont un grand impact sur les décisions (d'Halluin-Mabillot 2012).

En ce qui concerne la présentation de preuves matérielles, leur présentation constitue un exercice difficile dans le cas de demandeurs d'asile qui ont dû quitter rapidement leur lieu d'existence. Face à cette absence d'avenues évidentes pour recueillir des preuves se met en branle pour les demandeurs d'asile une « quête infinie de la preuve » (Agier et Madeira 2017, 7) pour retrouver tel courriel ou tel article de journal attestant de la véracité de leur récit. Faute de pouvoir présenter des preuves matérielles, le fardeau de la preuve repose alors entièrement sur le récit fait par le demandeur sous forme de témoignage oral – donc sur l'évaluation de l'authenticité de son témoignage : en d'autres termes, sur sa crédibilité. Dans d'autres cas, l'exigence – ou plutôt l'attente implicite de la part des institutions et des décideurs – de fournir des preuves matérielles de la persécution a conduit les demandeurs, dans les dernières décennies, à se tourner vers leurs propres corps blessés comme preuve de leur persécution. L'augmentation de la demande pour des certificats médicaux, dans le cas français du moins, démontre cette tendance (Veisse 2003).

Ces preuves basées sur le corps sont en fait des preuves médicales : plus crédibles que la parole du demandeur, ce sont des certificats médicaux et autres rapports et documents établis par un médecin qui sont utilisés comme preuve matérielle pour appuyer le témoignage (Fassin et d'Halluin 2005; Veisse 2003). Estelle d'Halluin-Mabillot, dans son ouvrage de 2012, analyse en profondeur cette « trace écrite investie d'un pouvoir », celui de médecin (d'Halluin-Mabillot 2012, 240). En pratique, il s'agit pour les demandeurs de rencontrer un médecin qui attesterait, au minimum, de la présence de cicatrices, et, au mieux, du lien entre ces cicatrices et des événements (torture, persécution) relatés par le demandeur. Or, les tortures ne laissent pas toujours de marques et les menaces encore moins : il faut alors se tourner vers des évaluations

psychologiques et psychiatriques, en espérant que les cicatrices invisibles soient, au moins, diagnosticables. Cette « médicalisation de la preuve » cherche à pallier la réalité générale des demandes d'asile, qui est que, dans la grande majorité des cas, les preuves matérielles n'existent tout simplement pas (Sorgoni 2019).

Quelles sont les conséquences de cette médicalisation de la preuve ? Tout d'abord, la production d'un document pour attester de la parole du réfugié est liée au mythe du réfugié menteur : dans un contexte où l'authenticité de la parole des demandeurs d'asile est remise en question et ne suffit pas à convaincre, la preuve d'un corps blessé permet d'appuyer le récit. Ensuite, c'est aussi sur la base d'une expertise que le médecin rédige le certificat : ce faisant, la parole d'expert se substitue à celle de la victime et l'empêche de parler elle-même de son expérience. Le risque de cette substitution à la parole est d'autant plus grand que le médecin ne peut se prononcer que sur une partie limitée du récit (celle appuyée par des « preuves ») et non sur sa globalité.

Le certificat médical peut faire la différence qui fera pencher la balance en faveur du demandeur. Ainsi, cette « certification médico-légale » donne un pouvoir au médecin dans la décision d'asile, ce qui crée des problèmes éthiques chez les médecins appelés à produire de tels certificats – dans la mesure où ce n'est pas leur mandat principal. En effet, l'objectif du certificat médical est d'agir comme preuve pour convaincre un décideur, ce qui est utile pour les patients, mais pas nécessairement utile d'un point de vue thérapeutique. Estelle d'Halluin-Mabillot recense, dans son ouvrage, deux positions relativement à cette tension entre usage légal et usage thérapeutique du certificat médico-légal : certains médecins avancent l'argument de l'efficacité symbolique du certificat, qui serait le premier pas dans le processus thérapeutique de reconnaissance de la victime, alors que d'autres considèrent plutôt que de forcer le dévoilement du vécu difficile des patients est au contraire incompatible avec une relation de soin.

2.3.5 Quelles conventions pour convaincre ? Crédibilité et performance

Tel que mentionné, le témoignage est circonstanciel : il est notamment déterminé par son destinataire. De plus, d'après les études de Cécile Rousseau et Patricia Foxen auprès d'anciens décideurs du statut de réfugié au Canada, c'est une conviction intime et subjective de

l'authenticité d'un récit qui décide souvent de la reconnaissance ou du rejet du statut de réfugié²³ (Rousseau et Foxen 2005; 2006). Dès lors, la façon dont naît cette conviction intime et subjective de la véracité du témoignage revêt une importance considérable : comment la crédibilité des demandeurs d'asile est-elle évaluée ? Comment les demandeurs relèvent-ils cette « épreuve de vérité », comme l'appelle Estelle d'Halluin-Mabillot (2012) ?

L'évaluation de la crédibilité prend de plus en plus de place dans l'évaluation des demandes d'asile, comme l'illustre une étude de Sara McKinnon (2009) dans les tribunaux d'asile étatsuniens, où elle identifie la tendance des juges à rejeter les demandes sur la base d'un manque de crédibilité du demandeur plutôt que sur l'évaluation du contenu de la demande. Pour la chercheuse, qui étudie les audiences d'asile à partir des théories des communications et de la performance, l'évaluation de la crédibilité dans l'audience d'asile est un jugement de la performance du demandeur. En évaluant la crédibilité et l'authenticité du témoignage du demandeur, le juge évalue en fait la façon dont ce témoignage est livré devant lui – et il se base, pour ce faire, sur des conventions de genre, notamment la rationalité, la maîtrise de codes culturels et linguistiques, ainsi que le type et le degré des « dispositions émotives » (*embodied emotion*) (McKinnon 2009). En termes plus sociologiques, c'est dire que l'évaluation de la crédibilité dépend lourdement des dispositions de celui qui écoute (Agier et Madeira 2017).

Ainsi, la possibilité d'obtenir l'asile dépend de la capacité du demandeur à maîtriser les éléments de cette performance, qui tirent leurs exigences des deux stéréotypes du réfugié (la victime et le menteur). La part de l'évaluation de la crédibilité qui se base sur une exigence pointilleuse de cohérence) est justifiée par le mythe du réfugié menteur, alors que l'évaluation de l'émotivité, elle, se base sur le mythe de la victime et sur d'autres conventions raciales et genrées. Spécifiquement, la performance émotive doit se faire en accord avec les conventions régulant un témoignage crédible de persécution, conventions qui sont paradoxales, l'exigence de rationalité (le demandeur doit pouvoir produire un récit logique) existant en même temps que l'exigence d'être affecté et émotif – mais sans trop en faire, au risque de paraître « hystérique » (McKinnon 2009). Ici, c'est le comportement et la façon d'exprimer les émotions qui sont

²³ Michel Agier relève le fait paradoxal qu'une décision subjective décide de l'application d'un droit universel (Agier and Madeira 2017).

évalués dans cette performance et qui doivent venir « “factualiser” les énoncés du discours » (d’Halluin-Mabillot 2012, 45).

Si le juge décide de l'authenticité d'un récit sur la base de ses propres attentes et préjugés, ces attentes sont aussi appréhendées par les demandeurs et ceux qui les aident, qui construisent leurs récits ainsi que leurs performances à partir des attentes supposées des décideurs (d’Halluin 2004). Ce qui se met alors en place, ce sont « des moments de performance où l’on fait jouer à partir du récit, mais également à partir de son inscription sur le corps du demandeur, les représentations, les sentiments et les émotions des agents bureaucratiques qui doivent évaluer la demande d’asile. » (Kobelinsky 2010, 115). Ces moments de performance ne sont pas limités à l'audience d'asile, mais ils se multiplient aussi dans la plupart des interactions entre les demandeurs d'asile et ceux qui évaluent leurs admissibilités à des programmes ou à des ressources (Cabot 2013; Huschke 2014; Kobelinsky 2010). Bref, le droit d'asile passe donc par une évaluation individuelle doublement paradoxale, en ce sens qu'elle est basée, d'une part, sur l'évaluation subjective de la crédibilité des demandeurs et, d'autre part, sur la présentation d'une preuve souvent inexistante. Michel Agier résume ainsi la situation : un « droit universel passe par des procédures de vérification individualisées, qui ont besoin de vérités invérifiables » (Agier et Madeira 2017, 10). Conséquemment, une performance travaillée et la construction de son récit deviennent une pratique commune aux demandeurs, voire une nécessité pour qui veut être reconnu comme réfugié légitime dans un contexte où règne la méfiance. Or, cette performance et ce travail du récit fournissent aussi les armes à ceux qui dénoncent l'inauthenticité des réfugiés : c'est un des angles morts du système d'asile contemporain et de ses pendants humanitaires (Horst 2006; Rousseau et Foxen 2005).

2.3.6 Le corps blessé comme ressource

Au confluent de la médicalisation de la preuve, du rôle des médecins et du principe humanitaire, une réalité ne relevant pas directement de l'asile se met en place, celle de l'évolution des logiques de protection autour du corps et de la compassion. L'exemple le plus frappant est la « clause humanitaire » en France, mesure exceptionnelle qui permet d'obtenir un titre de séjour pour certaines personnes gravement malades et incapables de recevoir des soins dans leur pays d'origine. Cette clause humanitaire a été analysée, dans le cas français, par Didier Fassin (2001)

et Miriam Ticktin (2011). Leurs analyses mettent en lumière un principe plus général, déjà présent dans la question de la certification médico-légale pour les demandeurs d'asile : le corps souffrant est devenu une ressource pour les migrants. Comme le certificat médical, qui est venu à constituer « un bien précieux, une ressource rare » (d'Halluin-Mabillot 2012, 150), le corps blessé et malade qui permet de l'obtenir est lui aussi devenu une ressource à entretenir et à exploiter. C'est la même logique relevée par Estelle d'Halluin-Mabillot dans les processus d'asile, où les souffrances physiques ou psychologiques, les maladies, les cicatrices, le statut de victime (de viol, de torture) et l'attestation de traumatismes constituent des voies pour accéder à une reconnaissance juridique, à un statut (d'Halluin-Mabillot 2012). La détresse psychique rejoint de plus en plus la blessure physique dans cette rhétorique, tel que le démontre leur analyse des « usages sociaux » des traumatismes psychiques dans les politiques d'asile et par les étrangers (Fassin et d'Halluin 2007).

Didier Fassin et Miriam Ticktin ont analysé les effets de l'instauration, au cours des années 1990, de ce titre de séjour pour motifs humanitaires en France, alors que Nicolas Fischer a relevé un principe similaire dans les centres de rétention français pour les personnes en voie de déportation (Fischer 2011). Pour Fassin, à travers ce titre de séjour s'exprime un changement vis-à-vis du corps de l'étranger : il ne trouve plus sa légitimité dans sa force de travail, mais bien « à travers la maladie qui permet, sous certaines conditions de gravité et d'impossibilité de traitement dans le pays d'origine, l'obtention d'un titre de séjour pour “raison humanitaire”. » (Fassin 2001b). L'obtention d'un tel titre de séjour est explicitement un « processus compassionnel ». Ticktin suit la manière dont de ce titre de séjour pour raison humanitaire crée une nouvelle réalité où les personnes sans papiers qu'elle rencontre cherchent activement à transformer leurs corps pour qu'il devienne un corps blessé reconnaissable (par l'État, les décideurs et l'appareil médical qui agit comme médiateur) : « *they aim for a recognizable injured body* », écrit-elle (Ticktin 2011a, 202). Ticktin relate en effet une anecdote où des personnes sans papier, en France, cherchent à savoir comment s'infecter volontairement au VIH, ce qui leur permettrait d'obtenir un titre de séjour. Cette rhétorique de la blessure auto-infligée, qui regroupe l'automutilation et l'auto-infection au VIH, est importante pour Ticktin, « puisqu'elle se situe dans une réalité plus large où le migrant doit se tourner vers la blessure physique ou l'infection afin de réclamer des droits de base, ce qui illustre comment la biologie est en fait une des seules ressources pour certaines

classes de personnes. » (Ticktin 2011b, 185; ma traduction). Plus largement, c'est la biologie, poursuit Ticktin, en se transformant en ressource sociale, utilisée de façon flexible et créative, qui devient un domaine stratégique. Le fait que des étrangers soient prêts à troquer leur intégrité physique et leur santé pour un titre de séjour vient ébranler les conceptions libérales de l'intégrité physique comme valeur suprême, des limites de l'agentivité et de la dignité humaine.

2.4 Agentivité : quand les réfugiés réagissent aux structures humanitaires

Les performances des demandeurs d'asile ainsi que les stratégies discursives qu'ils mettent en place sont des points de départ pour aborder les lieux et les modalités de l'agentivité des migrants (Lawrance 2018), tel qu'elles ont été conceptualisées par les anthropologues. Si l'agentivité a souvent été localisée dans l'action politique, il faut se rappeler que cette action peut difficilement être menée dans un cadre humanitaire qui, à la fois, dépolitise (Malkki 1996) et se veut apolitique (Ticktin 2011b). Il y a donc un intérêt à suivre les modalités nouvelles d'agentivité qui peuvent prendre des formes plus subtiles : circonscrites, imprévisibles, passives, non intentionnelles ou implicites – mais qui ne sont pas pour autant sans effet. En ce sens, la définition que je retiens de l'agentivité des migrants – ou, de façon plus générale, des personnes assujetties à un pouvoir – est celle de Heath Cabot (2013) et Susan Bibler Coutin (2003), anthropologues juridiques qui étudient les structures migratoires et d'asile. Elles définissent globalement l'agentivité comme *la capacité à manœuvrer à l'intérieur de certaines contraintes*.

Susan Bibler Coutin développe cette conceptualisation du terme « *agency* » afin de comprendre les stratégies des Salvadoriens pour régulariser leur statut aux États-Unis – et les façons dont ces stratégies, même lorsqu'elles s'inscrivent en marge du cadre légal, finissent par influencer le cadre légal et les politiques qui sont destinées aux migrants. En mobilisant la définition de l'agentivité en tant que « manœuvres à l'intérieur d'un ensemble spécifique de conditions », Coutin (2003, 12, ma traduction) cherche à remettre en question l'association souvent faite entre l'agentivité et la résistance : une telle vision associe l'agentivité à l'indépendance, l'autonomie ou la souveraineté. Or, au contraire, si la résistance comme l'agentivité sont pour Coutin des « manipulations du système autant que des remises en question de ce système » (Coutin 2003, 12, ma traduction), elle conceptualise cependant l'agentivité comme une forme plus circonscrite d'action (ou d'inaction) ayant des conséquences qui ne sont pas nécessairement intentionnelles.

Suivant la conceptualisation de Coutin, Heath Cabot (2013), qui étudie les pratiques de sélection d'une ONG athénienne offrant de l'aide juridique aux demandeurs d'asile, utilise la définition d'agentivité de Coutin en insistant sur son caractère partiel et sur la nature indéterminée de ses effets. À partir de ce concept, Cabot montre que, dans les interactions entre les avocats et les potentiels bénéficiaires de soutien juridique, des formes d'exclusion peuvent être reproduites, mais qu'il y a aussi un espace pour que les deux parties, en manœuvrant au sein des conditions de l'interaction, recadrent ensemble l'expérience des demandeurs à l'extérieur du stéréotype de la victime.

Qui plus est, l'agentivité des sujets humanitaires telle que documentée par d'autres anthropologues a une autre caractéristique saillante importante : elle se base sur une réappropriation des outils à leurs dispositions ou des catégories auxquelles ils sont assignés. En d'autres termes, les stéréotypes et les catégories projetées sur les personnes dans le besoin sont réappropriés par ces mêmes personnes, qui les utilisent comme des outils (Fassin 2007). Il peut s'agir, comme mentionné ci-haut, d'utiliser son corps blessé pour obtenir un statut (Fassin et d'Halluin 2005) ou bien de se conformer au stéréotype de la victime pour être considéré comme réfugié. Mais il peut s'agir aussi de s'adapter pour correspondre à une catégorie humanitaire et obtenir plus de ressources, comme c'est le cas pour les mariages « bulgur » analysés par Lacey Andrews Gale (2007) dans les camps de réfugiés guinéens, où des couples se forment afin d'être éligibles à une certaine catégorie humanitaire, ce qui augmente la ration de nourriture à laquelle ils ont droit. Finalement, il peut aussi s'agir d'omettre de faire une déclaration dont on anticipe qu'elle nous retirera une forme de soutien – comme le dénote Cindy Horst chez les réfugiés somaliens de Dadaad (2006).

À ce sujet, Cindy Horst souligne une évidence qu'il vaut la peine de rappeler : il devrait être attendu que les bénéficiaires de services fonctionnent comme des acteurs stratégiques. Dit simplement, les sujets humanitaires et les réfugiés sont des humains avec leurs motivations et leurs intérêts propres et non des choses inertes; ils ne sont donc pas passifs face aux politiques qui leur sont destinées, mais plutôt, ils y réagissent et cherchent à « maximiser leur profit », à améliorer leurs existences. Cette affirmation peut sembler évidente, mais les deux stéréotypes des réfugiés, le menteur et la victime, créent un contexte où la méfiance côtoie une attente de passivité. Dans ce contexte, la capacité des migrants à réagir, à s'adapter est rarement prise en

compte par les acteurs humanitaires (Horst 2006). En outre, Barbara Harrell-Bond et Cindy Horst, en étudiant les infrastructures de l'aide humanitaire destinées aux réfugiés sur le continent africain, insistent toutes les deux sur le fait que l'agentivité est conditionnée socialement et dépend largement du capital culturel, social et économique. Tous n'ont pas les mêmes moyens de « manœuvrer » dans le système, pour reprendre le terme de Cabot et Coutin, ni les mêmes opportunités de « manipuler ses avantages », pour utiliser plutôt ceux de Horst et Harrell-Bond (Harrell-Bond 1986, 111, cité dans Horst 2006, 94).

Enfin, de façon plus large et pour utiliser un vocabulaire plus sociologique mobilisé par d'autres auteurs, comme Carolina Kobelinsky ou Marie-Claude Haince, parler d'agentivité vise à reconnaître que l'assujettissement est un processus qui subordonne des sujets tout en les produisant, leur donnant les outils propres à leurs conditions. Pour ramener le concept d'agentivité aux personnes assujetties au dispositif humanitaire : la raison humanitaire produit un sujet humanitaire qui est, d'une part, subordonné aux autorités et aux organisations étatiques et humanitaires qui le gouvernent et qui, d'autre part, met en place à partir de son statut de sujet humanitaire des pratiques « de résistance, d'appropriation, d'utilisation, de transformation et de transgression » (Kobelinsky 2010, 223) qui sont, selon Kobelinsky, des effets de l'hétérogénéité des processus d'assujettissement. Le concept d'agentivité permet donc de voir plus loin que les effets « subis » de l'humanitaire pour voir aussi comment les sujets « agissent sur » lui.

Ce que les sujets font à l'humanitaire, ce que l'humanitaire leur fait

Porter attention à ces formes d'agentivité des migrants – ces tactiques, stratégies, résistances – revient à porter attention aux effets productifs et « inattendus » (Ticktin 2011b) des structures humanitaires. Il s'agit de reconnaître que la condition humanitaire implique aussi l'habitude à des circonstances de vie difficiles et à des relations d'aide (Feldman 2018, 15). De cette habitude, de cette « condition humanitaire » (Feldman 2018) émergent des conditions de possibilité et d'impossibilité, des contraintes dans lesquelles une agentivité peut prendre forme. Cette agentivité a comme effet, en retour, d'agir sur les structures, de les travailler, voire de les coproduire avec les autres acteurs humanitaires.

Dans le chapitre précédent, la revue de littérature sur le contexte de ce mémoire a démontré que ce qui a été étudié, à Lesbos, est le moment de crise et la réponse à cette crise. Cela correspond à ce que Ilana Feldman, dans ses recherches sur les expériences de générations de Palestiniens vivant sous régime humanitaire (2018), nomme la « situation humanitaire » : les manières spécifiques et les mécanismes qui régissent l'émergence de l'urgence, son apparition comme une situation pressante qui mobilise la machine humanitaire (Feldman 2018, 15). En revanche, ce que ce mémoire aborde correspond plutôt à ce qu'Ilana Feldman nomme, en contraste, la « condition humanitaire » : l'expérience de vivre et de travailler dans un contexte prolongé de déplacement et de besoin. Pour reprendre une dernière formule d'Ilana Feldman, il s'agit de garder en tête que « les différents aspects de l'humanitaire ne sont pas séparables : ce que les gens font avec l'humanitaire est inextricablement entremêlé à ce que l'humanitaire leur fait » (Feldman 2018, 5, ma traduction). En ce sens, ce mémoire porte sur la relation entre les structures humanitaires et les migrants, dans les deux sens – ce qu'ils se font les uns aux autres.

Chapitre 3. Présentation du terrain

La collecte de données a été effectuée principalement lors d'un terrain ethnographique de trois mois, de la mi-mai à la mi-août 2018. Résidant au centre de Mytilène, la ville principale de Lesbos, j'ai fait de la participation observante dans différentes structures humanitaires et j'ai fréquenté les lieux de socialisation des demandeurs d'asile et des bénévoles humanitaires. J'ai aussi travaillé comme interprète bénévole dans la clinique d'une organisation non gouvernementale (ONG) médicale, en plus d'effectuer 19 entretiens en profondeur, partagés entre des bénévoles de l'ONG et des demandeurs d'asile. Dans le chapitre qui suit, je présenterai le terrain en discutant des lieux où ont été conduites les observations, soit le camp, la ville et la clinique humanitaire, puis en présentant les deux types d'acteurs étudiés : les demandeurs d'asile, hommes seuls francophones et anglophones, et les travailleurs humanitaires médicaux de la clinique. Je reviendrai ensuite sur les détails des méthodes d'enquête, adaptées pour chaque lieu et chaque acteur, pour finalement terminer sur une réflexion quant à mon positionnement comme chercheure, bénévole et activiste sur les terrains et sur les enjeux éthiques qui en découlent.

Ce terrain a fait suite à un premier séjour à Lesbos en 2015 durant lequel, venue comme touriste et tombée face à face avec la « crise des réfugiés » qui se déroulait sur l'île, j'ai fini par m'engager

quelques semaines comme bénévole dans un camp de transit pour migrants. J'ai ensuite continué de suivre la situation de l'île à distance, de Montréal, via les nombreuses productions médiatiques (reportages, articles, films), les rapports d'agences non gouvernementales et les réseaux sociaux, pour finalement retourner sur à Lesbos à l'été 2017. Ce deuxième séjour de trois mois était explicitement un terrain ethnographique exploratoire pour ma maîtrise. J'ai été bénévole dans des ONG et j'ai intégré un réseau d'activistes en soutien aux migrants, à travers lequel j'ai fait la connaissance de plusieurs demandeurs d'asile, à Mytilène. Contrairement à 2015, en 2017, le point central de l'expérience des migrants à Lesbos était le camp de Moria : activistes et demandeurs d'asile confondus parlaient tous du camp et de ses conditions de vie exécrables. En même temps, personne à part les encampés n'avait accès à ce lieu et j'étais témoin de différentes tentatives échouées pour entrer dans le camp – faites par des observateurs, des bénévoles indépendants, des activistes, des chercheurs et des journalistes.

3.1 Dedans, dehors, autour : quand l'accès façonne l'objet de recherche

Moria était donc un point focal que je voulais analyser, forte de mes recherches bibliographiques concentrées sur l'anthropologie de l'encampement, mais un point focal qui était impossible à observer *de l'intérieur*. Afin de contourner cet obstacle, j'ai intégré lors de mon séjour exploratoire en 2017 une des seules ONG présentes dans le camp, *EuroRelief*²⁴, en leur mentionnant mes projets de recherche futurs. Si ces projets n'ont pas posé problème lors de mon inscription auprès de l'ONG, j'ai cependant pris connaissance par la suite de ses règlements, qui interdisaient clairement que j'utilise et que je diffuse toute information sur le camp et les activités

²⁴ Il y aurait beaucoup à dire sur cette organisation. Il s'agit d'une organisation chrétienne dont la grande majorité des gestionnaires et des bénévoles sur le terrain sont étatsuniens et dont les pratiques ont été souvent critiquées (notamment relatif à des accusations de favoritisme envers les chrétiens et de tentatives de conversion). Lors de mon bénévolat auprès d'eux, la moitié des bénévoles étaient des Mennonites américains et il était requis pour tous les bénévoles de participer à des prières et à des sessions d'études de la Bible. Voir notamment les articles des journaux *The Guardian* et *The New Arab* ainsi que de la plateforme *Are You Syrious?* à ce sujet (*Are You Syrious?* 2018; Broomfield 2018; Kingsley 2016a)

d'*EuroRelief*. Ces règlements étaient une constante des autres ONG œuvrant dans le camp : j'ai vite appris qu'il s'agissait d'une directive venant « d'en haut », soit des autorités du camp, relevant du ministère de l'Immigration et du Service de police grecs. L'autorisation d'accès devait donc être obtenue de leur part.

Durant l'année qui a suivi, j'ai bâti une problématique de recherche au sujet des conditions de vie dans Moria et, faute de réponse aux courriels envoyés à distance, je planifiais essayer d'obtenir une autorisation d'accès sur place, en mobilisant des contacts auprès des autorités. Or, lorsque je suis retournée sur l'île en 2018 pour mon terrain de recherche, ce plan a échoué. Après plusieurs rencontres, courriels sans réponse, appels ratés et promesses d'accès de la part de différents acteurs et par différentes voies, je me suis finalement toujours heurtée à ce même refus provenant « d'en haut », soit du directeur du camp.

Cette situation, en soi, n'est pas étonnante : le refus d'accès au camp de Moria a été vécu et relaté par différents chercheurs et activistes depuis 2014 ([Dimitriadi 2017](#); [Pillant et Tassin 2015](#); [Rozakou 2017c](#); [les clowns sans frontières du film de Cynthia Choucair 2018](#)). Plusieurs raisons peuvent expliquer ce refus : la protection des résidents du camp, le manque de temps pour traiter les nombreuses demandes d'accès que reçoivent les autorités, le sentiment pour les travailleurs grecs de Moria qu'ils sont examinés et jugés par des étrangers ou le besoin, pour les autorités, de contrôler les informations qui circulent au sujet du camp ([Rozakou 2017c](#); 2019).

Dans le cas d'une ethnographie qui s'intéresse aux dispositifs de contrôle des migrations, l'accès aux lieux est hautement réglementé et sécurisé ([Haince 2010](#); [Maillet, Mountz et Williams 2017](#)). L'autorisation d'accès doit être obtenue auprès d'une bureaucratie étatique compliquée, un exercice qui force à reconnaître la nature fragmentée, imprévisible et parfois opaque des agences étatiques ([Lindberg et Borrelli 2019](#)) – raison pour laquelle plusieurs tentatives sont nécessaires. Dès lors, il faut que le chercheur « toque aux portes » ([Pillant et Tassin 2015](#), 54) pour trouver le bon *gatekeeper* ([Rozakou 2019](#)) qui aura l'autorité de donner l'autorisation. Cet accès dépend aussi de la capacité du chercheur à obtenir la confiance et à établir sa légitimité face à l'État ([Norman 2011](#)). Obtenir cette confiance implique un investissement important de temps et une maîtrise des codes de la bureaucratie étatique et de la culture locale.

En ce qui me concerne, je n'ai pas bénéficié d'assez de temps pour « négocier l'accès » (Haince 2014) ni d'un bagage culturel approprié pour identifier les voies qui m'auraient fait reconnaître comme légitime (Norman 2011) ou comme une *insider* auprès des autorités grecques du camp. L'absence d'autorisation a donc eu comme conséquence, dans mon cas comme dans celui rapporté par d'autres, « de déplacer notre regard vers ce qui se passait *autour* » du camp (Pillant et Tassin 2015, 55). Ma collecte de données s'est donc effectuée dans des espaces humanitaires autres que celui du camp – soit les petites ONG et les centres communautaires pour migrants – et auprès d'acteurs autres que les autorités et les professionnels de l'humanitaire – soit les bénévoles temporaires –, permettant de mettre en lumière le rôle et le point de vue de ces acteurs, qui prennent justement de plus en plus d'espace dans le paysage humanitaire en Grèce (Cantat 2018; Papataxiarchis 2016a, 2016b; Serntedakis 2017).

Autrement dit, mon objet de recherche s'est adapté aux accès que j'ai effectivement obtenus sur le terrain. Cela nous informe sur la façon dont l'accès, en étant un prérequis de la recherche de terrain en anthropologie, façonne les terrains et les objets d'étude. Les démarches, compromis et discours qui doivent être adoptés par le chercheur pour obtenir l'accès à des terrains bureaucratiques ont aussi, certainement, une influence. Cet accès est aussi fortement influencé par les contraintes temporelles : dans mon cas, par le court temps alloué à un terrain de recherche au niveau de la maîtrise à l'Université de Montréal (trois mois). Au final, la question de l'autorisation d'accès a déterminé, en creux, les lieux du terrain qui seront présentés dans la section qui suit : c'est en grande partie dans les structures humanitaires ouvertes au public et dans les lieux publics qui séparent et entourent les lieux « inaccessibles » que s'est exécutée la recherche. Cela dit, une partie importante du terrain s'est déroulée dans un lieu à accès restreint, mais moins sécurisé que le camp de Moria : la clinique humanitaire.

3.2 Entre le camp, la ville et la clinique : lieux du terrain

Perceptions des lieux et mobilité des demandeurs d'asile

L'espace de l'île, pour les demandeurs d'asile et pour les bénévoles, s'organise autour de deux pôles : le camp de Moria et la ville de Mytilène. Ces deux lieux sont perçus différemment selon différentes catégories sociales. Pour les demandeurs d'asile, le camp de Moria apparaît à la fois comme un lieu invivable et celui qui leur est assigné pour vivre. C'est un lieu

dangereux, mais où ils doivent quand même rentrer dormir le soir – en espérant éviter les bagarres. Pour les bénévoles, Moria est un lieu inaccessible, au sujet duquel sont entendues toutes les histoires les plus horribles. Pour sa part, la ville de Mytilène, capitale de Lesbos, regroupe les services et les loisirs – c'est le lieu de vie des bénévoles, où ils socialisent, mangent au restaurant, sortent dans les bars et vivent la partie touristique de leur expérience humanitaire. Pour les demandeurs, Mytilène est le lieu où on va pour prendre une pause du camp, quand c'est possible – et qui permet de se familiariser avec la société grecque.

La figure 5 permet de visualiser la répartition des lieux – les points rouges illustrant différents lieux de socialisation. Ceux-ci sont concentrés autour de Mytilène.

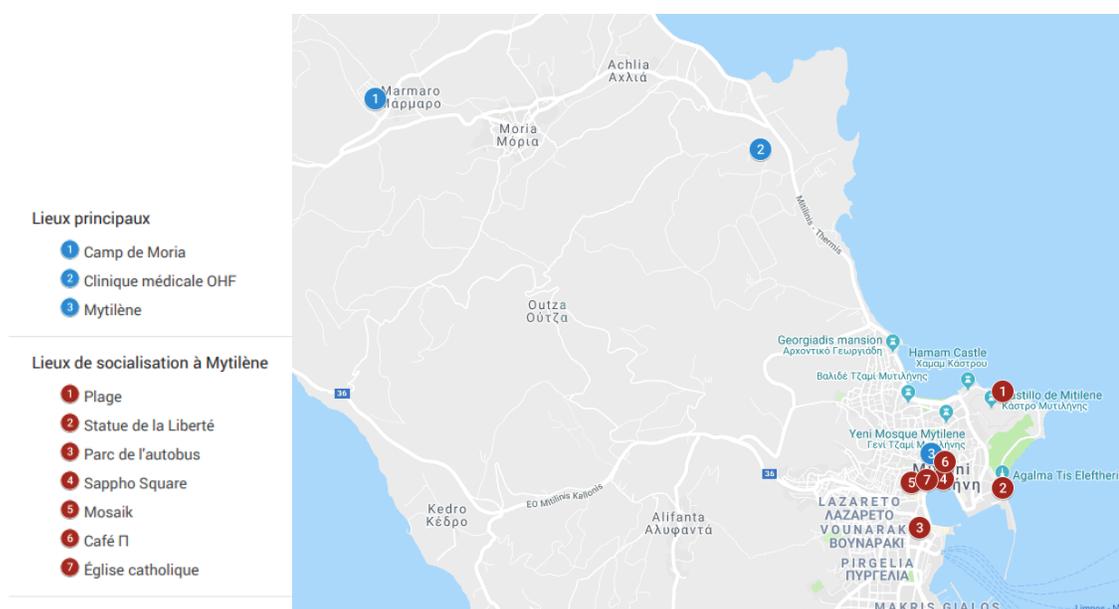


Figure 5. Lieux principaux du terrain. Carte créée avec Google Maps.

La collecte de données s'est effectuée majoritairement à Mytilène ou à la clinique près de Mytilène, à une dizaine de kilomètres du camp de Moria. À certains égards, cette distance entre le camp et le terrain a eu un effet de filtre sur les demandeurs d'asile que j'ai pu y rencontrer. En effet, les demandeurs d'asile qui se trouvaient sur ces lieux avaient dû mobiliser des ressources afin de se déplacer en ville ou à la clinique. Pour venir à Mytilène, certains font le trajet à pieds (environ une heure et demie à deux heures de marche), d'autres en bus (environ 30 minutes, un euro par trajet). C'est donc qu'ils ont soit des ressources monétaires, soit une mobilité physique

(ce qui n'est pas le cas de tous les résidents du camp). Cela dit, même des personnes peu mobiles (personnes âgées, familles avec jeunes enfants) pouvaient entreprendre ces déplacements dans les moments de grande nécessité. De la même façon, la clinique médicale ethnographiée est située près de Mytilène – contrairement aux autres ONG médicales destinées aux migrants sur l'île, qui sont toutes regroupées à l'intérieur de Moria, la clinique à l'étude est située loin du camp et près de Mytilène. D'après les participants interrogés, cet emplacement géographique conditionne le type de patients qui fréquentent la clinique – ils seraient plus mobiles, auraient des problèmes de nature plus psychologique que physique et auraient déjà utilisé et épuisé les ressources de proximité (les ONG dans le camp).

3.2.1 Le camp de Moria

Le camp de Moria, j'en ai parlé plus tôt, est un dispositif de contrôle frontalier (Kalir et Rozakou 2016). Bâti sur une caserne militaire, le camp de Moria frappe par son apparence sécuritaire: grillages, barbelés et guérites marquent les limites du camp et séparent ses différentes sections. Ouvert en 2013, il est depuis 2015 devenu un centre d'enregistrement et d'identification et, depuis 2016, un *hotspot*. C'est le premier lieu où les demandeurs d'asile sont amenés, ainsi que le lieu où se tiennent les entrevues et où se prennent les décisions concernant l'asile. Le camp est ouvert, c'est-à-dire que les demandeurs d'asile peuvent entrer et sortir du camp. Des policiers postés à l'entrée contrôlent les entrées des visiteurs, qui doivent obtenir une autorisation pour pouvoir entrer.

Le camp, conçu pour accueillir au maximum 2 000 personnes, est caractérisé par sa surpopulation. Celle-ci entraîne des problèmes d'espace, mais aussi d'hygiène, puisque les infrastructures d'égouts et d'approvisionnement en eau sont nettement déficitaires. Moria est aussi caractérisé par son problème de sécurité : des bagarres, des émeutes et des incendies s'y déclarent régulièrement. Par sa population, le camp constitue la deuxième plus grande ville de l'île, après Mytilène. Des commerces de fortune – café-bars, vendeurs ambulants de fruits – se sont établis directement aux abords du camp et une nouvelle ligne d'autobus a été mise en place, qui relie le camp au centre-ville de Mytilène. La surpopulation qui caractérise le camp a aussi eu des effets sur le minuscule village voisin de Moria, qui lui donne son nom ainsi sur les oliveraies et sur les routes aux alentours, qui sont jonchés de débris. En approchant du camp,

on croise de nombreuses familles à pieds sur la route sinueuse et des groupes de jeunes gens installés dans les champs. Devant le camp passent des canalisations d'égouts à ciel ouvert qu'il faut enjamber pour accéder à l'entrée. En journée, les portes du camp voient passer un mouvement constant de personnes entrant et sortant – en majorité des résidents venus se réunir, se balader, chercher quelqu'un, faire des emplettes. Bref, le camp contient les migrants, mais il les contient mal : ils débordent, ils sont visibles. Sur le terrain, les personnes les plus visibles, outre les résidents, sont les policiers et les militaires – un autobus et une dizaine de policiers en habits d'antiémeutes sont constamment présents près du poste d'entrée – sans oublier aussi l'occasionnel travailleur humanitaire, distinctement vêtu d'un dossard de couleur vive et portant une cocarde.



Figure 6. Étals de fruits et légumes et autobus autour du camp de Moria. Photographie de Mauricio Lima pour le New York Times (Lima 2018)

À l'intérieur du camp se retrouvent, en plus des tentes et des conteneurs d'habitation pour les résidents, l'entièreté des services destinés au processus d'asile (enregistrement, entrevue) et au processus d'évaluation médicale pour les demandeurs. La nourriture est distribuée deux fois par

jour aux résidents, au terme d'une attente en file, longue de plusieurs heures. Cette centralisation des services rend donc possible pour un demandeur de ne pas avoir à quitter le camp et une certaine proportion des demandeurs d'asile ne le quittent pas, même si le camp est ouvert : il faut en effet, si on sort, avoir quelque part où aller et savoir revenir. Ainsi, cela joue encore une fois un rôle dans la recherche qu'il m'a été possible de mener : faute d'accès au camp, les demandeurs d'asile que j'ai rencontré sont ceux qui ont les capacités de quitter le camp pour fréquenter d'autres espaces, comme les parcs de la ville de Mytilène et les centres communautaires.

3.2.2 La ville de Mytilène

Mytilène²⁵ est la capitale de Lesbos et sa plus grande ville. Elle rassemble les services essentiels et les commerces de l'île (supermarchés, magasins de téléphonie, hôpital et clinique, nombreux bars et cafés, université, bureaux ministériels et administratifs, etc.). Le centre-ville, petit et très concentré, est fréquenté par les demandeurs d'asile et les travailleurs humanitaires, qui se mêlent aux touristes (surtout l'été) et aux locaux. Initialement composée d'une population d'environ 30 000 habitants, de nombreux étrangers se sont installés à Mytilène à plus ou moins long terme (quelques mois à quelques années) depuis 2015, pour travailler ou s'impliquer auprès des migrants. Entre 500 et 700 demandeurs d'asile, surtout des familles, sont hébergés dans des appartements en ville grâce à un programme du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et de ses partenaires locaux.

J'ai fréquenté à Mytilène et autour de Mytilène des lieux de socialisation – rues, plages, parcs et places publiques, cafés et bars. Ces lieux de socialisation sont visités par des demandeurs d'asile venus de Moria, ainsi que par les bénévoles, qui eux logent à Mytilène. Si l'exigence de dépenser de l'argent à la plage payante et dans les commerces établit parfois une division entre les endroits fréquentés par les bénévoles et les demandeurs d'asile – ces derniers choisissant les endroits publics –, il reste que la proximité entre les différents groupes est très forte au sein du petit

²⁵ Bien que Mytilène soit le nom français - et *Mytilene* le nom anglais -, la prononciation utilisée communément est « Mytilini », à l'instar de la prononciation du nom grec (Μυτιλήνη). Dans les extraits d'entretiens, mes interlocuteurs y réfèrent donc en tant que « Mytilini ».

centre-ville. Au centre de Mytilène se retrouve aussi le centre communautaire *Mosaik*, visité quotidiennement par environ une cinquantaine de demandeurs d’asile, en majorité des hommes résidant dans le camp de Moria. *Mosaik* est composé d'une grande maison avec un petit jardin et il offre gratuitement des activités (projections de films, etc.) et des cours (langue, arts, yoga, etc.) ouverts à tous – étrangers, demandeurs d'asile, touristes, locaux, dans le but de favoriser la mixité de ces groupes. J'ai fréquenté le centre Mosaik régulièrement pour des cours et des activités spéciales.

3.2.3 Le centre communautaire et la clinique médicale *One Happy Family*

Une partie importante du terrain de recherche s'est effectuée dans une clinique médicale humanitaire, située sur le site d'un centre communautaire. Le *One Happy Family Community Center*²⁶ (OHF) est un centre de jour destiné aux migrants, géré par des bénévoles et fonctionnant sur des dons. Il est situé sur une petite colline en marge de la route reliant Moria et Mytilène, à environ cinq kilomètres du camp de Moria. Le centre en tant que tel est composé de plusieurs bâtiments rudimentaires, ayant été bâtis sommairement par des bénévoles durant les dernières années avec des matériaux recyclés. *One Happy Family* est d'abord et avant tout un espace communautaire et social qui vise à offrir une alternative « hors du camp » pour les résidents de Moria. Le centre est participatif et il inclut les migrants dans sa gestion et dans son fonctionnement quotidien. Il se situe en ce sens dans la tendance du nouvel humanitaire inclusif et solidaire, qui brouille les frontières entre les bénéficiaires et les prestataires. En collaboration avec d'autres petites ONG, le centre communautaire offre un programme de cours de langues et d'activités sportives, des repas quotidiens et l'accès à une clinique juridique et à une clinique médicale.

La clinique médicale à l'étude – appelée ici clinique OHF – est située sur le terrain de *One Happy Family* et les deux organisations collaborent. La clinique OHF est une branche d'une organisation médicale non gouvernementale allemande et est financée par des dons privés.

²⁶ Souvent appelé simplement *One Happy Family* ou « OHF », voire *Happy Family*, le centre est aussi parfois appelé *Swiss Cross*, pour faire référence à l'ONG *Swiss Cross*, un des partenaires à l'origine de l'initiative en 2017, avant la création de l'ONG indépendante *One Happy Family*, elle aussi basée en Suisse.

Plusieurs équipes de l'ONG sont déployées en Grèce, dont une à Lesbos, dans la clinique OHF. Composée d'une cabane sommaire en bois, la clinique fonctionne avec des ressources limitées. Le triage initial des patients est effectué directement à l'extérieur de la clinique, devant la porte. À l'intérieur de la clinique se retrouvent un espace-salle d'attente et deux petites salles de consultation, dont une seule comporte une table d'examen. Faute d'assez d'espace pour traiter les patients, il arrive souvent que d'autres espaces soient utilisés pour effectuer les consultations : un coin de la salle d'attente, le bureau ou le balcon de la clinique, des bancs dans le jardin du centre communautaire. La figure 7 montre le bâtiment de la clinique et les bancs devant celle-ci, destinés aux patients qui attendent en file pour passer au triage. Cette photographie, ainsi que la suivante (figure 8), ont été prises par un photographe professionnel qui a accompagné les membres de la clinique en juillet 2018 afin de photographier leur travail, dans le but de créer du matériel promotionnel pour l'ONG. J'ai obtenu l'autorisation de la clinique OHF pour l'utilisation de ces photographies.



Figure 7. Le bâtiment de la clinique. Photographie de Till Gläser, été 2018.

Les services de la clinique s'adressent aux demandeurs d'asile de Moria et sont gratuits. Les personnes qui travaillent à la clinique sont toutes bénévoles : médecins, infirmières, coordinatrices, interprètes. La majorité sont des bénévoles temporaires (deux semaines à un mois), venus d'ailleurs en Europe, bien que certains interprètes soient des demandeurs d'asile en attente à Lesbos. Lors de mon séjour, le personnel de la clinique a varié entre cinq et vingt personnes, les coordinatrices étant totalement dépendantes des disponibilités des bénévoles pour faire les horaires. Tel qu'expliqué au chapitre précédent, la majorité des ONG pour les demandeurs, incluant l'organisation ethnographiée, ne possèdent pas l'autorisation d'œuvrer à l'intérieur du camp. Leurs services sont donc seulement accessibles à ceux qui viennent les trouver; faute d'un programme de diffusion (*outreach program*) à l'intérieur du camp, c'est majoritairement le bouche-à-oreille qui permet de faire rayonner les initiatives comme la clinique et le centre communautaire à l'étude.

La clinique : un lieu sous pression

Je prends le temps de m'arrêter ici sur le lieu de la clinique, car c'est à l'intérieur (ou autour) de celle-ci que j'ai observé les interactions médecin-patient et les pratiques des demandeurs d'asile qui sont à la base de ce mémoire. Je reviendrai plus tard dans ce chapitre sur les types d'observations que j'y ai effectuées et sur les questions éthiques qui découlent de ma présence dans la clinique. Mais pour bien les comprendre, il faut d'abord comprendre en quoi consiste le lieu de la clinique : un lieu sous pression, parfois chaotique, où les besoins dépassent toujours les moyens.

La clinique est ouverte six heures par jour et peut offrir des consultations à une trentaine de demandeurs d'asile quotidiennement, environ. Cela ne suffit pas à la demande : durant mon séjour, le nombre de patients se présentant à la clinique n'a pas cessé d'augmenter. Des disputes dans la file ont même commencé à avoir lieu de plus en plus souvent, tous et toutes luttant afin d'accéder à un médecin. La clinique ne donne pas de rendez-vous à l'avance – d'une part parce que l'incertitude qui régit l'existence des demandeurs d'asile ne permet pas à ce genre de système d'être fonctionnel, notamment puisqu'il est trop difficile de prévoir les déplacements, d'autre part parce l'impératif de productivité de la clinique est trop fort pour l'équipe, qui ne peut pas supporter de patienter ou de perdre son temps lorsqu'un rendez-vous est manqué. La clinique fonctionne donc avec un système hybride de « premier arrivé, premier servi » et de triage

médical : seules les personnes qui sont installées dans la queue à l'ouverture de la clinique peuvent parler à la soignante responsable du triage, qui elle décidera de la nécessité d'une consultation médicale. Si la décision est positive, le patient obtient un numéro qui lui permettra d'avoir une consultation le jour même. Il doit rester disponible - c'est-à-dire attendre autour de la clinique – jusqu'à ce que son numéro soit appelé, ce qui prend parfois toute la journée, ou du moins quelques heures.

La figure 8 montre des bénévoles de la clinique lors de son ouverture, immédiatement avant le triage. Une fois toute l'équipe arrivée dans la cabane qui sert de clinique, la porte est rouverte pour s'adresser aux patients qui attendent depuis environ une heure, assis sur des bancs. Sur cette photo, une médecin attend en retrait dans le cadre de la porte, alors que l'infirmière responsable du triage, à l'avant, explique le fonctionnement de la clinique aux patients. À ses côtés se tiennent la coordinatrice, qui supervise, ainsi que trois interprètes (arabe, farsi, français) qui tour à tour répéteront les explications de l'infirmière. L'infirmière dit aux personnes assises en file sur les bancs que le nombre de médecins est insuffisant pour voir chaque patient, mais que tout le monde rencontrera l'infirmière pour être trié et pour avoir la chance de recevoir un *number*, un numéro écrit à la main sur un *post-it* qui leur donne accès à une consultation médicale dans le courant de la journée, quand leur tour viendra.



Figure 8. Bénévoles devant la clinique. Photographie de Till Gläser, été 2018.

Tel qu'il m'a souvent été répété par mes collègues de la clinique, la philosophie de la clinique OHF est de « prendre le temps » avec chaque patient – contrairement au rythme très expéditif des autres cliniques pour demandeurs d'asile à Moria. Ainsi, les médecins de la clinique OHF n'ont pas de quota journalier à atteindre. Ils sont encouragés à offrir un espace d'écoute pour les patients et à prendre le temps de démêler des historiques médicaux complexes, effets de diagnostics souvent flous ou donnés trop vite, dans l'urgence, par d'autres cliniques humanitaires. Cette philosophie vise à offrir un traitement humain aux demandeurs d'asile. Elle a cependant comme conséquence de diminuer le nombre de patients qui peuvent être vus et donc de mettre beaucoup de pression sur la sélection des patients au triage.

La clinique humanitaire est aussi sous pression parce qu'elle fonctionne avec des ressources médicales et financières très restreintes, ce qui affecte la capacité à fournir des médicaments ainsi que les opérations que peuvent performer les médecins. Les tests plus approfondis (tests sanguins, scans) et les examens par des spécialistes (gynécologues, cardiologues) doivent passer par le système grec. Pour ce faire, les médecins de l'ONG doivent produire une référence qui sera réévaluée par la clinique du gouvernement grec dans le camp de Moria (la clinique œuvre sous le *Centre hellénique pour la prévention et le contrôle des maladies* (KEELPNO)). Ce système de référencement est long, souvent inefficace, et les médecins de la clinique sont encouragés à tenter de fonctionner sans lui dans la mesure du possible, donc de fonctionner avec les ressources de base qu'ils possèdent : leurs connaissances et quelques médicaments de base, en quantité limitée. La figure 9 montre la sélection disponible dans la pharmacie de la clinique. La photographie a été prise par un médecin bénévole qui n'a pas participé à la recherche.



Figure 9. Pharmacie de la clinique OHF. Photographie d'Eleanor Bird, été 2018.

De plus, bien que tous mes interlocuteurs insistent sur le fait que la clinique OHF est un endroit exceptionnellement calme et humain par rapport aux autres services pour demandeurs d'asile, l'ambiance de la clinique reste tendue et le triage souvent chaotique. Des demandes ponctuelles et des urgences viennent constamment perturber l'ordre fragile de la clinique : des habitués de la clinique entrent dans la salle d'attente pour supplier la nouvelle bénévole de leur donner des médicaments, quelqu'un d'autre se fâche, ou se faufile dans la pharmacie, puis entre un enfant blessé au terrain de jeu ou une femme évanouie qu'il faut soigner tout de suite pendant qu'un patient, en attente sur le banc, fait une crise de panique et qu'un médecin vient de décider qu'un patient doit être amené à l'hôpital. Le roulement des médecins bénévoles a aussi comme effet de limiter leur autonomie, ce qui rajoute au chaos : il arrive souvent qu'on cherche l'infirmière coordinatrice, absolument débordée, pendant des dizaines de minutes quelque part dans le centre, alors qu'elle gère d'autres urgences.

La clinique est donc un espace avec une grande intensité temporelle, qui donne une impression de fourmillement : beaucoup d'action, de requêtes, de personnes à qui il faut dire non, d'urgences à régler, de procédures à improviser. C'est aussi un lieu émotivement très chargé : les consultations médicales sont souvent pour les demandeurs un des seuls lieux d'écoute et de parole auxquels ils peuvent accéder – et donc l'endroit où s'expriment leurs souffrances et leurs expériences traumatiques. De surcroît, à l'été 2018, de plus en plus de patients africains francophones se présentent à la clinique, jusqu'à composer la majorité des patients vus par les médecins. Ceux-ci sont très souvent des besoins criants pour du soutien psychologique et psychiatrique. Si la clinique a adapté ses services pour fournir des sessions de soutien psychologique d'urgence (« PFA » pour *Psychological First Aid*), cela a cependant contribué à augmenter la pression émotionnelle sur les bénévoles médicaux, qui en sont souvent à leur première expérience avec des populations vulnérables et confinées.

3.3 Venus pour migrer et venus pour aider : acteurs du terrain

Je vais maintenant me tourner vers une présentation des acteurs qui animent, qui vivent et qui interagissent dans la clinique, à Mytilène et autour de Moria. Ils se divisent en deux groupes : les demandeurs d'asile et les bénévoles humanitaires. Ces deux types d'acteurs correspondent à deux mouvements de personnes : les personnes déplacées, souvent de façon forcée, et venues, à Lesbos, rejoindre l'Europe; et les personnes mobiles venues aider les demandeurs d'asile dans un contexte de crise humanitaire (Papataxiarchis 2016a; 2016b). Les attentes de ces deux types d'acteurs sont opposées : si les premiers espèrent trouver à Lesbos la sécurité et la prospérité économique européenne, les seconds s'attendent à y trouver une situation de crise humanitaire. Ces bénévoles, en majorité d'Europe du Nord ou des États-Unis, cherchent à Lesbos des expériences inédites qui se conforment à une éthique humanitaire : ils veulent « faire le bien », « aider », « faire une différence » (Panter-Brick et Abramowitz 2015). En tant qu'occidentale combinant les rôles de chercheuse et de bénévole, j'appartiens à la deuxième catégorie et j'étais immédiatement perçue comme telle. Ainsi, ma présence sur le terrain n'étonnait pas : on assume, à Lesbos, qu'une fille « de mon genre » (jeune, étudiante, venue du Canada) est une autre de ces nombreux bénévoles de passage.

3.3.1 Les hommes arrivés seuls, un sous-groupe spécifique des demandeurs d'asile

La recherche porte sur une catégorie spécifique de demandeurs d'asile, qui correspond à la majorité des résidents de Moria et aussi à la majorité des personnes effectuant la traversée de la Méditerranée : des hommes arrivés seuls, environ entre 18 et 40 ans, originaires du Moyen-Orient et d'Afrique. Ceux-ci ont traversé sur des bateaux gonflables la mer qui sépare Lesbos des côtes turques, grâce à des réseaux de passeurs, afin de rejoindre l'Europe. Présents sur l'île depuis une période allant d'un mois à deux ans, ils en sont à différentes étapes du processus de demande d'asile, et leur expérience est caractérisée par l'attente : attente de la prochaine étape du processus, que ce soit une entrevue ou une décision face à leur statut. Sous restriction géographique, ils ne peuvent pas quitter l'île et ils sont confinés à ses côtes.

Les « hommes seuls », en tant que catégorie de population migrante, sont perçus comme moins vulnérables et échappent à la majorité des programmes humanitaires spécifiques, destinés aux familles, aux mineurs non accompagnés ou aux femmes (Charsley et Wray 2015; Griffiths 2015; L. Turner 2016). À Lesbos, ils tendent donc à rester plus longtemps à Moria (McKenney 2018; Pattni et Brun 2018). En attente, sans emploi, avec peu d'accès aux programmes d'aide, ils sont ainsi particulièrement susceptibles de développer des pratiques et des stratégies pouvant leur permettre d'améliorer leurs conditions de vie et leur accès aux ressources humanitaires. Arrivés seuls, ils sont aussi en reconstruction d'un réseau social. Ce contexte social d'isolement et d'attente a facilité la collecte de données dans la mesure où les participants étaient disponibles et intéressés à me rencontrer, à la fois parce que je représentais de potentielles ressources à acquérir (information, soutien financier, contact à l'international) et aussi, simplement, parce que j'offrais une occasion de distraction.

Ma maîtrise de l'anglais et du français m'a permis d'avoir accès à deux catégories de demandeurs d'asile distinctes, situés différemment dans l'espace social : (1) les Africains francophones, et (2) les « interprètes » anglophones.

(1) Les Africains francophones ont surtout été rencontrés dans les centres communautaires. Dans Moria, ils constituent une minorité (moins de 15%), et sont surtout

originaires du Congo-Kinshasa²⁷. Les autres proviennent du Mali et du Cameroun, avec quelques personnes originaires de la Côte d'Ivoire, de la Guinée-Conakry, du Bénin, du Niger et du Togo. En général, ces participants avaient un intérêt particulier envers moi parce que j'étais francophone, ce qui est rare dans le paysage humanitaire local. Le contact en étant facilité. De plus, contrairement aux « interprètes », dont je discute ci-après, les Africains francophones avaient souvent moins de relations personnelles avec des personnes qui n'étaient pas d'autres demandeurs d'asile et – en tant que femme, blanche, canadienne, œuvrant au sein des structures humanitaires – j'étais perçue comme une personne importante, une ressource sociale désirable. En général, ces participants étaient prêts à faire des efforts pour passer du temps avec moi et me sollicitaient beaucoup.

Les Africains francophones représentent une catégorie de demandeurs d'asile de plus en plus présente à Lesbos depuis le début de 2018. Cette nouvelle population a pris le système humanitaire par surprise – leurs services étaient plus adaptés aux besoins des réfugiés syriens et afghans (interprétation en arabe et en dari, infrastructures pour des familles). Les Africains francophones sont en grande majorité des hommes congolais entre 20 et 40 ans, arrivés seuls, ayant fui le Congo suite à de violentes répressions : presque tous ont vécu des expériences de détention arbitraire, de torture ou de viol. Ils constituent donc une nouvelle population particulièrement abîmée et sont en criant besoin de services médicaux et psychosociaux, ce qui a ajouté une pression supplémentaire sur les infrastructures de santé à Lesbos, déjà insuffisantes. Finalement, l'expérience de la racialisation s'ajoute à ces demandeurs d'asile : provenant de l'Afrique subsaharienne, les « Africains » sont plus visibles que les migrants provenant du Moyen-Orient et les conflits de leurs régions ne profitent pas de la couverture médiatique qui peut rendre l'opinion publique favorable à la crise syrienne, par exemple²⁸.

²⁷ Voir annexe I : Données démographiques des migrants à Lesbos, 20-26 août 2018.

²⁸ Cette racialisation rend les migrants plus visibles dans leurs expériences quotidiennes de déambulation et de visites dans les commerces à Mytilène - contrairement aux migrants du Moyen-Orient et de l'Asie centrale, dont la peau moins foncée leur permet de se confondre avec la population locale. Cela dit, je n'ai pas observé spécifiquement de discrimination vis-à-vis des personnes noires dans les interactions avec les médecins que j'ai observés. Si une discrimination a lieu au sein des structures humanitaires, elle s'articule probablement plutôt autour

(2) Les « interprètes » (appelés plutôt *translators* sur le terrain) sont une catégorie que j'ai créée afin de rendre compte de ce petit groupe de demandeurs d'asile qui maîtrisent bien l'anglais et qui occupent une fonction de médiation (culturelle et linguistique) sur l'île. Ils n'occupent pas tous des postes d'interprètes – certains ont effectivement une expérience bénévole dans les ONG en tant que professeurs d'anglais ou comme interprète, mais même ceux qui n'en ont pas sont régulièrement sollicités par leurs pairs et par les travailleurs humanitaires afin d'agir comme interprète. Les autorités et les ONG préfèrent utiliser des interprètes professionnels, mais comme ceux-ci sont largement insuffisants, ils se tournent souvent vers ces demandeurs d'asile-interprètes. Par leurs pairs, ceux-ci sont perçus comme des *gatekeepers* qui peuvent, grâce à leurs accès et leur expertise, « obtenir » des avantages sous forme d'accès ou de documents.

Originaires de différents pays (en majorité Syrie, Iraq, Afghanistan, Yémen, Palestine, Iran), les « interprètes » rencontrés sont en général sur l'île depuis longtemps – plus de 6 mois, souvent plus d'un an, période pendant laquelle ils ont connu plusieurs personnes hors de la communauté des demandeurs d'asile et développé des relations personnelles avec plusieurs bénévoles. En général, ils ont des cercles sociaux plus élargis, visitent souvent la ville et ont des ressources financières supérieures aux autres demandeurs. Pour ma recherche, les interprètes ont été des interlocuteurs très importants parce qu'ils combinaient à la fois les expériences de bénéficiaire et de prestataire de l'assistance humanitaire. Ils avaient souvent pu observer un large éventail d'interactions entre les bénéficiaires et les prestataires.

3.3.2 Les bénévoles humanitaires à Lesbos

La deuxième catégorie d'acteurs sur laquelle porte la recherche sont les bénévoles humanitaire – appelés *volunteers* sur le terrain – une catégorie représentant une facette dominante du paysage humanitaire tel qu'il s'est mis en place à Lesbos. Ils viennent d'Europe du

des pays à faible taux d'acceptation de demandes d'asile (par exemple Maroc, Algérie, Pakistan) et des pays à haut taux d'acceptation (par exemple République démocratique du Congo, Syrie, Afghanistan), ces derniers bénéficiant *a priori* positifs concernant leur statut de « victimes ». Je reviens plus en profondeur sur les effets des taux d'acceptation des demandeurs d'asile dans le chapitre 5, avec le portrait d'Empereur, un demandeur d'asile ivoirien qui sera détenu puisqu'il provient d'un pays à faible taux d'acceptation des demandes d'asile.

Nord – surtout France, Pays-Bas, Allemagne, Grande-Bretagne – ou des États-Unis. La catégorie des bénévoles est un continuum avec, à un de ses extrêmes, un volontouriste venu pour vivre sa première expérience « humanitaire » et reparti en deux semaines et, à l'autre extrême, des personnes ayant réorienté leur vie afin de venir s'établir de façon permanente à Lesbos pour se dévouer entièrement au soutien aux migrants, de façon peu ou pas rémunérée. Entre les deux, une pléthore de différentes trajectoires amène les bénévoles à (re)partir – parfois pour aller lever des fonds ou pour renflouer leurs comptes bancaires – et à (re)venir sur Lesbos, ailleurs en Grèce ou sur d'autres terrains humanitaires plus près de chez eux, comme à Calais ou à la frontière américano-mexicaine.

La plupart des bénévoles ne sont pas rémunérés, bien que différentes ententes soient possibles selon les organisations et le rôle du bénévole (hébergement et transport fourni, par exemple). Les bénévoles humanitaires comme catégorie décrite ici sont ceux qui œuvrent dans de plus petites ONG puisque les plus grandes organisations (MSF, Save the Children, etc.) ont les moyens de rémunérer un personnel plus permanent. Contrairement aux travailleurs humanitaires²⁹, qui sont professionnels et permanents, la différence entre la vie professionnelle et la vie personnelle des bénévoles n'est pas clairement délimitée : ils passent la majorité de leur temps libre avec leurs collègues bénévoles, à discuter des événements du travail. Comme la majorité des bénévoles sont là de façon temporaire, ils cherchent aussi à maximiser leur séjour et à aider le plus possible, acceptant de travailler jour et nuit. De plus, moins ils restent longtemps sur l'île, plus leur implication recoupe une expérience touristique et leurs temps libres sont aussi dédiés à visiter les attraits de l'île. Les bénévoles peuvent effectuer des tâches diverses au sein des nombreuses ONG de l'île – professeurs de langue ou de sport, soutien médical et juridique, travail général de construction, de distribution de biens ou d'animation –, mais la

²⁹ J'ai aussi rencontré, durant la collecte de données, des travailleurs humanitaires, c'est-à-dire des personnes rémunérées œuvrant au sein de plus grandes organisations non gouvernementales ou étatiques. Ceux-ci suivent le modèle plus traditionnel de l'emploi, où les frontières entre le travail et la vie privée sont maintenues plus solidement. Ils sont en général sur l'île plus longtemps et sont souvent grecs - bien que rarement originaires de l'île de Lesbos. Mes contacts avec cette catégorie de travailleurs humanitaires plus professionnels ont été plutôt limités à des rencontres formelles, dans des réunions. J'ai eu peu l'occasion d'interagir avec eux hors de leurs fonctions officielles.

majorité des bénévoles que j'ai fréquentés œuvraient dans la sphère médicale et étaient médecins, infirmières ou étudiants en médecine.

Où sont les Grecs ?

Le lecteur s'étonnera, alors que j'achève la présentation des acteurs du terrain, de ne pas voir mention de la population locale. Mais où sont les Grecs dans cette histoire ? Leur absence témoigne en fait d'une réalité spécifique du terrain, qui est que les bénévoles du système humanitaire que l'on pourrait appeler « mineur » (petites ONG, centres communautaires) vivent souvent en vase clos de la société locale. L'absence des personnes grecques au sein des organisations créait en fait des problèmes : à la clinique médicale, de précieuses minutes étaient passées à essayer de déchiffrer une référence en grec, quand le patient n'était pas simplement renvoyé avec un « Désolé, nous ne lisons pas le grec. » Cela traduit l'expérience de la plupart des bénévoles qui passent sur l'île pour une courte période : ils n'ont peu ou pas d'interaction avec la population grecque, à part dans les restaurants et les commerces. Au contraire, les bénévoles se tiennent entre eux et rencontrent des demandeurs d'asile, mais échangent peu avec la population locale. En fait, j'ai été choquée que plusieurs ignorent souvent des notions élémentaires au sujet de la culture et de la population locale et qu'ils ne se gênent pas pour critiquer les façons de faire grecques. Forte de mes séjours précédents sur l'île, je prenais souvent la défense des Grecs, auprès des bénévoles comme auprès des demandeurs d'asile qui parlent parfois en mal de la population locale, ou qui en parlent simplement en ignorance de cause. Bien que je ne maîtrise pas la langue hellénique et que je suis loin d'être anthropologue de la Grèce, j'étais souvent celle qui avait des connaissances sur l'histoire, la géographie et la culture locale au sein des groupes de bénévoles. De plus, j'ai vécu lors de mon terrain chez une femme grecque qui est devenue une amie, à travers qui j'ai pu m'insérer dans un petit groupe local, ce qui m'a aidé à prendre le pouls de la population de Lesbos. Si une partie de la population locale est favorable à ces arrivées de bénévoles – dont les entrées d'argent alimentent l'économie et le marché locatif local, même s'ils ne consomment pas autant que des touristes – une autre partie de la population locale voit cependant d'un mauvais œil ces bénévoles venus du Nord pour leur dire quoi faire, qui ne sont pas Grecs, mais qui sont de plus en plus visibles sur les places publiques et qui prennent la parole dans les médias pour témoigner de ce qui se passe sur leur île.

Les bénévoles vivent donc sans se mêler à la population grecque. Pourtant, les Grecs ne sont pas absents du paysage humanitaire : ils sont massivement embauchés dans les services aux demandeurs d'asile; ils gèrent le camp de Moria et le service d'asile; ils occupent des positions dans toutes les grandes ONG. Mais ils sont débordés, épuisés par la crise économique et migratoire et ne s'enthousiasment plus de l'arrivée d'un nouveau « projet » destiné aux migrants ni d'un nouveau groupe de bénévoles, encore moins d'un touriste se déclarant « bénévole indépendant ». En fait, il y a régulièrement des conflits entre les nouveaux arrivants (bénévoles) et les locaux, incluant ceux qui travaillent à l'accueil ou à la gestion des demandeurs d'asile : les nouveaux arrivants critiquent, s'indignent, mais finissent par repartir et n'ont souvent pas la connaissance nécessaire de la complexité du système pour pouvoir agir de façon efficace. Pour terminer, j'ai aussi eu l'occasion d'échanger avec plusieurs chercheurs grecs qui m'ont encouragé à faire justement ce que j'avais les outils pour faire : à utiliser ma position pour comprendre de l'intérieur ces petites ONG qui se greffent au système d'accueil grec tout en vivant un peu en parallèle de la société. En d'autres termes, je n'aurais pas eu la légitimité d'étudier les infrastructures humanitaires grecques ou d'interroger la relation des demandeurs d'asile avec la population locale, mais j'avais celle d'interroger leur relation avec les petites ONG.

Chapitre 4. Méthodes d'enquête

Les méthodes d'enquête utilisées sont l'observation directe et la participation observante, entendue comme une méthode d'observation où la participation est surdéterminante par rapport à l'observation, comme quand j'observais les interactions dans la clinique en tant qu'interprète, donc partie prenante de l'interaction. Ces observations ont été complétées par 19 entretiens libres et semi-dirigés. Pour l'analyse, j'ai transcrit les entretiens et retranscrit les notes d'observation, puis je les ai codés par thème. Le défi principal, pour l'analyse, était l'abondance et la diversité des données. Des enjeux éthiques relativement au consentement libre et éclairé, mais aussi concernant les limites de mon engagement sur le terrain, sont discutés à la fin du chapitre.

4.1 Recrutement

À partir de rencontres faites à la clinique médicale et au centre communautaire *One Happy Family* (OHF), les participants ont été recrutés par la méthode boule de neige. Je prenais

soin que mon statut de chercheuse soit connu rapidement par mes interlocuteurs, puis j'établissais progressivement des relations de confiance et d'amitié avec eux. Une fois de premières relations établies avec certains demandeurs d'asile, j'ai pu élargir mon réseau de contacts en rencontrant leurs amis. Plusieurs participants partageaient mon statut eux-mêmes avec leurs amis à qui ils me présentaient et essayaient activement de m'aider dans ma recherche – en me mettant en contact avec « lui, qui a toute une histoire de vulnérabilité à raconter », par exemple. De la même façon, j'ai rencontré les bénévoles d'abord en étant leur collègue, puis j'ai élargi le bassin de participants grâce au réseau social qui relie les différents bénévoles de passage sur l'île. J'ai aussi rencontré des interlocuteurs grâce des contacts noués l'été précédent, des contacts partagés par le réseau de chercheurs de l'Observatoire sur les réfugiés de la mer Égée³⁰, ainsi que grâce à des rencontres faites lors des forums de consultation inter-agences pour Lesbos.

4.2 Participation observante

Les observations se sont faites avec trois rôles différents, qui occupent trois positions sur le continuum participation-observation : (1) comme interprète à la clinique médicale; (2) comme amie et collègue dans des activités de socialisation avec des demandeurs d'asile et des bénévoles; (3) comme observatrice dans les forums de consultation inter-agences.

4.2.1 Participer au détriment de l'observation : interprète médicale

Une partie essentielle de mes observations sont tirées de mon travail bénévole comme interprète (anglais-français), à temps plein, pendant huit semaines distribuées entre mai et août, au sein de la clinique médicale OHF. J'étais interprète pour toutes les activités de la clinique, c'est-à-dire l'accueil, le triage, l'enregistrement des patients ainsi que les consultations avec les

³⁰ L'observatoire (*Observatory of the Refugee and Migration Crisis in the Aegean*) a été fondé en 2017 et est soutenu par le département d'histoire et d'anthropologie de l'Université de la mer Égée, par la fondation Wenner-Gren et par le Centre National Hellénique de Documentation. En faisant un séjour de recherche à l'été 2018 au département d'anthropologie de l'Université de la mer Égée, j'ai pu faire plusieurs rencontres avec le coordinateur de l'Observatoire, l'anthropologue Pafsanius Karathanasis, qui m'a mise en contact avec d'autres chercheurs en visite sur l'île. M. Karathanasis documentait déjà, avec un regard d'anthropologue, les forums quotidiens de consultation inter-agences et les événements majeurs concernant les migrants sur l'île, pour le site web de l'observatoire.

médecins et les infirmières. Ces consultations étaient de nature très variable, allant de l'explication sommaire d'une posologie à des interventions en profondeur auprès de personnes activement psychotiques et suicidaires. J'ai aussi occupé d'autres tâches connexes (entretien, accueil) à la clinique et j'ai participé aux rencontres de débriefage hebdomadaires avec le reste de l'équipe. Dès le départ, j'ai partagé mon statut de chercheuse avec mes collègues et les coordonnatrices de la clinique, qui se sont montrés très ouverts et m'ont donné leur accord pour que j'effectue des observations ethnographiques en même temps que mes activités d'interprète.

Dans la clinique, j'ai concentré mes observations sur l'interaction entre le soignant (médecin, infirmière ou étudiant en médecine) et le patient. Je cherchais à comprendre la façon dont les accès et les ressources étaient demandés (par les patients), accordés (par les médecins) ou négociés (entre les médecins et les patients). Concrètement, lors du triage, il s'agissait de voir comment les patients présentaient leurs problèmes et les critères qui étaient utilisés pour leur donner accès à une consultation médicale. Lors des consultations avec les médecins, j'observais les attitudes adoptées par chaque partie et la façon dont elles s'influençaient l'une l'autre – par exemple, la façon dont le problème était exposé par le patient et ce que le médecin proposait en retour en termes de ressources, solutions et traitements. Je reviendrai brièvement sur les implications de ce rôle d'interprète, d'abord en réfléchissant aux implications de la fonction d'interprète spécifiquement, puis en m'arrêtant sur les enjeux méthodologiques et éthiques de cette méthode d'observation.

Implications du rôle d'interprète

La littérature scientifique en anthropologie qui porte sur l'interprétation porte surtout sur les effets de l'usage ou non d'un interprète dans la recherche, plutôt que sur un anthropologue qui occuperait aussi le rôle d'interprète (Luchner 2017). Or, la position d'interprète est, à mon sens, une position excellente pour étudier de l'intérieur les interactions : l'interprète est littéralement placée, dans l'espace, entre les deux interlocuteurs, elle est traversée par les paroles de chacun.

De plus, le rôle d'interprète se conjugue bien, du moins en théorie³¹, avec le rôle d'ethnographe en ce qu'il exige de saisir la perspective de chacune des parties. L'interprète est ainsi, à bien des égards, un « mini-ethnographe » (Bahadır 2004), surtout lorsqu'il est considéré, comme c'est de plus en plus le cas dans les organisations humanitaires à Lesbos, comme un « interprète culturel ». L'interprète culturel est un « expert » d'une culture ou d'une communauté. Il est lui aussi, comme l'ethnographe, pris entre l'émique et l'étique, en ce qu'il est à l'intérieur et à l'extérieur à la fois, *insider* et *outsider* en même temps.

En outre, l'interprète est pris dans un paradoxe : les chercheurs en études sur la traduction et l'interprétation s'entendent pour affirmer que l'interprète n'est pas neutre, mais qu'il joue plutôt un rôle actif dans la conversation. Au-delà des mots, l'interprète doit souvent agir interculturellement plutôt que de seulement interpréter les paroles. Pourtant, les codes d'éthiques professionnels des interprètes continuent d'exiger l'impartialité comme principe directeur du travail de l'interprète (Luchner et Kherbiche 2019). L'interprétation humanitaire, en particulier, subit ce paradoxe encore plus frontalement en ce qu'elle est particulièrement sujette au conflit éthique : il est possible que l'incidence de l'interprétation change (ou sauve) la vie du bénéficiaire ou du demandeur d'asile (Luchner et Kherbiche 2019). Bref, si, en théorie, l'interprète répond au principe de la neutralité, en pratique, il doit aussi gérer plusieurs principes concurrents : pensons par exemple à un interprète qui interviendrait afin de signaler une mécompréhension entre les deux parties. Il délaisserait alors le principe de neutralité au profit du principe de l'exactitude.

Mon travail comme interprète à la clinique a été traversé par plusieurs de ces enjeux. Tout d'abord, il convient de mentionner que je ne suis pas interprète professionnelle, mais que je me basais seulement sur ma maîtrise du français et de l'anglais. De plus, ce travail d'interprète était fait avec des Africains francophones dont la langue maternelle n'était souvent pas le français : leur connaissance du français était variable. Plusieurs étaient très confortables et avaient étudié ou avaient vécu en français, alors que d'autres le parlait à peine. Dans ces cas, il fallait travailler en chaîne : un patient parlait dans sa langue maternelle (souvent le lingala) à un ami, celui-ci

³¹ Il y a bien entendu des enjeux éthiques pour le chercheur à occuper un tel rôle dans le dispositif qu'il étudie; j'y reviens dans la section suivante.

traduisait en français, puis je traduisais en anglais pour le médecin. Cela ajoute bien évidemment des sources possibles de mécompréhensions, en plus de celles dues aux différences culturelles et aux enjeux de pouvoir dans la clinique. Notamment à cause de cette limite langagière, je suis rapidement devenue interprète culturelle, apprenant à interpréter les expressions utilisées par les patients (par exemple le mot pied souvent utilisé pour signifier jambe) –, et ce par souci d'efficacité, même si la clinique exigeait en principe une interprétation « neutre ». Dans plusieurs cas, je devais déchiffrer à partir de signes plus que langagiers avant de traduire au médecin « Je pense qu'il dit qu'il a des cicatrices là... ». Mon rôle était donc, plus que de traduire le sens des mots, d'être le récepteur et d'interpréter le message du patient. Parce que j'avais un grand souci que le patient comprenne l'interaction, je devais souvent sortir de mon rôle « neutre » pour demander des clarifications à l'une ou l'autre des parties – en prenant soin d'expliquer à la partie exclue de l'interaction ce dont il en retournait, pour ne pas briser le lien de confiance. Je devais aussi souvent demander au médecin de simplifier son message pour le rendre accessible.

Comment mon rôle d'interprète était-il perçu dans la clinique ? Bien entendu, pour les patients, j'étais associée à la clinique et donc à une *gatekeeper* pouvant utiliser ma position pour leur donner accès au médecin ou à la pharmacie. Cela dit, mon rôle et la façon dont j'étais perçue était aussi différenciés du médecin : je représentais moins une figure d'autorité et les patients, qui hésitaient à confronter le médecin en remettant en cause ce qu'il venait de dire ou en le corrigeant, osaient parfois le faire avec moi. En tant qu'interprète, la façon dont je recevais les informations était elle aussi différente du médecin. Dans le contexte d'une consultation impliquant de la détresse psychologique, par exemple, j'étais celle qui recevait la charge émotionnelle de l'interaction (transmise par les paroles, mais aussi par le regard et le corps), puisque le patient s'adressait directement à moi. Le médecin recevait donc les informations à travers un filtre (l'interprète) qui les amortit et les neutralise – par exemple, quand un patient me répète qu'il veut mourir vingt-cinq fois, je le traduis seulement une fois au médecin, mais je l'entends vingt-cinq fois. Mes perceptions des interactions, en tant qu'interprète, sont aussi plus fines : en maîtrisant la langue, je peux sentir quand quelque chose a été mal compris, je perçois mieux les nuances du discours du patient. Le médecin à la clinique OHF avait donc une position plus distanciée que l'interprète – d'autant plus que les interprètes de la clinique n'étaient pas professionnels et

n'avaient souvent pas d'expérience préalable face à la douleur et à la détresse, contrairement aux médecins.

Occuper une fonction déterminée dans la clinique : enjeux

Dès lors que j'accédais à la clinique en tant qu'interprète bénévole, j'étais loin de la déambulation observante de l'observation participante traditionnelle : j'étais plutôt une actrice située dans un dispositif précis, la clinique, dont les objectifs sont bien entendu différents de mes objectifs de recherche. Pour cette raison, j'utilise l'expression participation observante plutôt qu'observation participante, afin de marquer la place prépondérante de la participation dans la possibilité même et la manière d'observer. En d'autres termes, occuper une fonction déterminée était à la fois la condition de l'accès et une limite contraignant l'accès à la clinique (Makaremi 2008b). Tout d'abord, le rôle d'interprète, tout en donnant accès aux consultations, implique des limites pratiques quant au choix de ce qui est observé – j'assistais exclusivement aux consultations pour lesquelles mes services étaient requis, en l'occurrence celles des patients francophones. Ensuite, mes activités de chercheuse passaient en second plan face aux besoins souvent urgents de la clinique – en fait, il était requis par la coordination de l'organisation non gouvernementale (ONG) que la recherche ne perturbe pas le travail de la clinique. En pratique, je ne pouvais pas sur le moment prendre de notes ni poser des questions de clarifications au sujet de ce qui était en train de se passer : j'étais absorbée par mes tâches et le roulement de la clinique.

Surtout, le fait d'occuper une fonction d'interprète dans la clinique compliquait la capacité des patients à donner leur consentement libre et éclairé pour participer à la recherche. En effet, j'étais parfois dans la clinique la seule interprète francophone, ce qui soulève un enjeu éthique important : comment obtenir le consentement éclairé des patients pour mes observations, alors que leur accès aux soins dépend en partie de ma présence ? Je rappelle que la clinique était un milieu extrêmement tendu, où le triage et les consultations étaient faits dans l'urgence – chaque jour, des patients devaient être refusés par manque de temps et par manque de médecins ou d'interprètes. Dans ce contexte, la question de l'accès aux soins primait, en pratique, sur la confidentialité : autant médecins que patients faisaient constamment des exceptions à la confidentialité, en partageant des informations délicates, comme des récits de viols ou des diagnostics de santé mentale, dans des espaces inappropriés (la salle d'attente, devant la clinique, sur le balcon, au milieu de la queue). Dans ce contexte, l'obtention du consentement préalable

libre et éclairé des patients était impossible : je ne disposais ni du temps ni de l'espace pour présenter les avantages et les inconvénients de la recherche, mais, surtout, le consentement n'aurait pas été libre, car le besoin d'accéder aux soins coûte que coûte n'aurait pas donné au patient la latitude de refuser.

Afin de répondre à cet enjeu éthique, j'ai adopté deux stratégies complémentaires. Premièrement, j'ai obtenu dans plusieurs situations le consentement a posteriori des patients. En effet, au travers de la frénésie de la clinique, il y avait certains moments de pause, au dîner en commun, avant ou après l'ouverture du centre communautaire, où des patients pour lesquels j'avais été interprète m'ont approché pour discuter. C'est aussi arrivé dans la rue ou dans les parcs – les francophones étaient rares dans la masse de bénévoles qui communiquaient en anglais, et j'étais pour cette raison d'un intérêt particulier pour les demandeurs d'asile francophones. En discutant avec eux de mon statut de chercheuse et de mes intérêts pour la question de vulnérabilité et de l'accès aux services médicaux, nous avons souvent fini par parler, entre autres choses, des consultations dont j'avais été témoin. C'est dans ce contexte – beaucoup plus calme et posé que l'environnement de la clinique – que plusieurs patients m'ont donné leur consentement a posteriori pour que j'utilise mes observations de leurs consultations médicales. Ces conversations étaient aussi des occasions d'obtenir des détails sur la manière dont ils avaient vécu et perçu ces consultations ainsi que des explications concernant leurs comportements avec le médecin. Certaines de ces rencontres ont aussi mené mes participants à m'accorder une entrevue; dans d'autres cas, les patients sont revenus à la clinique après nos discussions, en me demandant comme interprète et en m'autorisant à utiliser mes observations. En aucun cas, je ne rapporte les paroles de patients qui ne connaissaient pas mon statut de chercheuse. Deuxièmement, j'ai aussi choisi, dans la prise de note, de typifier les observations : allant plus loin que l'anonymisation, j'ai en fait recréé des situations typiques de la clinique, aux occurrences fréquentes. Cela évite donc absolument d'identifier des individus en particulier. Ces situations typiques ont été discutées et validées dans les entretiens.

4.2.2 Activités de socialisation

Une autre forme d'observation s'est établie lors des activités de socialisation avec les bénévoles et les demandeurs d'asile, où le dosage entre observation et participation était plus

équilibré. De fait, les relations avec mes collègues de la clinique et leur réseau social de bénévoles se prolongeaient après la fin du travail. En soirée, lors des jours de congés, je participais à des activités touristiques, de socialisation et de loisir avec ceux-ci : repas au restaurant, sorties dans les bars, baignades quotidiennes, etc. À cause du poids émotif et de la complexité du travail de la clinique, il était courant pour mes collègues de revenir en soirée sur des cas complexes et sur des événements de la journée. En tant que chercheuse comme en tant qu'interprète, j'ai participé à ces nombreuses discussions informelles. En tant qu'interprète, c'était l'occasion de voir comment je pouvais améliorer mon travail. En tant que chercheuse, je pouvais questionner les soignants sur les pratiques dont j'avais été témoin dans les consultations. Je m'intéressais particulièrement à ce qui m'apparaissait comme des incohérences dans les pratiques, ou des cas limites, des cas qui ne correspondaient pas exactement à l'une ou l'autre des catégories de pensée et où certaines pratiques « automatiques » étaient ébranlées. Ces cas limites – que Heath Cabot appelle *borderline cases* – forçaient en effet à exposer certaines pratiques latentes, à leur porter une attention consciente et à définir explicitement les enjeux (Cabot 2013, 456).

Je demandais, par exemple, pourquoi un tel patient avait obtenu une référence pour voir un spécialiste, et pas un autre. La justification donnée par mes collègues était parfois d'ordre médical, mais, d'autres fois, elle concernait des facteurs plus subtils ou subjectifs comme l'apparence générale du patient, ou son attitude. Je ne cachais pas mon intérêt envers ces cas, et ces conversations ont souvent servi de référence lorsque les soignants m'ont ensuite accordé un entretien. Je prenais soin de régulièrement rappeler mon rôle de chercheuse et mes intérêts de recherche avec eux, notamment à l'arrivée d'un nouveau bénévole dans le groupe. Comme le projet de recherche se précisait avec l'avancement du terrain, c'était souvent l'occasion de mettre à jour les collègues sur mes réflexions en cours, et ainsi de démarrer une nouvelle conversation sur les enjeux de la clinique. Mes collègues de la clinique, particulièrement les médecins, étaient très intéressés à discuter de ma recherche et très réflexifs sur leur propre pratique dans le contexte particulier et difficile de la clinique OHF.

J'ai aussi partagé des activités sociales et de loisirs avec des groupes de demandeurs d'asile, à Mytilène et dans les cafés autour de Moria. J'étais invitée à passer du temps avec eux – parfois de façon planifiée, mais plus souvent de façon improvisée, lorsqu'on se croisait dans la rue. Je

me rendais alors disponible pour flâner et les suivre. Le plus souvent, il s'agissait seulement d'être là, avec eux, assise sur un banc, à faire passer le temps, et à vivre l'attente à leur côté. Quand l'attente se meublait, c'était en se baladant, en faisant des échanges linguistiques ou en jouant aux cartes. Pour les demandeurs d'asile, le passage à Lesbos était un moment pénible à passer avant de pouvoir continuer leur projet migratoire, à Athènes ou ailleurs, et rétablir une vie normale : continuer les études, trouver un emploi, se marier, etc. Un sujet de conversation récurrent était les prochaines étapes du processus d'asile : par exemple, la date de la prochaine entrevue d'asile, ou bien celle du prochain rendez-vous médical pouvant mener à une évaluation de vulnérabilité. Ma présence prolongée au sein du groupe ainsi que ma connaissance de l'univers de sens des demandeurs d'asile, notamment grâce à mes séjours précédents sur l'île, ont fait que ma présence modifiait peu les comportements des participants. De fait, mon rôle de chercheuse apparaissait comme « une contrainte négligeable par rapport aux autres contraintes » qui pèsent sur l'expérience des demandeurs d'asile (Olivier de Sardan 1995). En fait, mes connaissances sur les processus et les stratégies à adopter étaient sollicitées, examinées et critiquées de la même façon que celles des autres.

4.2.3 Observation : rencontres de coordination

Finalement, une dernière forme de collecte de données tenait ici de l'observation directe : j'ai assisté à cinq « Forums de consultation inter-agences pour Lesbos » (31 mai; 7 juin; 21 juin; 19 juillet; 2 août). Ces forums sont des rencontres pour la consultation et la coordination des nombreuses ONG et instances étatiques impliquées dans l'accueil des migrants à Lesbos. Elles sont bimensuelles et animées par le bureau local du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR). Elles sont publiques. Un tour de salle rapide au début de chaque rencontre permet à chacun de nommer l'ONG à laquelle il appartient. À l'instar d'autres chercheurs qui assistaient aux rencontres, je présentais alors mon affiliation universitaire et mon statut de chercheure. Les rencontres donnaient l'occasion de suivre les statistiques d'arrivées et de départs des demandeurs d'asile sur l'île, ainsi que de faire le point et de coordonner les besoins des différentes organisations. Elles étaient parfois aussi des lieux de débats entre des employés ou des bénévoles à long terme des ONG, des membres de la population locale, ainsi que des étrangers, plus ou moins activistes, venus pour « aider » les migrants, et s'identifiant comme « bénévoles indépendants ».

4.3 Entretiens

Afin de compléter les observations directes et la participation observante, j'ai effectué un total de 19 entretiens formels entre juin et août 2018. Les entretiens ont permis d'approfondir et de valider des observations ainsi que d'obtenir des exemples et des descriptions précises. Les entretiens combinaient la consultation et le récit, c'est-à-dire qu'ils insistaient à la fois sur l'expérience directe des participants et sur leurs connaissances et leurs compétences (Olivier de Sardan 1995). Neuf entretiens ont été réalisés avec des demandeurs d'asile, qui portaient sur leurs vies depuis leur arrivée dans le camp et leurs expériences dans les différentes structures humanitaires : quatre Africains francophones et cinq « interprètes ». Huit entretiens ont été réalisés avec des bénévoles médicaux, dont six travaillant pour la clinique OHF, qui portaient sur leurs pratiques quotidiennes avec les patients ainsi que sur les normes et standards qu'ils suivaient. Finalement, deux entretiens – un avec des employés du HCR et un avec un avocat en droit d'asile – ont plutôt servi à obtenir des détails sur les procédures légales et bureaucratiques, ainsi que sur le rôle des différentes organisations. Je reviens en détail sur les entretiens des deux premiers groupes dans la section suivante.

Les entretiens ont été en majorité effectués dans une pièce inutilisée de mon logement au centre de Mytilène. Cependant, trois entretiens ont été effectués dans des cafés, trois dans l'appartement où résidaient les bénévoles de l'ONG médicale. L'entretien avec les employés du HCR a été effectué dans leurs bureaux à Mytilène. Chaque entretien, à l'exception d'un, ont été enregistrés avec le consentement des participants et ils sont d'une durée médiane d'une heure trente minutes. Ils ont été effectués en anglais (13) et en français (6), selon la langue la mieux maîtrisée par le participant. Lorsque des extraits d'entretiens ou de conversations sont cités directement dans le mémoire, j'ai conservé la langue originale par souci d'authenticité – et ce, incluant l'anglais, même quand celle-ci était la langue seconde de mon interlocuteur, ce qui peut laisser voir des erreurs de grammaire.

Pour chaque entretien, le consentement a été obtenu verbalement. Les données ont été dénominalisées et un pseudonyme a été attribué à chaque participant afin de protéger leur confidentialité. Afin d'assurer le consentement libre et éclairé des participants, j'ai offert une explication préalable, oralement et dans un langage accessible, adaptée aux deux types de

participants. J'ai expliqué l'objectif de la recherche, ses risques et avantages, ainsi que les mesures utilisées pour protéger leur confidentialité. J'ai aussi remis à chacun, en général quelques jours avant l'entretien, une feuille d'engagement de confidentialité, sous format papier ou sous format électronique (voir annexe II). Au moment de l'entrevue, j'ai vérifié si le participant avait lu l'engagement. Comme souvent ce n'était pas le cas – on me disait « mais non, je te fais confiance » ou « je n'ai pas eu le temps » –, je les ai incités à en faire la lecture complète. J'ai ensuite encouragé les participants à me poser toutes leurs questions puis, afin de démontrer mon engagement à protéger leur confidentialité et celle de leurs données personnelles, j'ai signé devant eux la feuille d'engagement et leur ai remise. J'ai obtenu l'approbation du comité éthique de l'Université de Montréal pour ma collecte de données.

4.3.1 Entretiens avec les demandeurs d'asile

Mes premiers entretiens avec les demandeurs d'asile étaient de type récits de vie et cherchaient à comprendre l'ensemble de leur parcours migratoire, à partir de leur pays d'origine. Par la suite, à mesure que la problématique se précisait, les entretiens se sont concentrés sur les expériences des demandeurs depuis leur arrivée sur l'île, dans les structures d'accueil et le système de santé (le système grec et celui des ONG).

Mes interrogations concernaient leurs manières de faire lorsqu'ils cherchaient à orienter l'attribution des ressources et à se rendre admissibles à recevoir les soins. Les questionnements qui guidaient l'entretien concernaient leurs besoins en termes de soin et leurs accès aux ressources de soin. J'investiguais la façon dont eux-mêmes comprenaient et expliquaient les mécanismes de sélection des personnes admissibles à recevoir les soins et les attestations de vulnérabilité, ainsi que s'ils considéraient que certaines manières de faire, certaines maladies, pouvaient améliorer leur admissibilité. En interrogeant leurs expériences, j'essayais de voir s'ils avaient adapté leurs manières de faire, ou s'ils avaient développé de nouvelles manières de faire pour favoriser leur accès aux soins. À certains moments, si l'entretien glissait vers des propos généraux, je devais « solliciter l'anecdote » (Olivier de Sardan 1995, 9), en demandant comment ça c'était passé pour eux, personnellement, afin de ramener la conversation sur leurs expériences personnelles.

Il était peu clair pour certains participants comment j'allais utiliser les données d'entretien. Ceux-ci appréciaient donc beaucoup une vulgarisation de la méthode d'analyse des données – une phase de transcription, puis à partir de cette transcription, l'utilisation d'extraits et d'exemples insérés dans l'argumentation du mémoire. Un participant a proposé qu'il s'agissait d'un montage, à l'instar d'un montage vidéo, et j'ai parfois utilisé cette métaphore – aussi utilisée par Olivier de Sardan (1995) – par la suite. J'ai aussi mis beaucoup d'efforts afin d'expliquer mon projet et mon positionnement auprès des demandeurs d'asile, pour qu'il soit clair que ma recherche ne visait pas à servir les intérêts de l'une ou l'autre des organisations avec lesquelles ils interagissaient. L'espace-temps de l'entretien avec les demandeurs d'asile avait un caractère très intime, qui contrastait avec le caractère social et public de nos autres interactions. Ils ont constitué des espaces de confiance et d'écoute, où leur vécu difficile et leur indignation étaient accueillis. Ainsi, l'entretien a souvent initié ou cristallisé une relation d'intimité et d'amitié avec les participants, qui s'étaient ouverts à moi. Cette intimité nouvelle est parfois venue avec des attentes qu'il m'a fallu négocier par la suite, comme je le détaille à la fin du chapitre. De plus, comme cet espace d'écoute attentionnée était assez exceptionnel, je n'avais pas de difficulté à faire s'exprimer les participants à l'entrevue : au contraire, en général ils parlaient beaucoup, parfois trop, certaines entrevues durant de nombreuses heures.

4.3.2 Entretiens avec les bénévoles médicaux

Les entretiens avec les bénévoles médicaux avaient une forme semi-dirigée. Plus le terrain avançait, plus les personnes interviewées étaient des collègues avec qui j'entretenais des relations amicales. Avec eux, l'entretien se rapprochait de la conversation banale, référant à d'autres conversations et à des expériences partagées, ce qui a permis de réduire l'artificialité de l'entretien et de faciliter le partage des données (Olivier de Sardan 1995). La forme conversationnelle – ou dialogique – de l'entretien a permis de confronter mes perceptions avec celles de mes interlocuteurs, ainsi que de mobiliser des expériences passées – souvent des cas exceptionnels ou limites – afin de susciter une réaction et une réflexion (Cabot 2013). Cela permettait de rendre explicites des manières de faire ou de penser que j'avais observées, mais qui restaient implicites dans le travail de la clinique. Il s'agissait ainsi pour les participants d'explicitier les systèmes informels de prise de décision qui viennent souvent, dans les

organisations humanitaires, remplacer en pratique les procédures officielles³². Ce passage à l'explicite s'accompagnait fréquemment de l'expression de doutes ou d'incertitudes par rapport à leurs pratiques ou par rapport au fonctionnement de la clinique.

Les entretiens avec les bénévoles médicaux visaient à investiguer la prise de décisions et les perceptions qu'ils avaient des pratiques d'allocation des ressources. Il s'agissait de leur faire expliciter les critères utilisés pour, au triage, donner accès à une consultation médicale et, lors des consultations, décider les ressources à offrir au patient. Ainsi, nous discutons par exemple de ce qui constitue un cas prioritaire ou urgent et de la façon de le reconnaître. Les bénévoles médicaux n'étant pas tous médecins (il y avait aussi des interprètes, des infirmières), les perspectives divergeaient parfois à ce sujet. Finalement, un thème qui s'est imposé a été celui du fonctionnement du système de vulnérabilité et du système médical (références vers d'autres établissements, relations avec le Centre hellénique pour la prévention et le contrôle des maladies (KEELPNO), avec l'hôpital et les autres ONG). Ce thème s'est imposé parce que le fonctionnement de ces différents systèmes est flou, souvent changeant, et qu'il affecte directement le travail quotidien des bénévoles, qui doivent interagir avec lui. Corollairement, nous abordions les façons de naviguer ce système afin de mieux aider les patients à obtenir des soins. En d'autres termes, les entretiens offraient aussi une occasion de partager des informations pour améliorer le travail de la clinique. Bref, les entretiens ont souvent constitué des espaces de réflexivité, où les bénévoles pouvaient prendre un pas de recul par rapport à la frénésie de l'action pour penser à leurs pratiques. En outre, mes interlocuteurs utilisaient souvent l'espace de l'entretien pour déplorer les mauvais traitements infligés aux demandeurs d'asile et critiquer les politiques d'accueil des états européens.

³²Guglielmo Verdirame et Barbara Harrell-Bond (2005) ont notamment relevé la présence de ces systèmes informels qui prennent le pas sur les procédures officielles dans leur ethnographie du camp de Kakuma au Kenya.

4.4 Positionnement et enjeux éthiques

4.4.1 Activiste, bénévole, chercheure ? Engagements multiples

L'accueil des demandeurs d'asile en Grèce est un thème chargé politiquement et humainement. Avant même de considérer en faire un projet de recherche, j'ai été bénévole à Lesbos à titre personnel, en offrant de l'aide d'urgence dans un camp de transit, dans un village près des plages où accostaient quotidiennement des milliers de personnes, en 2015. En ce sens, même en 2018, j'étais engagée sur le terrain non seulement comme ethnographe, mais aussi à titre personnel, par ma propre sensibilité humanitaire et mes opinions politiques et militantes³³ en faveur des personnes migrantes. C'est l'ensemble de ces différentes motivations, ou formes d'engagements, qui m'ont motivée à m'investir autant dans ce projet de maîtrise, notamment en y allant trois fois (2015, 2017 et 2018) et en planifiant un séjour pour partager les résultats de recherche, en 2020.

Une fragile légitimité

Cet engagement répété envers la situation des demandeurs d'asile sur l'île a permis d'asseoir ma légitimité en tant que chercheure et en tant qu'*insider* durant mon terrain : cela était essentiel dans un contexte où la médiatisation de la situation sur l'île y a concentré l'attention (Cabot 2016), ce qui entraîne des enjeux de voyeurisme (Topali 2018) et d'appropriation. En effet, les structures humanitaires et d'accueil des migrants à Lesbos reçoivent constamment des visiteurs, bénévoles, journalistes et chercheurs, venant souvent pour une courte période en espérant pouvoir aider, accéder aux camps et aux personnes (migrants, autorités), obtenir de l'information, filmer, etc. Ces visiteurs ont souvent une connaissance superficielle de la situation

³³ L'enjeu des droits des personnes migrantes étant de plus en plus au cœur de l'actualité, il m'est impossible de faire cette recherche en étant neutre face à ces enjeux. Au Canada, j'ai notamment participé à des manifestations pour les droits des personnes migrantes à la frontière américano-canadienne organisées par le réseau Solidarité sans frontières. Je me suis aussi impliquée dans le programme de soutien aux migrants détenus de l'organisation Action Réfugiés Montréal en 2017 et 2018. Depuis l'été 2019, j'y occupe un poste d'intervenante et je visite régulièrement les personnes détenues par l'Agence des services frontaliers du Canada pour leur offrir du soutien et de l'information juridique.

et ils sont perçus comme peu respectueux des personnes et des initiatives en place, qui se sentent « utilisées » – sentiment partagé autant par les demandeurs d’asile que les populations locales, les travailleurs humanitaires étrangers installés à Lesbos et les travailleurs grecs (Knott 2017; Papataxiarchis 2018; Rozakou 2017d). Mes visites répétées et ma connaissance approfondie du terrain ont constitué aux yeux de la plupart de mes interlocuteurs des preuves de mon engagement et cela leur a permis de me faire confiance – d’avoir confiance que je pouvais comprendre et respecter la complexité de leur expérience.

Cela dit, le caractère relativement temporaire de mon implication en 2018 (trois mois, en été) me faisait aussi entrer, pour certains travailleurs humanitaires, dans la sous-catégorie des bénévoles-touristes ou des chercheurs-touristes. Bref, j’étais perçue différemment par différents types de personnel humanitaire : face aux nouveaux bénévoles qui venaient tout juste d’arriver, ce qui inclut la plupart de mes collègues médecins à la clinique, j’étais une personne très expérimentée. Mais face aux personnes locales ou aux nombreux travailleurs humanitaires habitant à Lesbos depuis longtemps, je m’ajoutais au nombre des personnes qui ne font que passer. Mon rôle de chercheuse était moins attirant pour ce type d’acteurs et il était beaucoup plus difficile d’entrer en contact et de légitimer ma position envers eux. Cela explique qu’ils soient moins représentés au sein de mes participants.

Quand les engagements entrent en conflit

Lors de mon travail dans la clinique, la cumulation de deux rôles (chercheuse et interprète) a parfois créé des conflits. Une situation en particulier mérite d’être relatée. Un après-midi à la clinique, j’étais interprète pour une consultation dans laquelle l’infirmière, très expérimentée, soupçonnait de façon évidente le patient, Ahmad, de s’inventer un historique médical, historique qu’elle jugeait improbable – elle est même allée jusqu’à lui en parler directement, ce qui est très rare. Plus tard, à ma pause sur le terrain du centre communautaire, Ahmad m’a approché : il me reconnaissait de la clinique, voulait se lier d’amitié. Il était, dès le début, très transparent par rapport à ce qu’il appelait « sa petite comédie » auprès de l’infirmière. Je lui ai partagé mon projet de recherche et il a tout de suite voulu participer : « je vais tout t’expliquer ». Nous avons pris un rendez-vous lors duquel il m’a offert un entretien de plus de deux heures, où il a détaillé l’ensemble de ses stratégies pour obtenir la résidence en Europe. C’est le seul participant rencontré dont le projet migratoire était entièrement présenté comme

une stratégie, ce sur quoi je reviendrai en profondeur dans le prochain chapitre. Notamment, il m'a raconté comment et pourquoi il mentait aux médecins – pour ajouter du poids à sa demande d'asile : « je cherche les papiers pour augmenter ».

La semaine suivant cette rencontre, à l'ouverture de la clinique, j'ai revu Ahmad en tête d'une longue queue pour voir le médecin. Le médecin au triage l'a écouté et, comme il était le premier en tête de file, lui a donné la priorité et l'a vite envoyé voir le médecin. Une quinzaine de minutes plus tard, les rendez-vous de la journée étaient déjà épuisés et il a fallu, parce qu'elle était plus loin dans la file, renvoyer au camp une femme à mobilité réduite qui nous avait confié des symptômes inquiétants. J'ai ressenti à ce moment de la frustration face au comportement d'Ahmad : tout à coup, je voyais son comportement avec mon chapeau de bénévole humanitaire, avec en tête les objectifs de la clinique. Je me sentais comme s'il « volait » du temps de consultation à des personnes qui en avaient « vraiment » besoin. Pourtant, lors de nos entretiens, je voyais ses pratiques avec mon chapeau d'ethnologue, comme une stratégie nécessaire pour fonctionner au sein du régime de mobilité actuel. Le comportement d'Ahmad semblait moralement acceptable dans un de mes rôles (ethnologue), mais moralement inacceptable dans mon autre rôle (bénévole humanitaire).

Bien entendu, mes engagements de chercheurs ont pris le dessus et je n'ai rien dit à mes collègues, par respect pour la confidentialité d'Ahmad et notre entente selon laquelle, dans la clinique, nous devons faire comme si nous ne nous connaissions pas. Cette situation a tout de même généré un déchirement interne entre mon engagement humanitaire dans la clinique, motivé par un désir d'aider et de faire une différence dans les conditions de vie des demandeurs d'asile, et mon engagement envers la production de données ethnographiques. De plus, le malaise ressenti dans cette situation pointe vers le pouvoir que je possédais dans le dispositif que je cherchais à étudier: en tant qu'interprète expérimentée dans la clinique, je pouvais donner mon opinion et influencer le processus de sélection des patients – même si dans cette situation, j'ai choisi de ne pas le faire.

Finalement, cette anecdote permet aussi de penser l'enjeu éthique qui réside dans l'action de documenter les pratiques des demandeurs d'asile, quand certaines de ces pratiques peuvent être perçues comme des actes moralement répréhensibles : techniques de fraude, mensonges. J'étais consciente de ce danger tout au long de la collecte de données et cela a informé ma prudence

dans mes discussions avec les différents acteurs. Puis, dans le développement de mes relations avec les demandeurs d'asile, j'ai abordé cette question de la « fraude » et du « mensonge ». Afin de m'assurer qu'ils n'allaient pas censurer ces expériences par peur que je les perçoive négativement, j'ai fait le choix de prendre position et d'exprimer ma solidarité: je les rassurais en affirmant, comme je le pense effectivement, qu'ils sont traités de façon inhumaine et qu'ils ont le droit de prendre tous les moyens nécessaires afin d'être traités de façon humaine, même si cela implique de mentir.

Pour ce mémoire, je prends le parti, en suivant l'exemple de la position de Cindy Horst (2006b) dans son ouvrage sur les stratégies de sécurité sociale des Somaliens dans le camp de Dadaab, d'exposer ces stratégies en les liant directement au contexte qui, selon moi, les provoque et contribue à les construire. De surcroît, contrairement à la situation documentée par Horst, les stratégies que j'ai documentées à Lesbos tiennent d'un secret de polichinelle et sont vraisemblablement déjà connues des personnes en situation d'autorité : on me disait souvent, au sujet des mensonges et des pratiques irrégulières, « everybody knows that everybody knows ». Ainsi, les mettre par écrit ne revient pas à les dénoncer et à compromettre leur efficacité, mais plutôt à voir les besoins auxquelles répondent ainsi que leurs effets.

4.4.2 Terrain avec des demandeurs d'asile : enjeux de pouvoir

De façon générale, il y avait entre les demandeurs d'asile et moi un écart immense de privilèges – je combinais des privilèges de blancheur, de richesse et de mobilité et j'étais face à des personnes souvent sans aucune ressource financière ou sociale et de surcroît confinées dans un camp. Bien que les bénévoles et touristes étaient nombreux – je n'étais donc pas la seule représentante de ces privilèges –, il est certain que le désir d'accéder aux ressources que je représentais a joué un rôle dans la participation des demandeurs d'asile à ma recherche. Sans pouvoir agir à la source de cet écart, j'ai pris soin, tout au long de la recherche, d'établir clairement les limites de mon rôle et du support que je pouvais offrir aux participants, notamment en clarifiant que je ne pouvais en aucun cas les aider à obtenir des soins ou des documents médicaux. Je pense que, bien que les participants comprissent les limites de mon pouvoir, certains ont cependant « tenté leurs chances » avec moi en cherchant les manières dont je pourrais les aider.

Il faut reconnaître que, dans un contexte où le manque d'information est endémique, j'étais munie d'une autre forme de pouvoir : mon savoir sur les processus d'asile et de vulnérabilité. Effectivement, les demandeurs d'asile étaient constamment en train d'essayer de comprendre la meilleure façon de naviguer le système d'asile. Or, poser des questions, faire de la recherche, cela signifie avoir (ou non) un pouvoir pour aider (Favret-Saada 1977, 29). Mes interlocuteurs m'exposaient leurs cas et sortaient leurs papiers pour me les montrer, « Qu'est-ce qui est écrit ? Qu'est-ce que ça veut dire ? » Mon rôle de chercheuse, ici, n'était qu'un détail dans l'exhibition d'informations confidentielles, l'important était la clé d'interprétation que je pouvais leur donner. Au final, pour ces interlocuteurs, les enjeux de la recherche, que j'avais beau rappeler, passaient encore une fois en deuxième plan et apparaissaient peu importants face aux enjeux de la vie (Olivier de Sardan 1995).

4.4.3 Limites personnelles de l'engagement

Finalement, l'immersion caractéristique du terrain ethnographique est venue se confronter à mes limites personnelles. En invitant les demandeurs d'asile à participer à une entrevue dans un cadre intime, je sortais des frontières d'habitude établies par les bénévoles humanitaires auprès des bénéficiaires et j'entrais dans un autre type de relation, plus égalitaire et plus intime. J'étais alors placée dans un rôle de confidente et on me considérait rapidement comme une amie importante. Les participants avaient donc des attentes envers moi, et me sollicitaient souvent.

Au cours du terrain, les rencontres avec tous les participants, mais surtout les demandeurs d'asile, en sont venues à occuper presque tous les espaces et toutes les temporalités : demandes d'hébergement d'urgence au milieu de la nuit, contacts fréquents en soirée, au téléphone, sur différents médias sociaux, dans la rue, dans mon quartier, quand je faisais les courses, quand j'allais nager. D'une part à cause de la différence de richesse et d'autre part à cause de mon rapport intime avec des participants ayant vécu et continuant de vivre des épisodes difficiles, les demandes et les attentes concernaient à la fois du soutien matériel et du soutien émotionnel et psychologique. J'ai souvent dû, difficilement, dire non, le cœur brisé, afin de protéger ma propre sécurité matérielle et ma santé mentale. Cela tient du fait que j'ai utilisé mes propres contacts personnels (téléphone, médias sociaux) afin de communiquer facilement avec les demandeurs.

Les autres bénévoles ou les travailleurs humanitaires vivaient probablement des expériences similaires, mais il semble que les requêtes qui m'étaient adressées étaient plus intenses, à cause des nombreuses relations de confiance que j'avais établies en une courte période dans le but de recruter des participants pour ma recherche.

Cela a eu un impact sur la production des données dans la mesure où, ainsi saturée par le terrain, il m'était difficile de trouver un espace de recul pour réfléchir sur son orientation. Il était aussi difficile de trouver un temps à la fin de la journée pour prendre des notes sur les événements et les conversations de la journée. Surtout lors des périodes où je travaillais comme interprète, les temps où je réussissais à être seule avec moi-même étaient presque exclusivement consacrés à me calmer, me soigner et gérer le poids émotionnel des événements et j'arrivais peu à prendre des notes de terrain. Au contraire de collègues ethnographes qui doivent recruter longtemps des participants, j'ai dû refuser de rencontrer de nouvelles personnes et je débordais d'informations.

Malgré ces difficultés, les échanges sous diverses formes (organisées, improvisées, par les réseaux sociaux) et les informations abondantes ont eu l'avantage de confirmer et d'approfondir les données. Il a été ainsi plus facile de gérer les différents biais possibles : des histoires qu'on aurait exagérées afin de m'impressionner ou afin de justifier une demande subséquente de soutien, ou des histoires qu'on aurait adoucies afin de mettre en évidence son courage, sa persévérance et sa combativité. Il est en effet attendu que, pour de nombreuses raisons tenant de la sécurité ou de l'estime personnelle, les demandeurs d'asile ne m'aient pas révélé toute la « vérité », au sens où on l'entend communément. Ce que les demandeurs me révèlent tient en fait autant de notre relation de confiance que des modèles, des tropes et des formes de mise en récit qui structurent leurs expériences de bénéficiaire humanitaire et de revendicateur du statut de réfugié : leur « dossier » et leur « histoire » ont des sens spécifiques relatifs à leur besoin de protection qui structurent la façon dont ils se sont confiés à moi.

Chapitre 5. Stratégies de reconnaissance(s) : trajectoires de trois demandeurs d'asile

Agentivité et stratégies dans les structures humanitaires

Les notions de stratégie et de tactique tirent leur origine du vocabulaire militaire : une stratégie est mise en place quand il y a coordination d'un ensemble d'actions afin d'atteindre un objectif, alors qu'une tactique est plutôt la technique qui permet de gagner un combat (CNRTL 2012b). Quand la notion de stratégie s'applique aux individus ou aux institutions, elle implique donc une *planification* et un *but*, soit une intention. Dans le champ des sciences sociales, ces deux notions ont été majoritairement théorisées par Michel de Certeau dans le premier tome de son œuvre *L'invention du quotidien* (1990). De Certeau y oppose la stratégie et la tactique : la stratégie serait une pratique des puissants, qui implique le pouvoir d'imposer son agenda, alors que les tactiques sont plutôt les pratiques quotidiennes d'adaptation et de résistance des gens ordinaires, à partir d'un environnement créé *par* les stratégies des puissants. Cette division est reprise de manière similaire, bien que beaucoup moins approfondie, par Michael Herzfeld dans sa réflexion maintenant classique sur l'indifférence des bureaucrates, dans laquelle il oppose les tactiques de la vie sociale courante, qui seraient spontanées et basées sur des lieux communs, à des stratégies analytiques, plus réfléchies (Herzfeld 1992, 45). Les tactiques de Michel de Certeau s'apparentent aussi aux « armes des faibles » (*weapons of the weak*), ces formes de résistances quotidiennes théorisées par James Scott, résistances discrètes qui prennent souvent la forme de l'esquive ou de l'évitement et qui n'ont qu'un effet marginal sur les formes d'exploitation vécues par les villageois malaisiens ethnographiés par Scott (Scott 1985).

Ces réflexions, si elles sont pertinentes pour penser, au niveau micro, ce qui se passe au-delà du simple assujettissement à un pouvoir, tombent cependant dans une dichotomie oppression/résistance qui limite la capacité de penser les effets indésirables, ou contre-productifs, de la « résistance ». C'est pour cette raison que je préfère penser les stratégies au sein du concept plus large d'agentivité. J'ai expliqué plus haut que l'agentivité, selon Heath Cabot (2013) et Susan Bibler Coutin (2003), n'est pas nécessairement située dans la sphère de l'intentionnalité. Or, la notion de stratégie permet de penser l'intentionnalité des formes

d'agentivité mises en œuvre par les demandeurs d'asile. Bref, contrairement à d'autres chercheurs qui ont repris la division de De Certeau dans leur analyse des pratiques des migrants et des fonctionnaires en immigration européens (Eule et al. 2019), je choisis de ne pas complètement suivre la distinction entre tactique et stratégie proposée par de Certeau dans mon analyse³⁴. Dans ce chapitre, j'utilise « stratégie » afin de parler de la dimension *calculée et intentionnelle* des pratiques des demandeurs d'asile. Au final, j'utilise le terme de stratégie pour qualifier certaines formes d'agentivité circonscrite dont font preuve les demandeurs d'asile à Lesbos. En d'autres termes, les stratégies des demandeurs d'asile dans les structures humanitaires sont les façons intentionnelles et planifiées dont ils manœuvrent au sein de ces structures.

Ce chapitre montre les différentes manières dont le contexte migratoire et humanitaire à Lesbos fait de la stratégie une nécessité pour les demandeurs d'asile. Bien que les trajectoires permettent aussi de suivre d'autres formes d'agentivité moins intentionnelles – et donc de tracer un continuum des pratiques stratégiques –, les témoignages des demandeurs révèlent l'importance de la planification stratégique et intentionnelle pour avoir accès à certains droits. Ces pratiques stratégiques leur permettent de négocier les conditions de vie inhumaines auxquelles ils font face et d'obtenir une reconnaissance. En présentant différentes trajectoires de demandeurs d'asile au sein des structures humanitaires, j'examine ces stratégies dans le contexte qui les suscite. Il ne s'agit donc pas de représenter les demandeurs d'asile comme des imposteurs, qui chercheraient à « trafiquer le système », mais bien de déjouer cette figure du réfugié menteur et de montrer en quoi, pour reprendre les mots de Cindy Horst, « le système exige des réfugiés qu'ils fassent ce dont on les accuse : d'inventer des histoires » (2006, 15, ma traduction). Il s'agit

³⁴ La division entre stratégie et tactique ne s'applique pas à la situation que j'analyse pour une autre raison : c'est que le projet de De Certeau s'attarde sur les gens et la vie ordinaires, pour mettre en lumière les pratiques de résistance qui prennent place sans que des crises ou de conflits soient visibles. Or, le contexte qui nous occupe est extraordinaire en ce qu'il en est justement un de crises et d'urgences, où la stratégie et la résistance deviennent nécessaire parce que ce dont il est question tient d'enjeux de survie et d'humanité : être soigné ou non, rester ou quitter Moria, obtenir l'asile. Lesbos, pour les demandeurs d'asile, est un contexte extrêmement difficile, où organiser ses actions de manière stratégique est ce qui peut permettre de vivre finalement une vie normale, comme je le démontre dans ce chapitre.

aussi de montrer que les outils utilisés pour naviguer le système sont ceux offerts par le système humanitaire lui-même : les stéréotypes de la victime et du réfugié menteur, notamment.

Présentation des récits

Je présente dans les pages qui suivent les trajectoires de trois demandeurs d'asile au sein des structures humanitaires à Lesbos : Mkh, Empereur et Ahmad. Les récits de ces trajectoires sont informés à la fois par des observations directes et des conversations informelles, mais sont surtout basés sur les entretiens approfondis que j'ai menés avec chacun. Les récits suivent les demandeurs d'asile de manière chronologique dans leurs trajectoires, permettant ainsi de voir se développer leurs pratiques et leurs stratégies, au fur et à mesure qu'ils apprennent à décoder les règles des structures humanitaires. Ainsi, au fur et à mesure qu'il avance dans les pages, le lecteur apprend les rouages du système d'asile et du système médical de l'île – au rythme des demandeurs, c'est-à-dire par essai-erreur, à l'aveugle, selon ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Les récits profitent de la perspective des demandeurs d'asile et donnent accès aux raisons et aux motivations qui justifient leur adoption de certaines pratiques plutôt que d'autres. Elles permettent ainsi de voir la manière spécifique dont chacun des demandeurs est un agent actif au sein du système humanitaire et, parfois, un agent stratégique, qui réfléchit à ses pratiques afin de les adapter aux contraintes et aux façons de faire du système humanitaire, dans le but d'améliorer ses conditions de vie.

(1) Mkh³⁵ est un interprète d'origine iraquienne vivant à Moria. J'ai travaillé comme interprète à ses côtés dans la clinique médicale. Son objectif principal est de continuer son parcours migratoire et d'obtenir l'asile en Grèce. À son arrivée sur l'île, Mkh ne comprend pas le fonctionnement du camp : il n'a pas reçu d'explications et ne sait pas comment suivre la procédure. Puis, après plusieurs mois, il comprend qu'il doit, pour pouvoir quitter l'île et améliorer ses chances d'obtenir l'asile, obtenir une attestation de vulnérabilité. Obtenir cette attestation ne sera pas aisé et Mkh l'obtiendra en faisant référence aux autres demandeurs qui mentent afin de se dissocier d'eux, jouant sur le mérite de sa propre histoire et de son honnêteté.

³⁵ « Mkh » est le pseudonyme qu'il m'a demandé d'utiliser dans ma recherche pour l'identifier. Tous les noms ont été changés et chaque participant a choisi lui-même le pseudonyme à utiliser dans le mémoire.

Son cas démontre que la mise en place d'une stratégie passe par l'apprentissage de la structure humanitaire et de ses logiques.

(2) Empereur est un patient de la clinique qui m'a approché afin de se lier d'amitié. Forcé de quitter la Côte d'Ivoire, il vit irrégulièrement en Turquie jusqu'au moment où il devient trop malade pour travailler. Ses amis le convainquent alors de venir en Grèce pour « les soins, le social » et son objectif principal est de soigner ses douleurs et de retrouver la santé. Arrivé à Moria, il est mis en détention et ses visites médicales sont une série d'échecs. J'ai choisi de présenter le cas d'Empereur parce qu'il est un exemple d'une personne qui ne met pas en place de stratégie globale, cherchant simplement à obtenir des soins. Son cas démontre les difficultés d'obtenir des soins dans le contexte où les visites médicales ont aussi la fonction d'attester de la vulnérabilité des demandeurs.

(3) Finalement, le cas d'Ahmad est un cas rare : s'il est comme tous les autres engagé dans une procédure de demande d'asile, il se présente cependant à moi comme quelqu'un venu pour améliorer ses conditions de vie et ses opportunités économiques. Son objectif est d'obtenir des documents européens et il sait que, pour ce faire, il doit être reconnu comme vulnérable ainsi qu'être crédible. Ahmad insiste beaucoup sur l'importance d'être stratégique et il mobilise lui-même cette notion pour référer à l'organisation de ses pratiques. Je l'ai choisi parce qu'il combine de façon intensive l'ensemble des pratiques stratégiques et des tactiques que j'ai pu observer.

En outre, ces trois cas ont été rassemblés ensemble parce qu'ils ont différents rapports à la stratégie : Ahmad est ouvertement stratégique – voire surstratégique –, alors que Mkh raconte sa longue période d'apprentissage avant de comprendre quelle stratégie mettre en place et Empereur, finalement, a un rapport moins stratégique à ses pratiques. Les trois cas permettent d'esquisser un continuum de la dimension stratégique des pratiques des demandeurs d'asile et de montrer que la démarcation est souvent floue entre pratiques réfléchies (stratégiques) et pratiques spontanées (tactiques) – bref, que les formes d'agentivité sont multiples.

De plus, même s'ils ont différents rapports à la stratégie, il m'a semblé frappant de rassembler ces trois cas parce que, vus de l'extérieur – du point de vue des médecins, par exemple –, ils ne sont pas du tout différents. En effet, les trois demandeurs partagent un ensemble de pratiques et ils se heurtent aux mêmes difficultés : ils auront tous de la difficulté à obtenir des rendez-vous,

devront insister, se présenter à répétition. Puis, une fois auprès du soignant ou du décideur, ils ne seront pas crus, vont accumuler des papiers et devront chercher à convaincre, en mobilisant des preuves matérielles. Ces pratiques sont représentatives des groupes enquêtés, soit les hommes seuls, Africains francophones et interprètes arabophones. Elles nous informent sur la structure du système dans lequel les demandeurs évoluent : par exemple, l'insistance et la recherche de preuve s'expliquent par le fait qu'ils se heurtent tous à des problèmes de crédibilité et de suspicion, la répétition par le fait qu'ils connaissent tous des difficultés dans le traitement de leurs dossiers. Les stratégies des demandeurs d'asile prennent donc une forme spécifique en réponse au surchargement des systèmes d'asile et de santé et du climat de suspicion qui y règne. Elles sont, en d'autres termes, structurées par les stéréotypes de la victime et du réfugié menteur qui informent le dispositif humanitaire. Les trois demandeurs ci-dessous s'accordent aussi sur un point : la nécessité d'être malade pour pouvoir accéder à la procédure d'asile. Ils témoignent ainsi du remplacement de la logique du droit par la logique humanitaire dans les pratiques de gestions des migrants aux frontières de l'Europe.

5.1 Mkh : l'apprentissage de la logique humanitaire

Mkh est un interprète d'origine iraquienne de 23 ans, qui a été bénévole dans différentes organisations non gouvernementales (ONG) médicales sur l'île. Je travaille avec lui à la clinique et je passe beaucoup de temps avec lui et les autres bénévoles européens. Mkh a l'air très jeune. Il est toujours bien mis et affable, il a plusieurs relations sur l'île. Il parle très bien l'anglais et il veut constamment s'améliorer, en plus d'apprendre quelques phrases dans les langues de tout le monde, pour nous faire rire. Chaque matin, il salue chacun dans sa langue maternelle, en français, en espagnol, en lingala, en farsi... Il est comme le petit frère de la clinique, celui que tout le monde apprécie, à qui tout le monde fait confiance. Mkh vient souvent en ville avec le groupe de bénévoles, qui couvrent ensemble les frais de ses repas au restaurant. Il est traité comme les autres bénévoles – et même si tout le monde sait qu'il retourne dormir au camp chaque soir, on n'en parle pas beaucoup. À la fin de mon séjour, un bénévole américain se liera d'amitié avec lui et ils feront chaque soir des cours particuliers pour que Mkh puisse être admis à l'université américaine d'Athènes.

L'histoire personnelle de Mkh est particulièrement tragique : plus de dix membres de sa famille immédiate sont morts dans un bombardement à la fin de 2016. Il transite alors par la Turquie pour venir en Europe et il arrive à Lesbos en octobre 2017. À son arrivée, il est enregistré dans le camp de Moria. Il restera dans le camp presque un an : un matin de juillet 2018, alors que je le vois quotidiennement depuis plusieurs semaines, le moral en montagnes russes, Mkh obtient finalement son « papier bleu », la protection internationale qui lui permet de quitter l'île et de résider en Grèce.

En arrivant sur l'île, Mkh ne s'attendait pas à y rester aussi longtemps. D'autres membres de sa famille avaient traversé par la Grèce en 2015 et ils étaient maintenant installés en Allemagne. Il cherchait à les rejoindre : « Before, I thought I will stay in the camp for one week, take papers and go to Athens. I thought they would give us freedom. I would go stay in Athens and then meet my uncle in Germany. » Or, obtenir ses papiers sera plus compliqué. Mkh a d'abord dû d'abord comprendre le système – comment le camp fonctionne, quels sont les différents services. Cela prend du temps : « You get no information, nobody talks to you. Nobody explains you about KEELPNO [Centre hellénique pour la prévention et le contrôle des maladies, qui gère les attestations de vulnérabilité]. After some months, I start to understand the situation in the camp ».

Il me raconte que, la première semaine, il n'arrive pas à manger. Les premiers mois, il reste à l'intérieur du camp, sans ressources. Puis, il rencontre des amis, qui lui expliquent qu'il doit aller à KEELPNO – l'organisation gouvernementale responsable des services de santé dans le camp – pour obtenir des soins médicaux et une attestation de vulnérabilité. Son parcours aurait été plus efficace s'il avait eu ces informations dès le départ.

I made mistakes because at first I didn't know about vulnerability. Then I found out.[...] If you have vulnerability before the interview [d'asile], they make the interview easier and everything is okay. But I didn't know about that and I only got the vulnerability after my first interview. This is why I stay here long time. Because I don't know.

Une de ses erreurs est donc d'avoir passé l'entrevue d'asile – une entrevue qui a duré sept heures – *avant* son évaluation médicale initiale par KEELPNO, lors de laquelle sa vulnérabilité était évaluée.

Quand vient son évaluation de vulnérabilité, il se présente à son rendez-vous auprès d'un médecin grec de KEELPNO. Celui-ci lui demande alors s'il souffre d'une maladie chronique : Mkh répond non, mais demande à voir la psychologue – à ce moment, il est encore traumatisé de ce qui s'est passé et il a une grande difficulté à s'adapter aux conditions de vie du camp. Lorsque son rendez-vous avec la psychologue viendra, il essaiera de lui expliquer de quoi il souffre, « but she didn't believe me » : elle est débordée, lui parle cinq minutes, et il obtient un « No, you're fine », c'est-à-dire qu'il n'obtient pas de statut de vulnérabilité.

Mkh cherche alors à faire réviser son statut de vulnérabilité. Pour ce faire, il doit se présenter souvent devant les bureaux de KEELPNO à l'intérieur du camp. Ces bureaux sont en fait un conteneur *Isobox* dans lequel doivent être évalués l'ensemble des résidents du camp. À l'ouverture des portes de KEELPNO, des dizaines de personnes se bousculent devant l'entrée pour attirer l'attention des infirmières grecques, en agitant leurs papiers et en criant, afin de pouvoir être choisies pour entrer dans la clinique et accéder au médecin. Il faut parfois attendre à la porte pendant des jours pour être finalement vu par l'organisation. Le fait qu'il puisse parler anglais a certainement aidé Mkh, qui réussit à force d'insistance à obtenir un deuxième rendez-vous avec un psychologue de l'organisation – un homme, cette fois. « This one he listened to my story ». Mkh lui montre des photographies, raconte l'histoire de sa famille. Devant ce psychologue, il fait aussi référence aux autres demandeurs et à leurs pratiques malhonnêtes pour obtenir un statut de vulnérabilité : il fait valoir, par contraste, sa propre honnêteté. Il mobilise son droit à obtenir une attestation de vulnérabilité sans avoir à mentir :

I told him 'Other people, they are lying, they cut themselves to get vulnerability. I will not do these things, because my psychological problem is enough to get vulnerability.' [...] I told him 'You know, I can do anything. I can cut myself. I can kill myself. I will not if you give me vulnerability. I have the right to take my right.'

Le psychologue est convaincu, et il lui dit « Ok I will give you vulnerability ».

À KEELPNO, on lui explique qu'une fois son statut de vulnérabilité chargé dans le système informatique, il obtiendra une levée de la restriction géographique et il pourra aller à Athènes. La restriction géographique est marquée sur les papiers d'identité (souvent appelés par la dénomination allemande *ausweis* – un *open ausweis* référant à un document d'identité « ouvert », qui n'est pas restreint par la limitation géographique). Cette levée de la restriction

géographique est aussi associée pour les demandeurs à l'obtention de la protection subsidiaire, attestée par une estampe bleue. Dans le camp, les papiers d'identité sont délivrés mensuellement par l'EASO (le Bureau européen d'appui en matière d'asile) et il faut faire la queue pour les renouveler chaque mois, en espérant recevoir une mise à jour positive de son statut, qu'on apprend en recevant les nouveaux papiers. Or Mkh, contrairement à ce qu'on lui avait dit, renouvelle deux fois ses papiers d'identité sans obtenir l'*open ausweis*:

They told me: 'After a bit you get blue stamp and you can leave. After two months you will get *open ausweis*.' But after A6 [un code de vulnérabilité] is uploaded: February nothing changes. March nothing changes.

C'est que Mkh s'est fait prendre dans un changement du système : les vulnérabilités sont évaluées selon une classification, où la lettre A signifie « vulnérabilité moyenne » et la lettre B signifie « vulnérabilité haute » (voir Annexe III). Or, à partir du mois de février 2018, seulement les vulnérabilités « hautes » sont chargées dans le système. La vulnérabilité obtenue par Mkh n'est donc pas assez élevée pour être chargée dans le système, donc affecter son statut et lui permettre d'obtenir la levée de la restriction géographique. Bref, il n'a pas été jugé comme assez « vulnérable » pour obtenir les avantages qui sont liés à ce statut.

En voyant qu'il n'obtient pas son document, Mkh retourne alors une deuxième fois voir le même psychologue, qui semble pris de sympathie pour lui et veut l'aider :

I cry every day because the situation is so bad. I go back to KEELPNO psychologist. I tell him that I have no information and that I am alone, I tell him about my parents who die in Iraq. And he really understands me and he is a very kind person and he tells me 'You're not allowed to stay in camp, you have to leave', because he sees I lost all my family. He talks to me for 5 minutes and then says 'Ok, come back in 5 days and you will have good thing from me'. I came back after 5 days and he gave me B6, the highest vulnerability in the camp.

À ce moment, il dépose sa nouvelle attestation de vulnérabilité à EASO où on lui dit que cette nouvelle vulnérabilité, la bonne, sera chargée dans le système après deux jours. Mais l'attente se fait plus longue, puisque l'agence restera par la suite fermée durant dix jours « because there was a strike, because the interpreters and the employees do not get paid. ». Mkh est donc encore en attente du traitement de son dossier. Afin d'accélérer les choses et pour que son cas soit pris au sérieux, il va chercher un appui auprès d'un employé du Haut-Commissariat des Nations

Unies pour les réfugiés (HCR), avec lequel il bavarde de temps à autre au point d'information animé par le HCR dans le camp :

After I went to UNHCR, and one of them came with me at EASO and said : 'This person is different case, you have to make things easy, fast for him'. They say 'okay', and after one month EASO gives me small paper telling me to come back in two weeks to get decision. I finally got residence from Greece, the blue stamp.

Le jour où il obtient ce papier, ses collègues de l'ONG médicale, en majorité des bénévoles américains et allemands, se réjouissent avec lui et le prennent en photo alors qu'il montre, tout sourire, son papier à l'estampe bleue. Les bonnes nouvelles sont plus rares que les mauvaises dans le quotidien des travailleurs humanitaires de Lesbos. Chaque bonne nouvelle est accueillie avec grande joie, d'autant plus que Mkh a gagné le cœur de plusieurs des bénévoles. De façon générale, Mkh considère que son absence de compréhension du système a contribué à le faire rester plus longtemps sur l'île. Si c'était à recommencer, il tenterait par tous les moyens d'obtenir une attestation de vulnérabilité avant de faire son entrevue d'asile.

Pendant son séjour de 10 mois sur l'île, Mkh a utilisé sa connaissance de l'anglais pour travailler comme interprète dans les ONG médicales et parfois aussi auprès de KEELPNO. Ce rôle d'interprète lui fait recevoir beaucoup de demandes d'autres demandeurs d'asile, qui cherchent tout comme lui à obtenir un statut de vulnérabilité :

Lots of people ask me to go with them to the psychologist and to help them get vulnerability. They don't have anything but they ask 'If you get vulnerability for me I will give you money'. But I never did it for money. I feel shameful because some people who have vulnerability do not get it... and some people who have no problem they get it.

Ici, Mkh réfère à deux vulnérabilités : celle, intrinsèque, aux gens qui ont « quelque chose » (une maladie, un trauma) et celle qu'on obtient sous la forme d'un papier une fois lorsqu'on arrive à faire reconnaître « ce qu'on a », ce dont on souffre. Il exprime un sentiment d'injustice face au fait que ces deux réalités ne sont pas identiques : certaines personnes vulnérables n'obtiennent pas l'attestation alors qu'elles le mériteraient, et vice-versa.

La trajectoire de Mkh révèle la façon dont les demandeurs d'asile se réapproprient les logiques humanitaires de façon stratégique. En effet, dans ses interactions avec les médecins et les travailleurs humanitaires, Mkh joue sur les stéréotypes de la victime dans le besoin et du réfugié

menteur. Il s'identifie au premier, ce qui suscite la compassion du décideur, et se dissocie du second. Quand il mobilise sa souffrance pour convaincre, Mkh fait valoir ses misères (drame familial, souffrances psychologiques dans le camp) comme un mérite qui devrait lui donner accès à une attestation de vulnérabilité. Lors de l'interaction face à face avec le psychologue, il offre une performance où il fait valoir à la fois sa souffrance et son honnêteté : le psychologue le juge ainsi « méritant » et le récompense par une attestation de vulnérabilité qui ne se soucie pas d'un diagnostic précis, mais qui s'apparente plutôt à une récompense ('you will have good thing from me'). Le médecin lui-même utilise explicitement son pouvoir de délivrer une attestation de vulnérabilité dans le but de faire quitter le camp à Mkh ('You're not allowed to stay in camp'). Mkh a aussi intégré la logique humanitaire du triage et de la sélection : c'est en se comparant aux autres qu'il réussit à tirer son épingle du jeu, en argumentant que lui n'est pas un menteur, même si les autres le sont. De la même façon, quand il va chercher un appui auprès du HCR, l'employé défend son cas en se basant sur le mérite de Mkh et en le distinguant des autres demandeurs d'asile. C'est parce qu'il réussit à se présenter comme différent des autres demandeurs d'asile que Mkh réussit à convaincre les décideurs de faire avancer son dossier. Son rôle d'interprète et son excellent anglais lui ont aussi fourni des outils pour comprendre le système, obtenir du soutien moral et des appuis.

Dans son cas, le temps long de l'encampement est une contrainte qui joue en faveur de la mise en place d'une agentivité plus intentionnelle, au sens où Mkh, à force de rester longtemps dans le camp, a le temps d'apprendre les rouages du système (par essai-erreur, par observation) et d'adapter ses pratiques. Le récit de Mkh nous parle aussi d'un système surchargé et d'une bureaucratie complexe. La façon dont il me raconte sa trajectoire est révélatrice de ce processus d'apprentissage bureaucratique : au début, il ignorait le fonctionnement et a fait des erreurs. Cette mise en récit de sa trajectoire implique que les procédures bureaucratiques pour obtenir l'asile ainsi que des ressources ne sont pas juste des procédures qu'il faut suivre passivement, mais qu'au contraire, elles constituent à Lesbos un univers incertain, difficile à comprendre et obscur – voire hostile –, qu'il faut travailler à élucider et dans lequel il faut se débrouiller de manière stratégique.

5.2 Empereur : barrières d'accès

Empereur a 25 ans, tout comme moi. La première fois qu'on se rencontre, il m'aborde à la sortie de la clinique, pour se lier d'amitié. Ce soir-là, je suis complètement épuisée, émotionnellement, de mes premières journées comme interprète. J'ai aussi le sentiment d'avoir déjà donné trop souvent mon contact à de nouvelles connaissances, toujours des hommes, et je veux être plus prudente. Je suis polie et je discute un peu avec Empereur, mais quand il me demande mon numéro, je change de sujet. Et quand il essaie de me retenir plus longtemps pour parler, je m'échappe. Dans les semaines qui suivent, je le recroise plusieurs fois. C'est lui qui est le plus avenant : il se souvient toujours de mon prénom et me salue. Petit à petit, on échange sur l'écriture et il me parle du livre sur sa vie qu'il est en train d'écrire. Alors que j'avais d'abord pris son amabilité pour de l'insistance déplacée, Empereur se révèle un ami respectueux et un interlocuteur sensible. En deux entretiens d'un total de quatre heures, il me raconte sa vie avec une sensibilité extraordinaire. Nous nous lions d'amitié.

Empereur incarne la résilience. Un jour, il m'accorde un entretien de plusieurs heures où il se montre vulnérable et émotif. Il me fait traverser par son récit les époques de sa vie et ses yeux se remplissent parfois de larmes. Puis, le jour suivant, c'est l'Empereur flamboyant que je retrouve : les cheveux tressés, tout habillé de blanc et portant de majestueuses lunettes fumées trouvées on ne sait où, il me rejoint comme une rock star au café près du Moria, revenant d'une réunion avec la communauté ivoirienne. Avec les autres francophones de la bande, nous blaguons qu'il est « le roi des Ivoirois » – il préfère ce terme au mot Ivoirien, qui suscite trop de jeux de mots³⁶.

Empereur me raconte son histoire. Sa mère et sa femme ont été tuées et il a été forcé de fuir la Côte d'Ivoire il y a quelques années. Il réussit à se rendre jusqu'en Turquie, où il vit irrégulièrement. Il y gagne sa vie par du travail physique jusqu'au moment où il devient trop malade pour travailler. Les soins de santé coûtent cher, il ne peut plus travailler et il accumule les problèmes financiers. La communauté ivoirienne en Turquie se cotise alors pour le faire venir en Grèce, afin qu'il puisse profiter de soins.

³⁶ « L'Ivoirien n'y voit rien. »

On m'a dit non, qu'ici en Grèce, il y a le social, qu'on pourra se charger de toi, pour tes soins médicaux et tout et tout. J'ai couru le risque de m'engager avec ma blessure. [...] Bon, n'ayant pas une idée de la Turquie et de la Grèce et tout et tout, j'avais accepté parce que je voulais au moins être soigné et tout et tout. Et... c'est ainsi qu'ils m'ont dit qu'ils connaissent quelqu'un qui peut me faire passer, bon moi je n'avais aucune idée de tout cela... donc c'est ainsi qu'ils m'ont mis en contact avec quelqu'un.

Il fait trois tentatives avant de réussir à traverser jusqu'en Grèce : lors des deux premières, la police turque intercepte l'embarcation et Empereur fait un séjour en prison. Lors de la troisième tentative, il réussit à arriver à Lesbos. Là, il passe quelques jours dans la section fermée des « *First arrivals* »³⁷ du camp avant d'être enregistré. Puis, on le fait passer devant le médecin de KEELPNO qui doit évaluer sa vulnérabilité, mais il n'est pas au courant de ce qui se passe :

Aux environs de 10h, 11h, les policiers sont venus me chercher, j'étais la première personne à être prise pour aller rencontrer le fameux monsieur, le fameux monsieur qu'on nous disait qu'il va nous recevoir, bon je ne sais pas si c'est un médecin ou pas [...] Ouais, on te dit pas... nous sommes allés dans son bureau, ils étaient trois, je pense : l'interprète, lui et sa secrétaire, ils m'ont dit 'Vous souffrez de quoi?'

Il leur explique alors les détails de sa maladie développée en Turquie, une hernie pour laquelle il a été opéré avec des complications. Il montre aussi les cicatrices des coups de machette et de poignard qu'il a reçus en Côte d'Ivoire et qui l'ont laissé avec une douleur constante à l'oreille et des problèmes de vision à l'œil gauche. Le médecin l'écoute, mais ne lui fait pas d'examen et ne propose pas de remèdes. Il lui « fait un papier ». Puis, alors qu'Empereur croit qu'il va être logé dans le camp, on l'amène « en prison », au centre de détention à l'intérieur du camp³⁸. Empereur

³⁷ La loi autorise à détenir les personnes qui arrivent dans les centres de réception et d'identification pour un maximum de 72 heures. Ils sont détenus dans une section fermée au sein du camp de Moria qui est appelé « *First arrivals* », le temps d'être enregistrés dans le système (Greek Council for Refugees 2019).

³⁸ Depuis 2016, les hommes seuls provenant de pays à faible taux d'acceptation sont détenus dès leur arrivée par la police grecque dans une section fermée à l'intérieur du camp, pour un maximum de 90 jours. Leur détention s'appuie sur le raisonnement légal que ces personnes ne sont vraisemblablement pas éligibles à un statut de réfugié et qu'elles soumettent une demande de protection internationale en connaissance de cause, dans le but de retarder l'exécution d'une procédure de retour dans leur pays d'origine (Legal Centre Lesbos 2018; Greek Council for Refugees 2019). En pratique, cela correspond à un traitement discriminatoire de certains demandeurs d'asile sur la base de leur nationalité et de leur genre. De plus, la notion de « pays à faible taux d'acceptation » s'appuie sur le préjugé selon lequel les ressortissants de certains pays - à l'origine, le projet de détention vise les ressortissants du

quitte seulement la détention pour ses entrevues d'asile auprès d'EASO et pour ses rencontres avec le médecin et, quand il s'y rend, il est toujours accompagné par des policiers et menotté.

Et à chaque fois que tu vas à l'hôpital tu dois être menotté, c'est vraiment touchant, chaque fois, t'as les mains comme ça, tu passes devant le public, on te voit comme... un assassin, un voleur, c'était vraiment frustrant pour moi en fait, je me demandais, mais qu'est-ce que je fais ici, qu'est-ce que je fais ici réellement ?

Le séjour en prison est difficile : Empereur a perdu ses médicaments lors de la traversée en bateau et il souffre beaucoup. Il insiste pour retourner voir le médecin et va même faire des tests et des examens « au grand hôpital à Mytilini », mais les comprimés qu'on lui donne – des paracétamols – tombent sous contrôle des policiers, qui ne les lui fournissent pas de façon régulière. Il est difficile de convaincre les gardes de la prison de l'envoyer voir un médecin et, même quand il réussit, il se heurte à de la résistance de la part du médecin grec.

Pour le médecin, quand tu pars, pas de *checking*, on te demande : [ton agressif] 'Ouais, tu souffres de quoi ? Vous êtes là vous faites des trucs, vous êtes là toujours pour, pour, pour, emmerder les gens, vous ne souffrez de rien, vous venez à l'hôpital, vous... (LLR : Le médecin t'a dit ça ?) Oui ! On te dit carrément que tu ne souffres de rien, ils te disent que vous faites les manières, pour pouvoir... bon... et moi j'ai dit : 'mais si je suis pas malade, qu'est-ce que j'aimerais faire à l'hôpital ?'

Empereur souffre aussi beaucoup psychologiquement et il va rencontrer une psychiatre grecque à l'hôpital de Mytilène : « Elle nous a dit que, on raconte le blabla pour... sortir de la prison et tout et tout. [...] elle nous a fait un papier avec notre nom, prescrit médicament, elle a dit que, voilà, dormir, si on dort mieux ça ira. » Il essaie par la suite, en prison, de prendre les médicaments prescrits par la psychiatre, mais ils le font dormir toute la journée et il cesse de les prendre.

Après près de trois mois de détention, Empereur est libéré et se présente à EASO pour obtenir ses papiers d'identité. Il apprend – en parlant avec les autorités et d'autres demandeurs d'asile – les raisons pour lesquelles il est important d'obtenir une attestation de vulnérabilité.

Pakistan, du Bangladesh, de l'Égypte, de la Tunisie, de l'Algérie et du Maroc - sont des migrants économiques, alors que d'autres (par exemple, les Syriens) sont de « véritables » réfugiés (Greek Council for Refugees 2018; European Council on Refugees and Exiles 2017). C'est un exemple de criminalisation de la migration.

Après 90 jours ils nous ont libérés, on nous a dit qu'on parte à EASO pour déposer nos papiers de prison, pour qu'on puisse nous donner la carte *ausweis*, voilà donc nous sommes allés déposer nos papiers pour la carte *ausweis*. Mais ici en Grèce, on nous a dit ce qui est primordial c'est la vulnérabilité, il faut être vulnérable pour pouvoir suivre, suivre un peu ta procédure de façon normale, si tu n'es pas vulnérable c'est compliqué, parce que une fois que tu es rejeté [claque la langue], tu vas... c'est la déportation. (LLR : Qui t'a dit ça ?) Euh... eux-mêmes, ils le disent, et moi-même je le sais, quand je n'ai pas vulnérable, à n'importe quel moment tu es susceptible d'être déporté dans ton pays, parce que quand tu es vulnérable, même si ton asile n'est pas accepté, on peut pas te déporter, mais quand je n'ai pas vulnérable, la déportation [rires], du jour au lendemain tu peux être déporté dans ton pays donc, voilà. Après la prison, il faut aller voir les, il faut venir à *Swiss cross* [*One Happy Family*], il faut aller, il faut passer par là, il faut aller, il faut aller, il faut aller, il faut aller pour pouvoir avoir les... les certificats médicaux, et tout et tout, pour pouvoir tester un peu, la maladie de... pour un peu voir de quoi tu souffres.

Ainsi, à partir de là, Empereur adopte comme pratique régulière de consulter les ONG médicales et retourne souvent voir le médecin. Souvent, les remèdes proposés par les médecins sont inaccessibles : par exemple, il raconte que « le docteur a écrit qu'il me faut au moins deux bidons d'eau par jour, ce papier je dois le présenter au responsable de la nourriture [à Moria] pour qu'on puisse me donner deux bidons, quand je le présente on me donne un seul bidon. Mais quand c'est un Arabe, quand c'est un Afghan, on lui donne une palette d'eau. »³⁹ Empereur essaie aussi de rencontrer un psychologue, mais comme il a déjà été vu par un psychiatre, il n'y arrive pas :

Ouais bon après, quand je suis sorti de prison, j'ai voulu rencontrer le psychologue, après il a pris mon papier de l'hôpital, il a dit non, que ça vaut pas la peine qu'ils me reçoivent. J'ai dit 'mais il faut que tu me reçoives pour que je t'explique un peu ma situation et tout et tout, s'il y a lieu que je prenne des médicaments et tout et tout', il me dit non, que je n'ai

³⁹ On trouve ici une des rares références à de la discrimination raciale par Empereur. Quand il me parle du médecin de KEELPNO qui ne le croit pas, qui est « dur » avec lui, je mentionne moi-même le racisme, mais Empereur soulève plutôt l'hypothèse de la fatigue compassionnelle : « LLR : Pourquoi ils sont comme ça tu crois ? Parce qu'ils sont ennuyés, ils te croient pas, ils sont racistes ? -Peut-être, moi je ne peux pas...au médecin, je ne sais pas le juger, je sais pas pourquoi que... je sais pas si, ils se lassent de, de, des histoires, je sais pas... » En général, mes interlocuteurs noirs parlent peu de discrimination, alors même que je posais des questions spécifiques à ce sujet. De ma propre expérience il est difficile de me prononcer sur l'ampleur du racisme que peuvent subir les Africains à Lesbos. Il est probable que le racisme institutionnel sous-tendu par les catégories de « pays à faible taux d'acceptation » et « migrant économique », qui favorise les Afghans, les Syriens et les Iraquiens dans les procédures d'asile, s'étende aussi aux autres services destinés aux demandeurs.

pas besoin de lui parler, qu'il fallait que je retourne voir le docteur qui nous avait reçu le premier jour avec mon papier.

Empereur a beaucoup de difficulté à « être reçu » par les services sociaux et médicaux : le docteur de KEELPNO, chez qui il retourne, le renvoie à un assistant social de KEELPNO, qui le renvoie à ERCI (*Emergency Response Centre International*), une ONG médicale active à l'intérieur du camp, qui le ramène finalement encore chez l'assistant social « pour mon histoire et tout et tout. Après ça je suis revenu voir le médecin de KEELPNO, il m'a donné B2 [un statut de vulnérabilité], je pense. » Dans notre discussion, j'explique à Empereur, à partir des documents que j'ai obtenus par KEELPNO (voir Annexe III), que B2 est une vulnérabilité « haute » pour cause de « maladie grave ». Je lui demande pourquoi il continue à fréquenter les ONG puisqu'il a déjà obtenu cette vulnérabilité. Il m'explique qu'il le fait pour obtenir des soins et des médicaments.

C'est-à-dire, quand je pars là-bas c'est pour voir si je peux bénéficier de plus de médicaments, si on peut me référer peut-être à d'autres organismes, pour prendre soin de moi régulièrement, et tout et tout bon. (LLR : Même après être passé à l'hôpital ?) Ouais, j'étais à l'hôpital, mais quand je pars c'est pour avoir certains médicaments, par moment, ou encore, s'il y a du mieux par rapport à... parce que pour mon œil, pour mon oreille, on me donne pas les médicaments qu'il faut. Souvent pour la douleur, quand je pars on me donne, mais pour l'oreille, pour l'œil, tss.

Empereur a donc réussi à obtenir un statut de vulnérabilité, mais pas les traitements pour lesquels il était venu en Grèce, ce qui le pousse à continuer de tenter sa chance auprès des différents services médicaux. Quand il visite un médecin, Empereur aborde toujours le plus de problèmes possibles : problèmes psychologiques, digestifs, douleurs suite à son opération en Turquie, douleur à l'oreille gauche et problème de vision depuis qu'il a été attaqué en Côte d'Ivoire. Finalement, de ses nombreuses tentatives, une avenue de traitement semble fonctionner : lors d'une de ses visites à la clinique *One Happy Family* (OHF), un médecin le réfère à KEELPNO spécifiquement pour son œil et, à KEELPNO, on lui fait un rendez-vous à l'hôpital pour des radiographies. L'analyse révèle que son œil gauche doit être opéré.

Cette opération ne pouvant pas être faite sur l'île, l'hôpital produit un papier afin qu'Empereur soit transféré dans un hôpital à Athènes. Or, la procédure pour être transféré est longue : Empereur doit obtenir une levée temporaire de la restriction géographique, donc se faire émettre par EASO de nouveaux papiers d'identité « ouverts ». La procédure veut que ce soit d'abord la

police grecque qui autorise EASO à émettre ce papier : « Et depuis [à l'hôpital] on m'a délivré un papier que... que je dois déposer à la police pour qu'on puisse m'évacuer ici à Athènes, pour l'opération de l'œil... et puis plus rien. »

Empereur me dit « et puis plus rien » parce que cette procédure, qui devait prendre une semaine, restera en suspens pendant plusieurs mois et n'a toujours pas eu de suite au moment où nous discutons. Il ne sait pas pourquoi les délais sont anormalement longs et son avocate ne se l'explique pas non plus : « peut-être parce que j'ai été en prison ». Il croit, peut-être, que la police ne lui donne pas l'autorisation à cause d'une altercation qui a eu lieu lorsqu'il a visité le poste de police pour sa demande d'autorisation – qu'il devait déposer lui-même.

Le policier m'a dit : 'Mais ce n'est pas la Grèce qui va te soigner, tu retournes dans ton pays pour te soigner'. Il me dit ça. Que c'est dans ton pays que tu vas te faire soigner. [...] Mais c'est pas moi qui ai dit que je devais aller à Athènes pour me soigner, c'est le médecin qui a dit...

Après quatre mois sur l'île, Empereur n'a donc toujours pas réussi à obtenir les soins pour lesquels il était venu. Il se sent frustré et découragé, mais il reste empathique envers les ONG, qui manquent de ressources et qui « essaient de faire de leur mieux... mais on peut pas leur en vouloir, c'est des ONG... » Il lie aussi sa difficulté à accéder aux soins au grand nombre de personnes à soigner sur l'île – explication qui lui a été donnée autant par les ONG et que par les médecins grecs :

Au même moment tu peux pas, tu peux pas accuser tout le monde. Si ton propre pays n'a pas pu prendre soin de toi, tes propres parents n'ont pas pu, tu ne peux pas accuser autrui. [...] Dans la forme, réellement, de pouvoir bénéficier et tout et tout, et quand tu pars ils vous disent vous êtes assez, des milliers de migrants ici, on peut pas à chaque fois donner des médicaments, il faut pas... tu vois donc... au même moment j'essaie de les comprendre, parce que un camp qui est construit pour deux à trois mille personnes, avec dix mille maintenant...

Même s'il a été traité durement, Empereur sait que la situation est difficile pour les Grecs aussi. Sur le chemin de l'entretien, alors que je marchais dans la rue avec lui, il a croisé un imposant homme grec et, à mon grand effarement, ils se sont chaleureusement donné une accolade en échangeant trois mots d'anglais. En repartant, il me dit : « c'est un policier qui travaillait à la prison, un des gentils ».

L'objectif principal d'Empereur, qui motive son passage en Grèce, est d'obtenir des soins médicaux. Cela se révélera beaucoup plus difficile que prévu – alors même qu'il insiste et visite plusieurs médecins, qu'il raconte son histoire, montre ses cicatrices et revient à la charge, il ne réussit pas à être vraiment soigné par le système de santé grec lors de son séjour en prison. Une fois hors de prison, il commence à accumuler les visites chez différentes ONG afin de constituer, morceau par morceau, les soins dont il a besoin : un médicament ici, un examen là... Contrairement à Mkh, Empereur ne met pas en place une stratégie intentionnelle pour atteindre ses objectifs : ses pratiques sont plutôt de l'ordre de la tactique, du grappillage et du bricolage. La permission qu'il obtient pour quitter l'île est un effet imprévu de sa recherche de soins médicaux.

Au final, sa trajectoire met au jour les différentes difficultés auxquelles font face les demandeurs d'asile dans leurs parcours. Le fait qu'il obtienne une attestation de vulnérabilité sans recevoir de soins montre que les diagnostics et les visites médicales ont une autre fonction que celle de soigner : celle d'effectuer un triage sur la base de critères humanitaires. Son expérience montre aussi que l'accès aux soins médicaux est compliqué, d'une part, par un système surchargé, qui manque de ressources et où les responsabilités de prise en charge ne sont pas clairement attribuées et, d'autre part, par le climat de suspicion qui règne sur les demandeurs d'asile, dont la légitimité en tant que personne souffrante est souvent remise en question par des épreuves de vérité (d'Halluin-Mabillot 2012). Empereur, tout comme Mkh, a de la difficulté à être cru et à être perçu comme crédible, ce qui l'empêche d'accéder aux soins dont il a besoin. Or, pour Empereur – c'est la citation que j'utilise comme titre du mémoire –, « il faut être vulnérable pour pouvoir suivre », c'est-à-dire qu'il faut impérativement obtenir une attestation de vulnérabilité afin de pouvoir suivre la procédure d'asile de façon normale. Ce qu'il révèle ici, c'est que c'est le corps souffrant, sous-tendu par une logique compassionnelle, qui détermine l'accès à l'asile. La maladie et le certificat médical constituent selon lui des outils pour obtenir un statut et éviter la déportation. Dans cette phrase, Empereur témoigne de la manière généralisée dont est compris l'accès à l'asile à Lesbos. Il constate, à sa façon, que l'accès à l'asile est maintenant une question humanitaire plus qu'une question de droit.

5.3 Ahmad : au-delà du réfugié-menteur

Ahmad est un des rares demandeurs d'asile rencontrés dont chacune des actions étaient stratégiques. J'ai déjà parlé d'Ahmad dans le chapitre de méthodologie, en montrant comment j'étais personnellement mal à l'aise, dans le cadre de mon engagement auprès de la clinique médicale, avec ses divulgations selon lesquelles il mentait au médecin afin d'obtenir certains avantages. Je rappellerai simplement ici qu'il était, avec moi et très rapidement, complètement ouvert par rapport à ce qu'il appelle ses « contre-vérités » – prudent cependant de ne pas utiliser le mot « mensonge » car conscient de l'image négative du terme. Ahmad n'a jamais essayé de dissimuler ses pratiques. Il a plutôt adopté auprès de moi une posture de professeur, m'exposant « ce qu'il faut faire » et « comment ça marche ici ». L'image du professeur lui sied bien : petit jeune homme droit et sec, extrêmement poli et articulé, Ahmad me remerciait après chaque question avant de me répondre avec des circonvolutions de langage.

D'origine guinéenne, Ahmad, 29 ans, semble avoir trouvé qu'il serait particulièrement utile et agréable de se lier d'amitié avec moi. Ahmad est venu en Europe pour améliorer ses conditions de vie et ses opportunités économiques. Il ne me confie pas d'autres raisons pour lesquelles il a quitté la Guinée et j'ai pris l'habitude de ne pas pousser mes interlocuteurs à me révéler les détails, souvent très difficiles, de leur passé. Je sais qu'Ahmad a eu un visa jusqu'en Iran, d'où il a traversé à pied, avec des passeurs, la frontière avec la Turquie.

Ahmad compare la Grèce et la Turquie : il se plaisait en Turquie, mais « la monnaie n'était pas assez forte » et les conditions de travail trop difficiles. Il est donc passé en Grèce, où, me raconte-t-il, la nourriture et l'hébergement (dans le camp) sont gratuits, bien que très mauvais. Surtout, en Grèce, il est possible d'obtenir des documents européens, si on « performe bien » dans la procédure :

Mais en Turquie, c'est pas facile de gagner des documents. Mais ici en Grèce, vous avez l'espoir à gagner des documents. Si vous gagnez pas la résidence, mais vous pouvez gagner la carte bleue [protection internationale ou levée de la restriction géographique]. Si vous, vous accentuez beaucoup sur la procédure.

« Coaché » par ses « confrères du même pays d'origine » avec qui il était à Istanbul, Ahmad sait qu'il doit faire attention à ce qu'il déclare – et à la façon dont il le déclare – dès les premières procédures d'enregistrement :

Lorsque je suis venu à Lesbos, à Mytilini, on nous a fait rentrer dans le camp, on a fait les empreintes, j'ai été clair. J'ai dit, la majeure partie était des vérités, mais il faut être stratégique. En parlant avec quelqu'un, il faut, déjà moi j'ai fait des entretiens d'embauche, et j'ai eu la chance d'évoluer dans des entreprises. Je connais comment il faut se comporter devant un supérieur. [...] Je le fixais dans les yeux, quand il parle je lui réponds, par rapport à mon identité il m'a demandé j'ai dit tel, j'ai dit tel tel tel, par exemple : 'comment vous vous appelez ?', tel, maintenant, qu'est-ce qui m'a amené ici, c'est là où il y a eu des contre-vérités.

Ahmad considère qu'il est essentiel « d'accentuer sur la procédure » pour pouvoir quitter l'île. En effet, sous restriction géographique, il ne dispose pas d'autres moyens pour continuer son parcours migratoire – il ne peut pas suivre « la voie terrestre » et doit donc passer par le système d'asile. Or, il ne suffit pas de suivre la procédure de n'importe quelle façon. Au contraire, il faut « jouer », user de « contre-vérités » et « être stratégique ». Spécifiquement, Ahmad a bien été averti qu'à Moria, le plus important dans la procédure est qu'« il faut toujours signaler le cas de la maladie », qu'elle soit vraie ou fausse :

Ici aussi le problème, il faut jouer. Parce que les Grecs, pour qu'on t'octroie les papiers, ici, quand tu te declares que tu es sain et sauf, ah... toi tu resteras toujours ici. Il faut créer des fausses maladies. C'est-à-dire des maladies par exemple, vous savez vous-mêmes, quand je pars à la clinique OHF je parle des problèmes de tête, eh, vous n'avez pas les moyens qu'il faut, ces machines-là existent à Athènes, bon, si la situation elle est belliqueuse, vous devez me dire et faire des recommandations, et je peux quitter. Vous voyez, non?

Ahmad a donc une stratégie élaborée, en ce qu'il ne cherche pas à créer n'importe quelle maladie, mais bien des maladies spécifiques qui ne peuvent être soignées sur l'île, afin de pouvoir être envoyé à Athènes – comme dans le cas de l'autorisation pour l'opération d'Empereur dans la vignette précédente. Ahmad visite les ONG médicales afin d'obtenir des références allant dans le sens de ce projet. Il les visite aussi dans le but d'accumuler des documents médicaux et des emballages de médicaments, qui constituent des preuves qu'il est malade et contribuent à le rendre crédible lors de la procédure d'asile et d'évaluation de vulnérabilité :

Moi, moi, ma personne en particulière, j'ai besoin de documents. Au fur et à mesure que j'ai des documents, ça donne une force, ça donne du poids à mes dossiers. Donc, avec ça, si on voit à chaque fois quand je viens à BRF [*Boat Refugee Foundation*, ONG médicale dans Moria], je demande un bout de papier qui atteste que je suis déjà passé, les médicaments qu'on nous donne, par exemple les médicaments qu'on me donne je prends pas. Si, par exemple, il y a quelqu'un qui me dit : 'j'ai un problème aujourd'hui, tu as du paracétamol ?', j'ouvre et je garde les... comment on appelle ça, je garde le sachet, au fait, avec moi, vous voyez, l'emballage avec moi. Je te donne les comprimés, je garde. Je

prends pas. Je souffre de rien. [...] Je garde les emballages, c'est pour en cas, des signes de preuve, en cas si on me demandait je dis 'ah je prends mes médicaments.' Vous voyez, non ?

Pour Ahmad, l'évaluation de vulnérabilité et l'entrevue d'asile sont deux parties de la même grande procédure pour obtenir des documents : seulement, dans une, il faut parler de problèmes médicaux et dans l'autre, parler de problèmes politiques. Il est fier d'avoir réussi à obtenir la vulnérabilité auprès du médecin de KEELPNO et me raconte sa performance qu'il compare à un combat, où les deux parties cherchent à défaire et piéger l'autre :

J'ai parlé des maladies physiques. Parce que je sais, je peux pas être chez le docteur en lui parlant de maladies psychologiques, là où il y a le psychologue. J'avais déjà pris un papier chez le psychiatre. Vous voyez non. Tout ça encore c'est donner une force. Il a fini de faire mon entretien, il m'a posé quelques questionnaires, j'étais assis, je le répondais ce qu'il me demandait de répondre. Et les Grecs ils sont stratégiques. Il y a plein parmi eux qui parlent français, mais ils font semblant de pas comprendre. J'étais assis, je prenais les bonnes manières, je leur ai demandé l'eau, ils m'ont donné, j'ai bu, doucement. [...] Il m'a demandé d'attendre dix minutes, il m'a demandé si j'avais besoin d'un psychologue, j'ai dit : 'Là où ma santé sera favorable.' Je lui demande de m'aider : 'j'ai besoin d'un psychologue.' Je suis sain et sauf, ouais, mais là-bas, quand on est malade, on doit se comporter comme une personne qui est malade.

Ahmad renforce sa crédibilité en tant que personne malade par plusieurs moyens tenant de la performance et du déguisement; il parle de l'importance d'agir et de s'habiller comme une personne malade. Quand il se trouve dans les prémisses de la clinique, il garde le regard de biais, mange peu, parle doucement, fait mine de dormir dans la salle d'attente. Toujours pour la crédibilité, il insiste aussi sur l'importance d'être cohérent lors des différentes visites, de toujours « réitérer ce que j'ai dit ». Finalement, il prend aussi soin de ne pas briser l'image qu'il construit et, pour ce faire, il prend soin de ne pas sembler trop en santé même en dehors de ses visites chez le médecin, afin de ne pas attirer les soupçons : les autres demandeurs, qui sortent boire le soir, qui sont trop bien mis ou qui sont parfumés, courent la chance d'être aperçus par les travailleurs humanitaires, qui ne les croiront plus malades.

Ayant obtenu la cote de vulnérabilité A6, Ahmad cherche maintenant à se faire réévaluer afin d'« augmenter » sa vulnérabilité. Il cherche à « créer la démence », à convaincre de la gravité de ses problèmes psychiatriques. Un Congolais lui ayant donné le numéro d'un psychiatre grec en ville, Ahmad y obtient un rendez-vous et, pour quarante euros, un papier « très

puissant » : « et le papier du psychiatre c'est un papier qui est beaucoup considéré ici. Le psychiatre-là c'est le psychiatre le plus fort de la ville. ». Il présente ce papier lors d'un deuxième rendez-vous avec la psychologue de KEELPNO qui lui avait obtenu A6 et attend maintenant les résultats, espérant obtenir un B6. Même durant cette attente, il continue ses visites aux ONG :

Malgré c'est passé, je viens toujours à l'hôpital [les cliniques], je continue ma petite comédie, je viens à l'hôpital, je cherche les papiers pour augmenter, parce que, il faut pas, les papiers-là vont encore vous aider, c'est parce que vous avez l'espoir d'avoir la ruse, que cela va vous empêcher de ne pas partir. Vous voyez non. Et du coup je me force à chaque fois, je tape actuellement la porte pour voir si j'aurais une chance avec MSF [Médecins Sans Frontières]. Et je ferai tout possible. Non, la vie de Moria, c'est pas facile.

Selon lui, certaines institutions ont plus de poids que d'autres : l'hôpital est plus fort que la clinique, MSF est plus forte que d'autres ONG. Et plus l'institution est forte, plus il a de chances que les diagnostics posés soient considérés pour obtenir la levée de la restriction géographique ou pour obtenir l'asile :

Vous savez, MSF est une institution internationale. Donc elle est crédible. Si vous avez les papiers de MSF, vous êtes beaucoup sur une protection. Par exemple si vous avez un certificat de torture, ou bien vous avez une preuve par rapport à une maladie, c'est très important. Si aussi, si vous avez la chance de voir les grands hôpitaux de l'île qui sont là où on fait une recommandation, ça pourra vous faciliter, parce que c'est un cas d'urgence, ça pourra vous faciliter d'être évacué pour Athènes.

Pour cette raison, il a tenté plusieurs fois de se faire admettre comme patient auprès de MSF, et continue d'essayer :

J'ai insisté quatre fois, j'ai pas eu d'abord la chance d'être appelé par MSF, j'ai tout fait. [...] Par exemple, moi, moi j'ai essayé quand même, j'ai tapé les portes pour y arriver, mais j'ai pas pu d'abord. C'est une question de chance. Ils m'ont dit qu'ils vont m'appeler, dans deux semaines, les deux semaines-là sont jamais arrivées. Donc quand tu leur demandes, leur agenda est saturé, tout tout tout, bon, vous ne pouvez que les attendre.

Bref, Ahmad perçoit l'ensemble du processus d'asile comme une série d'épreuves où il faut bien performer et de pièges qu'il faut savoir manœuvrer en alliant connaissances théoriques et savoir-faire technique. Il est forcé de choisir ces stratégies « procédurales » parce que ce sont les seules façons de pouvoir quitter l'île sans être renvoyé chez lui, donc la seule façon de continuer son projet migratoire :

S'il y avait la voie terrestre ici, je préfère qu'on m'arrête dix fois sur la route, mais j'allais sortir de Moria. Vous voyez, non ? Donc c'est parce qu'on n'a pas le choix. Y a pas d'autres moyens. Il faut s'attendre, car nous sommes prisonniers. Sinon, je jure, s'il y a des voies,

moi j'allais m'évader pour partir. Parce que je sais, une fois je suis à Athènes, je travaille un mois, deux mois, j'ai la possibilité de quitter. Je vais aller à France ou bien je vais aller au Luxembourg.

J'ai longtemps hésité avant d'inclure le cas d'Ahmad dans ce mémoire, parce qu'il peut paraître correspondre à la figure moralement répréhensible du réfugié menteur, celui qui cherche à se prévaloir « faussement » du statut de réfugié afin de pouvoir profiter d'opportunités économiques en Europe. Or je pense que le cas d'Ahmad est l'occasion de déconstruire cette figure du réfugié menteur ou du « faux réfugié » : d'une part parce qu'il n'existe pas de réelle différence entre un « migrant économique » et un « réfugié », d'autre part parce que le régime inégalitaire de la mobilité internationale pousse certaines personnes comme Ahmad à utiliser les voies migratoires de l'asile, faute d'autres voies possibles.

D'abord, plutôt que de souligner la différence entre divers types de facteurs incitant à la migration – certains économiques, d'autres politiques (guerre, persécution) –, je pense qu'il faut les penser ensemble : des facteurs économiques *et* politiques entrent en jeu dans chaque décision d'émigrer ou de se déplacer. C'est une affirmation qui peut sembler évidente, mais qui a été compliquée par la construction de la figure du réfugié comme une victime passive et anonyme, sans projet de vie ni stratégie économique. En d'autres termes, il n'y a pas de différence inhérente entre un « vrai » réfugié et un migrant économique, mais plutôt des paramètres historiques, politiques et idéologiques qui font qu'à une époque, les ressortissants de certains pays sont vus comme des réfugiés « légitimes » et d'autres non. Michel Agier avance cet argument dans l'ouvrage *Définir les réfugiés*, publié en 2017 et visant à donner des réponses scientifiques à la crise européenne⁴⁰. Il écrit :

⁴⁰ Voir aussi l'article de Karen Akoka, « Distinguer les réfugiés des migrants au XXe siècle : Enjeux et usages des politiques de classification », dans le même ouvrage, où elle relate les différentes fluctuations des définitions du terme réfugié en Europe au XXe siècle afin de montrer que, loin d'être neutres, ces définitions sont liées « aux États qui les énoncent, aux principales fonctions qu'ils s'assignent, aux grands principes idéologiques sur lesquels ils reposent et à l'état de leurs relations diplomatiques avec les pays d'origine des populations à qui ils réservent ou refusent le qualificatif de réfugié. » (Akoka 2017, 55)

Tout se passe d'abord comme s'il s'agissait de faire la part entre ceux qui méritent et ceux qui ne méritent pas cette reconnaissance de l'asile et les titres de bénéficiaires qui vont avec. Pourtant, au final, nous ne sommes jamais sûrs d'avoir affaire à une vérité absolue concernant ce qui a été vécu et qui serait conforme au texte de la Convention de Genève [...]. Et, d'autre part, selon tous les anthropologues ou sociologues qui enquêtent auprès des personnes en déplacement, on ne peut jamais vraiment faire la part entre ce qu'il y a de réfugié ou de migrant économique dans une personne qui se déplace. [...] Prenons par exemple les réfugiés syriens, dont on sait qu'en 2015-2016, ils obtiennent l'asile dans la plupart des pays européens sur simple présentation de leur passeport [...] ils ont tous un projet économique : ils veulent pouvoir vivre quelque part, trouver un emploi, une résidence, une scolarisation pour leurs enfants [...] À l'inverse, prenez des jeunes hommes arrivés seuls du Tchad, de Côte d'Ivoire ou du Nigeria, qui se diront par exemple "aventuriers" et veulent atteindre l'Europe à tout prix [...] Ils seront désignés spontanément comme "migrants économiques" [...] ils ne voudront pas eux-mêmes expliquer tous les détails d'une situation économique et sociale désastreuse dans laquelle ils se trouvaient, qu'ils ont fuie. [...] On voit bien qu'il y a une part de réfugié dans chacun de ces "migrants économiques". » (Agier et Madeira 2017, 16–17)

Agier montre ici que, dans la crise de 2015 en Europe, les réfugiés légitimés par le discours politique et médiatique sont d'origine syrienne, alors que d'autres, en provenance d'Afrique subsaharienne, sont considérés automatiquement comme des migrants économiques. Ainsi, même si Ahmad se présente comme un entrepreneur, j'aimerais encourager les lecteurs à considérer ce qu'il a choisi de ne pas me raconter⁴¹ : les conditions de vie en Guinée. En effet, selon le World Food Programme, la Guinée présente un haut risque de violence ethnique et politique (World Food Programme 2018) et plusieurs dizaines de personnes ont été tuées au cours de manifestations d'opposition depuis l'élection d'Alpha Condé en 2011 (Châtelot 2018). Le taux de chômage y est très élevé et 55 % des Guinéens vivent sous le seuil de pauvreté.

⁴¹ Non seulement Ahmad ne m'a pas raconté cette partie de ce qui pourrait être son expérience, mais j'ai aussi choisi de ne pas demander. De façon générale, je ne posais pas des questions personnelles aux demandeurs concernant leur passé ou leur pays d'origine, afin de respecter les limites dans lesquelles ils choisissaient de se confier à moi. L'importance de cette « retenue » est mentionnée par Cindy Horst lorsqu'elle discute de méthodologie auprès des personnes réfugiées et encampées. Elle écrit : « building trust may in the first place be related to the researcher's willingness to leave some stones unturned » (Horst 2006, 28). Bref, certaines questions valent mieux ne pas être posées afin de préserver la relation de confiance avec les participants. Il est aussi possible qu'Ahmad ait choisi de se représenter comme un agent en maîtrise des codes humanitaires afin d'apparaître à mes yeux d'une façon qui était valorisante pour lui.

Récemment, l'épidémie d'Ebola de 2014 qui a frappé le pays a encore davantage vulnérabilisé les communautés (World Food Programme 2018). C'est dire que, malgré son étiquette de migrant économique, Ahmad a bien certainement lui aussi sa part de « réfugié ».

Ensuite, je pense qu'il est nécessaire de prendre la mesure de la trajectoire migratoire d'Ahmad à l'échelle des possibilités qui lui sont offertes. En effet, détenteur d'un passeport guinéen, Ahmad se trouve défavorisé dans le régime inégalitaire de la mobilité internationale. Il ne peut pas simplement choisir, comme le ferait un détenteur de passeport européen, de se déplacer à la recherche d'opportunités économiques. La réalisation de son projet – devenir entrepreneur, améliorer sa situation économique, voir le monde –, un projet moralement légitime pour un jeune Européen, ne lui est pas accessible par des voies « légales ». Ainsi, Ahmad s'adapte aux contraintes migratoires qui lui sont imposées : il utilise les voies de l'asile faute d'autres voies migratoires pour s'établir en Europe, comme il le dit lui-même. En d'autres termes, le mensonge stratégique est une façon pour Ahmad de retrouver sa capacité d'action face au système migratoire (et asilaire) de plus en plus restrictif qui a été érigé contre les migrants comme lui. En même temps, ce mensonge d'Ahmad nourrit le stéréotype du réfugié menteur, un instrument qui permet de justifier le rejet d'un grand nombre de demandeurs d'asile sans remettre en question le principe de l'asile (Rousseau et Foxen 2005; 2006).

Finalement, Ahmad performe le stéréotype de la victime passive dans le besoin, en y ajoutant aussi la gratitude et la politesse, qu'il considère comme des éléments importants pour s'attirer la compassion et la sympathie des décideurs. Cela traduit, encore une fois, la croyance selon laquelle l'attestation de vulnérabilité ainsi que le statut de réfugié ne tiennent pas du droit, mais bien d'une faveur qui peut nous être accordée si l'on réussit à jouer sur les bonnes cordes. Pour Ahmad comme pour Empereur, il faut être malade pour pouvoir suivre. Dans le cas contraire, l'accès à la protection semble impossible : si « tu te declares [...] sain et sauf », m'a dit Ahmad, « tu resteras toujours ici ». Pour faire face au paradigme d'asile restrictif, Ahmad utilise donc la seule voie qui lui reste : l'exception compassionnelle devant les corps malades.

En outre, le cas d'Ahmad est intéressant parce qu'il représente une figure controversée de l'humanitaire : celle de la victime non méritante (*unworthy victim*), qui s'accapare les ressources dont elle n'a pas besoin et qui adopte une attitude « immorale ». En effet, l'aide humanitaire et ceux qui la prodiguent se construisent moralement autour de la figure d'un bénéficiaire qui

mérite leur compassion et l'aide matérielle qui l'accompagne. Pour les bénévoles humanitaires que j'ai rencontrés, l'arrivée d'une *unworthy victim* comme Ahmad vient bousculer les bases morales de leur travail quotidien – en mettant en doute leur certitude qu'ils sont en train d'aider et d'être utiles –, en plus de les forcer à considérer le dilemme du jugement moral et du refus d'aider. De façon plus large, la figure incarnée par Ahmad vient mettre l'humanitaire devant ses propres contradictions, posant la question épineuse de l'impureté des bénéficiaires, devant laquelle l'échafaudage moral de la compassion humanitaire risque de s'écrouler. Car faire face au fait qu'il n'existe pas de réfugié parfait ni de pure victime implique de se retourner vers de nouvelles bases – les droits humains – et de changer les pratiques d'aide.

5.4 Discussion

L'attestation de vulnérabilité et la logique humanitaire

Ces trajectoires mettent en lumière une réalité sur l'île de Lesbos qui résonne avec le travail des anthropologues de l'humanitaire ailleurs dans le monde : un système humanitaire qui priorise les malades est un système dans lequel la maladie devient une ressource pour les plus démunis. Les témoignages ci-dessus attestent du fait que l'attestation de vulnérabilité est devenue une ressource importante à obtenir à Lesbos, ressource pour laquelle il faut se qualifier comme personne vulnérable, malade. Cette qualification est un processus par lequel le migrant doit faire reconnaître sa souffrance. Leurs récits démontrent que la reconnaissance de la souffrance par le médecin implique des critères analogues à ceux de la reconnaissance du statut de réfugié : la présentation de preuves matérielles (dans le cas médical, emballages, prescriptions, diagnostics), l'importance de la mise en récit et de la performance devant le décideur, un climat de suspicion entraînant un effort accru pour être crédible et, bien entendu, la mobilisation du corps physique comme preuve matérielle (en montrant les blessures, les cicatrices). Ce processus est donc une « épreuve » qui redouble celle de l'entrevue d'asile. En fait, l'évaluation de la vulnérabilité est d'autant plus une « épreuve de vérité » (d'Halluin-Mabillot 2012) et de crédibilité qu'aucun examen médical n'est fait lors de cette évaluation, comme l'atteste le témoignage d'Empereur.

Bref, c'est bien une logique humanitaire qui est en place dans l'évaluation de la vulnérabilité. Les ressources nécessaires à de bonnes conditions de vie ou à l'obtention de soins médicaux ne sont pas obtenues sur la base d'un droit universel, mais bien attribuées individuellement, suite à un triage, sur la base du mérite et de la capacité à susciter la compassion. En outre, ce que les trois cas présentés utilisent pour négocier au sein des contraintes du système humanitaire, ce sont les principes humanitaires eux-mêmes. Par exemple, Mkh retourne en sa faveur le stéréotype du réfugié menteur et Ahmad performe celui de la victime dans le besoin, qu'il utilise pour susciter la compassion. Ils accumulent des appuis et des preuves matérielles, parce que c'est ce qui fonctionne pour être considéré comme crédible dans un environnement où leur voix n'est pas entendue et où leur parole ne suffit donc pas. Ils utilisent les récits de leurs misères, de leurs malheurs et de leurs souffrances pour obtenir les ressources, parce que c'est la façon de se tirer d'affaire au sein du système humanitaire. Ce faisant, ils se réapproprient les logiques humanitaires et, comme le montrera le chapitre suivant, cela a des effets imprévisibles.

Négocier l'inhumain, obtenir une reconnaissance

Dans chacune des trois trajectoires présentées, on peut observer la mise en place d'une agentivité circonscrite. Elle se décline ici sur un continuum de planification et d'intentionnalité, où Ahmad adopte une stratégie planifiée et réfléchie, Mkh la met en place progressivement et celle d'Empereur est moins intentionnelle. Cela dit, malgré un rapport différent à la stratégie, ils ont tous les trois adopté des pratiques communes. Mkh, Empereur et Ahmad ont dû insister et se présenter à répétition devant les différents services; ils n'ont pas été crus et ont dû chercher à convaincre et à prouver leurs dires; pour ce faire, ils ont accumulé des diagnostics et des preuves de leurs conditions.

Ces formes d'agentivité, au final, servent à deux choses : négocier l'inhumain et obtenir une reconnaissance. Cette expression, « négocier l'inhumain », est tirée d'une des premières pages de l'ouvrage de Cindy Horst. Elle écrit :

Refugees are often labelled as vulnerable victims or as cunning crooks, a process that strips them of all humanity, [...] yet the individuals I got to know [...] were human beings trying to deal with the 'inhuman' aspects of their past and present experience (Horst 2006, 2)

Tout comme Horst, les demandeurs d'asile que j'ai rencontrés, représentés ici par Mkh, Empereur et Ahmad, sont des humains qui cherchent à tirer leur épingle du jeu dans des circonstances inhumaines. Ce sont des personnes qui doivent vivre dans le camp de Moria et, en conséquence, qui n'ont pas accès à des droits de base, qui ne peuvent pas vivre dans des conditions dignes. Rappelons ici que le terme d'inhumain a été utilisé à de nombreuses reprises pour caractériser le camp de Moria dans des rapports d'organisations de droits humains (par exemple, Eleftherakos et al. 2018 et Human Right Watch et al. 2017), que les résidents du camp ne sont pas en sécurité⁴² et qu'ils vivent des mauvais traitements systémiques. Dans ce contexte, pour beaucoup de demandeurs rencontrés, la mise en place d'une stratégie – qui peut impliquer performance, mensonge, insistance, manipulation – est une nécessité pour conserver leur humanité. C'est en naviguant au travers d'une bureaucratie grecque et européenne débordée et désorganisée, dans un système humanitaire dont les ressources ne suffisent pas, que les demandeurs d'asile doivent négocier ces aspects inhumains de leur situation. Les stratégies qu'ils mettent en place servent donc à faire face à l'inhumanité de l'indifférence bureaucratique : « Être différent ('mon cas est spécial') ou être accueilli par de l'indifférence ('vous êtes comme tous les autres') : telle est la question. » (Herzfeld 1992, 160, ma traduction).

Finalement, les stratégies mises en place par les demandeurs d'asile rencontrés sont aussi caractérisées par la recherche de reconnaissance : reconnaissance d'une souffrance, d'une maladie, d'un statut de vulnérabilité. Dès lors qu'ils ont besoin de cette reconnaissance pour avancer, ils se soumettent au jugement de ceux qui ont l'autorité de l'octroyer, sous forme de diagnostic, de papier, d'estampe, d'appui : travailleurs humanitaires, médecins, bénévoles. Ceux-ci jugent sur la base du mérite, de la légitimité et de la crédibilité des personnes devant eux. Afin de « faire reconnaître », les demandeurs d'asile doivent trouver le bon récepteur à qui exprimer leur condition et la manière de l'exprimer qui peut être entendue : en somme, ils mettent en place

⁴² Pendant les derniers mois de la rédaction du mémoire, de nouveaux décès à l'intérieur du camp de Moria font les manchettes : notamment, une femme et un enfant perdent la vie dans un incendie en septembre 2019; plus tard dans le même mois, un Afghane de cinq ans est happé par un camion alors qu'il jouait dans une boîte de carton près du camp; en octobre, un adolescent est poignardé à mort près de sa tente et deux autres sont blessés; en novembre 2019 un enfant de neuf mois y décède de déshydratation sévère. Voir, respectivement, les articles de [Labropoulou et John 2019](#); [Panoutsopoulou 2019](#); [Vogt 2019](#) et [Euronews 2019](#).

des stratégies de reconnaissance. Mais les différentes stratégies et les pistes suivies par Mkh, Empereur et Ahmad visent aussi une reconnaissance plus fondamentale : celle de voir leur douleur entendue, leur humanité reconnue. D'une part à travers la reconnaissance institutionnelle d'une maladie, de leur histoire, de leur passé, d'autre part dans les interactions en face en face, c'est une reconnaissance en tant que personne qui est recherchée, parce qu'elle est une condition de préservation de leur intégrité personnelle et de leur dignité (Dortier 2013; Ferréol 2012). Ce moment de reconnaissance, théorisé par Achille Mbembe comme un instant où deux consciences se font face (Mbembe 2001, 192; Thomson 2018) ne peut cependant jamais être total : bien qu'il reste significatif, il est toujours limité par la relation humanitaire asymétrique entre les médecins et les demandeurs d'asile.

Chapitre 6. La vie sociale des documents médicaux à

Lesvos

Dans le chapitre précédent, on a vu que les demandeurs d'asile mettent en œuvre des pratiques stratégiques qui se basent, notamment, sur une certaine attitude : celle d'insister, de persister, de s'exprimer, de dévoiler, de montrer leurs blessures et leur souffrance, bref, d'être un agent actif dans les processus bureaucratiques et médicaux auxquels ils sont soumis. Dans ce chapitre, on verra plus en profondeur que les stratégies des demandeurs dans le cadre médical sont aussi basées sur la recherche et l'accumulation de preuve matérielles : documents, papiers, enveloppes de médicaments. Des vignettes ethnographiques révéleront, dans un premier temps, l'importance accordée à ces papiers par les demandeurs d'asile et les nombreux pouvoirs dont ils sont imbus. Je démontrerai ainsi que les documents médicaux constituent une technologie flexible et qu'ils changent de sens sur le terrain, acquérant de nouvelles fonctions par les usages sociaux qui en sont faits. Ces nouvelles fonctions sont un effet de l'agentivité des demandeurs et elles ont des effets sur les structures humanitaires. Dans un deuxième temps, je terminerai la présentation des données ethnographiques en me tournant enfin vers ce deuxième acteur de l'interaction médicale : les médecins. À partir des entretiens en profondeur effectuée avec plusieurs médecins de la clinique *One Happy Family* (OHF), j'explorerai les différents rapports qu'entretiennent mes interlocuteurs avec les pratiques des demandeurs d'asile. Je montrerai que les nouveaux usages sociaux des documents médicaux viennent compliquer la relation de soin et le travail des médecins bénévoles.

Introduction : les papiers du médecin

Ouverture de la clinique. Une file serrée de patients devant la porte. En majorité des hommes africains. Les patients ont tellement peur de perdre leur place qu'ils se collent sur la personne d'en avant. Anna, la médecin responsable du triage ce matin, doit insister pour qu'ils donnent un peu de place aux femmes voilées qui se tiennent à côté, trop mal à l'aise pour se tenir dans la file. Les deux autres interprètes (arabe, farsi) se tiennent prêts, mais c'est surtout moi qui travaille ce matin. Anna, assise sur un petit banc devant la clinique, fait signe au premier : quand il avance, c'est toute la file qui se presse derrière lui. On doit les faire reculer et j'aide en expliquant : « c'est pour que ce soit un peu privé, vous comprenez ». La première phrase que je traduis est toujours : « Bonjour, je m'appelle Anna, je suis médecin, pourquoi est-ce que vous venez aujourd'hui? ». Le patient répond :

« Bonjour, oui, je suis malade, j'ai des problèmes à la tête. » Tout de suite, Anna demande : « je peux voir vos papiers ? » – le patient, habitué, les tenait déjà prêts à la main. Il lui tend son enveloppe de plastique où on trouve, à côté des papiers d'identité et d'asile, une vingtaine de feuilles portant les entêtes de plusieurs organisations non gouvernementales (ONG) médicales. Anna commence à les organiser : c'est par là qu'elle commence pour comprendre un peu la condition du patient et décider, en l'espace d'une ou deux minutes, s'il pourra avoir droit à une consultation ce jour-là.

Comme cette vignette le démontre, les papiers sont une figure centrale de l'interaction entre les médecins et les patients dans la clinique humanitaire ethnographiée. Au sein de la clinique, les papiers sont passés de main en main au triage, dans la salle d'attente et dans la salle de consultation; ils sont organisés, annotés, déchiffrés, déchirés, brochés, pliés et remis plus ou moins soigneusement dans ce qui reste de l'enveloppe en plastique initiale. Ils voyagent de main en main quand il s'agit déchiffrer telle prescription en grec ou telle calligraphie de médecin. À la porte de la clinique du Centre hellénique pour la prévention et le contrôle des maladies (KEELPNO), où il est si difficile d'entrer, ce sont ces mêmes papiers médicaux qui sont brandis et secoués – un peu plus fort, un peu plus haut que le voisin, pour attirer le regard de l'infirmière.

Tel qu'évoqué, c'est aussi avec les papiers que les demandeurs d'asile obtiennent, gardent, ou perdent l'attention médicale : les papiers peuvent attester d'une maladie grave, mais c'est aussi un critère qui permet aux docteurs de la clinique de renvoyer les patients chez eux, si les papiers attestent que le patient a déjà vu des médecins récemment. En d'autres termes, les papiers sont au cœur des interactions à la clinique OHF puisqu'ils constituent le dossier médical portatif du patient. Lors de mes observations, les papiers sembleront parfois, de ce fait, avoir parfois plus d'autorité que ce que les patients peuvent dire : le médecin, pressé par le temps, arrête le patient à mi-phrase pour lui prendre ses documents des mains, lit le dossier médical en écoutant le patient à demi, ou bien confronte les dires du patient avec ce qui est écrit dans le dossier médical. Ou alors, tandis que presque tous les patients transportent une pile de papiers médicaux à chaque visite, la rare absence de ceux-ci suscite la suspicion chez le médecin – le patient aurait-il quelque chose à cacher, aurait-il en fait déjà été soigné ? Les médecins insistent : « Il faut vraiment apporter vos papiers la prochaine fois, monsieur... » Parfois, les demandeurs, habitués de se faire demander dès leur arrivée : « est-ce que je peux voir vos papiers ? », n'ouvrent même pas la bouche et tendent simplement leurs documents au médecin – qui s'en vexe, insistant : « Bonjour... ». Ou encore, dans un moment de transgression exceptionnelle, un jeune Afghan a

la clinique OHF, parti pour son cours d'anglais et revenu plus tard, se fait pour une énième fois refuser une consultation avec un médecin et, furieux, me déchire au visage ses précieux papiers avant de tourner les talons.

Papiers : de quoi s'agit-il ?

Les « papiers médicaux » réfèrent, sur le terrain, à l'ensemble des documents qui peuvent être remis au patient par les ONG médicales, par KEELPNO, ainsi que par les autres acteurs médicaux du système grec (hôpital, clinique, pharmacie, psychiatre privé). Elles incluent les attestations de vulnérabilité, les fiches de consultations médicales, les références d'une ONG médicale vers KEELPNO, les diagnostics, les prescriptions, les résultats de tests sanguins, voire les notes manuscrites explicatives sur un bout de papier, etc. Ces papiers incluent aussi, bien souvent, d'autres objets identifiés par l'écriture, comme les emballages de médicaments.

Pour les demandeurs d'asile, ces papiers sont demandés aux médecins, accumulés et valorisés : ils constituent des preuves de leur « maladie », ce qui est utile à la fois pour bénéficier d'avantages dans la procédure d'asile et pour accéder à des soins plus approfondis (par exemple, pour accéder à une rencontre avec un spécialiste ou obtenir des médicaments). Ces papiers, parce qu'ils constituent des preuves permettant d'accéder à des ressources rares, sont précieux : ils sont généralement conservés par les demandeurs d'asile dans des enveloppes plastifiées, au côté des papiers d'identité et des documents légaux. Il s'agit, bien entendu, de la même chose que ces certificats médicaux qu'Estelle d'Halluin-Mabillot (2012) appelle des « traces écrites investies d'un pouvoir ».

Du côté des médecins, les papiers et les enveloppes de médicaments conservés par les patients servent à clarifier leur historique de consultations et leur prise de médicament, ce qui est utile à la fois pour décider de leur admissibilité (au triage) et pour les diagnostics et les traitements (en consultation). De ces différents types de documents, les médecins de la clinique OHF peuvent en produire deux : les feuilles de suivi médical (produites de façon systématique à chaque consultation) et les références. Les références (pour une consultation avec un spécialiste ou des tests plus approfondis) sont adressées à KEELPNO et le patient doit apporter le papier à la clinique de KEELPNO à Moria, où le personnel grec révise la référence, puis fait le lien entre le patient et le système de santé grec.

Ces « papiers » constituent donc le dossier médical du patient au sens large, comme le définissent les sociologues Marc Berg et Geoffrey Bowker (1997) : le dossier médical réfèrerait à « toute trace écrite, tapée ou conservée électroniquement concernant n'importe quel aspect du traitement du patient, qui détient un statut officiel au sein du système hospitalier et est, en principe, conservée pour une période de temps donnée » (Berg et Bowker 1997, 515, ma traduction). Berg et Bowker se penchent sur le dossier médical dans deux articles importants publiés à la fin des années 1990, dans lesquels ils déplorent le peu d'attention ayant été portée à ce dispositif, pourtant au cœur de l'interaction entre « les gens et les papiers » (*people and paperwork*) (Berg 1996, 501) qui caractérise la pratique médicale. Pour les chercheurs, le dossier médical est un dispositif *temporel* en ce qu'il consigne un historique; il conserve les traces du passé et il les organise. Cette organisation est arrimée à la logique biomédicale, suivant la forme « symptômes, examen, diagnostic, traitement, résultats ». En ce sens, Berg rapporte que, autant de fois que nécessaire, le personnel médical reprend, efface ou résume des informations des anciennes entrées afin de recréer cette logique biomédicale; la forme finale, l'entrée la plus récente, efface les contradictions, les anxiétés et les hésitations qui l'ont constitué, même si celles-ci subsistent le long des pages de l'historique. Suivant les exigences du dossier médical, les soignants dont j'ai ethnographié le travail à Lesbos adoptent un langage spécifique, biomédical, et une forme spécifique, linéaire, pour prendre les notes de la consultation – alors même qu'ils sont conscients que ce n'est pas toujours la meilleure façon de résoudre les problèmes des patients et même quand, par exemple, ils savent que les patients n'auront pas les moyens de se procurer les médicaments prescrits⁴³.

⁴³ Par exemple, les médecins m'ont souvent expliqué que les problèmes psychiatriques ne peuvent pas être réglés à moins que la personne n'ait accès à un milieu de vie où elle se sent en sécurité; que les problèmes de santé, particulièrement les problèmes de digestion, d'hémorroïdes ou de faiblesse généralisée, ne seront réglés que si la personne a accès à une alimentation variée. Or, de tels changements sont hors de la portée du médecin et du patient. Les médecins savent que la solution à ces symptômes ne réside pas directement dans la sphère biomédicale, au sens où des médicaments ou des examens plus approfondis ne permettront pas d'agir sur la cause des symptômes. Cependant, faute de pouvoir agir sur un changement de diète ou sur un changement de lieu de vie, les médecins utilisent les moyens qui leur restent – limités à la sphère biomédicale - : ils prescrivent des calmants, des somnifères ou des antipsychotiques pour quelques soirs, tout en sachant que cela ne réglera pas le problème à long terme.

Comparé aux dossiers médicaux systématiques – et maintenant électroniques – de plusieurs hôpitaux occidentaux, le dossier médical à Lesvos est fragmenté et mobile. Fragmenté au sens où il se révèle particulièrement rudimentaire et incomplet, puisque l'absence de coordination et de suivi des patients ainsi que les ressources limitées de la clinique rend difficile pour les médecins de suivre un processus linéaire de traitement. L'historique médical reste donc toujours confus, plein de points d'interrogation, de traitements inachevés et de *maybes*. C'est aussi un dossier médical différent de celui qu'on retrouverait dans des hôpitaux occidentaux, puisque les hiérarchies médicales s'y brouillent : dans le dossier se mêlent, mal identifiées, les notes d'infirmières, de médecins, de spécialistes ou d'étudiants en médecine. Les dossiers sont manipulés et altérés par de nombreuses cliniques et médecins, qui ne communiquent pas toujours entre eux. De plus, le dossier médical est mobile parce que, à la différence des hôpitaux occidentaux, à Lesvos le patient porte avec lui une partie ou la totalité de son dossier médical, qui n'est pas conservé par la clinique ou l'hôpital. Le personnel biomédical n'a plus le contrôle des papiers, qui circulent – et cette capacité de circuler contribue aux usages sociaux du document.

Le dossier médical est constitutif de la pratique de la médecine moderne en hôpital et en clinique, au sein duquel il joue un rôle actif de médiateur. Berg situe sa réflexion sur le dossier médical au sein des théories sur la représentation : le dossier constitue une représentation hautement sélective, distanciée et abstraite du corps du patient. Pour Berg, il s'agit d'une représentation qui affecte l'objet qu'elle représente. Le dossier médical contribue à former un type spécifique de corps biomédical et de temporalité – au sens où, par exemple, les interventions faites sur le patient sont en fait faites sur le corps du patient « tel qu'il est représenté dans le dossier » (Berg et Bowker 1997, 520). Le dossier prend donc la place du corps du patient, surtout quand il est mobilisé pour obtenir des ressources par les demandeurs d'asile. Il atteste d'une représentation biomédicale du corps, représentation qui circule et qui fonctionne parce qu'elle est perçue comme légitime par les acteurs du système médical et humanitaire.

Il ne s'agit pas pour Berg et Bowker d'affirmer que le dossier médical déterminerait le corps du patient, mais plutôt de le penser comme ayant une fonction de médiation – médiation des relations qu'il organise et des corps qui se configurent à travers lui. À partir des notions foucaaldiennes de gouvernementalité et de biopolitique, Berg et Bowker conceptualisent le

dossier médical comme un dispositif à travers lequel s'exerce un pouvoir et le travail bureaucratique duquel il fait partie comme le site de l'organisation du corps et du pouvoir sur le corps (Berg et Bowker 1997). Cela attire l'attention sur un autre corpus anthropologique, celui qui se penche sur les documents et la bureaucratie. Heath Cabot (2012) remarque que les documents ont souvent été caractérisés par leurs fonctions disciplinaires et classificatoires, tout comme le font Berg et Bowker avec les dossiers médicaux, alors même que de nombreuses études ethnographiques ont démontré que les documents sont une technologie éminemment flexible. Cette technologie est d'autant plus flexible quand elle s'associe aux incertitudes et imprévisions de certains systèmes bureaucratiques tels que le système d'asile en Grèce (Cabot 2012) et les pratiques constamment changeantes de la bureaucratie aux frontières (Rozakou 2017a). Dans ces contextes, les documents sont plus qu'un dispositif pour gouverner les corps : ils sont une technologie flexible dont les usages permettent des reconfigurations multiples, indéterminées, surprenantes (Hull 2012). Bref, ils deviennent des objets qui ont une vie sociale (Brown et Duguid 1996; Cabot 2012) et autour desquels peuvent s'organiser les stratégies des demandeurs d'asile, qui les utilisent comme ressource. Cette flexibilité des documents permet de poser le regard sur ce qui se joue dans cet espace d'agentivité dans lequel manœuvrent les demandeurs d'asile – agentivité dont on se rappelle que les effets ne sont pas toujours prévisibles. Un des effets que je retrace ici est que les documents médicaux changent de fonction. Conséquemment, les médecins doivent – à leur tour – s'adapter à cette nouvelle fonction.

6.1 L'importance des documents pour les demandeurs d'asile : vignettes ethnographiques

Les fragments ethnographiques de cette section offrent un survol des pratiques qui entourent les documents et démontrent l'importance accordée aux documents du médecin par les demandeurs d'asile. Un participant syrien, avec qui je m'étais liée d'amitié, me confiait : « One thing I've noticed here in Europe, papers are more important than humans ». Trois arguments principaux, illustrés par des fragments ethnographiques, permettent d'affirmer l'importance des documents des médecins : tout d'abord, (1) le fait que le papier est parfois la

principale demande des patients lors d'une consultation médicale; ensuite, (2) le soin apporté à la conservation des documents; et finalement, (3) les grands efforts déployés par les demandeurs pour obtenir des papiers de médecin. Ces vignettes permettront d'explorer les usages sociaux des documents médicaux.

6.1.1 « J'ai entendu dire que vous pouviez m'écrire un papier » : quand le document est une requête

La première vignette raconte une consultation où le patient continue d'insister auprès de la médecin, alors même qu'elle lui exprime qu'elle ne peut pas lui offrir davantage de traitements. Cela crée de la confusion pour la médecin, qui cherche alors à savoir ce dont le patient a besoin. La discussion mène vers une demande explicite du patient pour recevoir « un papier » :

Dans la clinique, à l'intérieur d'une salle de consultation. La consultation dure depuis un moment et la médecin peut voir, sur les papiers médicaux que le patient nous présente, qu'il a visité plusieurs ONG médicales différentes dans les derniers jours et a vu des médecins pour des problèmes divers : un toux persistante, des hémorroïdes, des symptômes de stress post-traumatiques et des douleurs chroniques qui résultent de la torture et des viols dont il a été victime dans son pays d'origine. De ces visites des derniers jours, la toux a été diagnostiquée comme virale (on l'appelle, informellement, la *Moria cough*) – donc rien à faire – et le patient a déjà reçu des antidouleurs pour sa douleur chronique, une crème pour les hémorroïdes, ainsi qu'une référence pour consulter le psychologue de KEELPNO, pour lequel le rendez-vous est planifié dans plus de deux mois – le délai normal.

Depuis plusieurs minutes, la médecin essaie d'expliquer au patient qu'il a déjà reçu les traitements disponibles. Elle lui explique que les ressources en santé mentale sur l'île sont très limitées et qu'on ne peut pas l'aider pour ça; elle dit qu'il a déjà reçu ailleurs les mêmes traitements qu'on peut lui offrir ici et donc qu'elle ne sait pas quoi faire pour lui. Mais le patient insiste. Il demande qu'on l'envoie faire plus de tests, insiste qu'il est malade, qu'il le sait, qu'il peut le sentir de l'intérieur. La médecin lui pose des questions à ce sujet, mais le patient semble éviter de nommer des symptômes spécifiques. Il insiste simplement qu'il est malade et demande de se faire référer à l'hôpital où, explique-t-il, il y a de grandes machines, des instruments médicaux spéciaux. Après un moment, la médecin lui dit directement : « Vous avez vu des médecins hier et avant-hier, alors qu'est-ce que vous attendez de moi aujourd'hui ? » Et là, il répond : « J'ai entendu dire que vous pouviez m'écrire un papier. Vous expliquez sur le papier que ma situation est sérieuse. Après, je peux aller au grand hôpital, ils vont me donner plus de papiers que je vais pouvoir montrer... Si j'ai tous les papiers, j'ai entendu dire que ça m'aide pour mon dossier... »

Dans cette vignette, la production d'un papier par la médecin est une demande explicite du patient. Il y associe directement la production par la médecin d'une référence vers l'hôpital de

Mytilène à quelque chose d'utile « pour son dossier » – terme vague, qui peut référer autant à l'obtention d'une attestation de vulnérabilité qu'au processus d'asile, dont l'utilité est, peut-être, vague aussi pour le patient. C'est donc que le patient perçoit l'ONG médicale comme un lieu de production des éléments stratégiques qu'il cherche à (ac)cumuler. Il est possible qu'il fasse part de symptômes sérieux (mais vagues) dans le but d'inquiéter la médecin et de l'inciter à produire cette référence. Il est aussi possible qu'il cherche à ce que ses symptômes et ses maux soient pris au sérieux et qu'il voit d'un bon œil l'équipement médical de l'hôpital. Le papier, ajoute-t-il finalement, va témoigner du sérieux de sa situation : en d'autres termes, il agira comme preuve.

6.1.2 « Pour qu'on sache tout ce que j'ai pris » : les documents comme preuve

Encore une fois, les documents du médecin fonctionnent en tant que preuve dans cette deuxième vignette, où ce n'est pas, cependant, un papier qui est en jeu, mais bien des emballages de médicaments. C'est donc l'importance des objets du médecin au sens large qui est attestée ici, par le soin pris par César, un patient de la clinique d'origine congolaise, pour conserver chaque emballage de médicament.

César était déjà venu à la clinique, quand il arrive, on se reconnaît, il me salue. Comme beaucoup d'autres, il souffre de douleurs chroniques et de symptômes de stress post-traumatique suite à des tortures qu'on lui a infligées au Congo. César avait une tuberculose suspectée et une autre ONG médicale, BRF (*Boat Refugee Foundation*) l'avait envoyé faire des tests et des radiographies à la clinique grecque, en ville. On le sait parce qu'il nous montre ses « papiers de médecin », le journal médical de ses anciennes consultations. Aujourd'hui, il est revenu à notre clinique et on n'arrive pas exactement à savoir s'il a reçu les résultats des tests et un diagnostic de tuberculose. Il est dans la salle d'attente, avec un masque pour éviter la contamination, et l'infirmière lui pose des questions pour essayer de clarifier son diagnostic de tuberculose et – si le diagnostic est positif –, s'il reçoit les traitements appropriés.

- Vous êtes retourné avec les résultats, à BRF ?
- Oui, oui, je suis allé avec les papiers de la clinique, la semaine dernière.
- Et quand vous êtes allé, qu'est-ce qu'ils vous ont dit ?
- Hum... ils ont regardé les résultats, et ils m'ont renvoyé.
- Et ils vous ont prescrit quelque chose? Vous prenez des médicaments en ce moment ?

César répond « oui » et se penche pour fouiller dans son sac à dos bleu marqué du logo du HCR. Il en sort un petit sac mince de plastique, plein d'emballages vides de comprimés.

L'infirmière s'esclaffe et dit : « Wow ! Tu en as beaucoup, de médicaments ! » Il cherche les médicaments contre la douleur qu'il prend en ce moment, sors des pilules rouges. L'infirmière dit :

– Ça, c'est des antibiotiques. Tu les prends depuis la semaine dernière ?

– Oui.

– Pour la douleur... et rien d'autre ?

– Non. Ah, si, avant j'avais des... – il fouille dans le sac –... des... ça.

Elle regarde : ce sont des paracétamols 500 mg, il dit qu'il en prenait un comprimé par jour. Elle commence à fouiller dans le sac, elle lui dit « On va faire le ménage okay ? » Il dit « okay... », mais il semble hésitant. Il y a plusieurs paquets vides d'ibuprofène et de paracétamol, des antidouleurs en vente libre qu'il a reçus lors de ses consultations médicales. Quand elle demande si elle peut jeter les paquets vides, il hésite, dit qu'il veut les garder « parce que quand je vais faire l'entrevue ils vont me demander quels médicaments je prends. » L'infirmière comprend, elle continue de faire le tri dans les emballages vides, attache avec un élastique ceux qui sont pareils. Elle met de côté des emballages vides tout petits, d'un ou deux comprimés – parfois les bénévoles découpent dans les plaquettes de comprimés, quand ils ne peuvent pas remettre toute la plaquette au patient. Elle dit « On jette ceux-là, okay? Tu en as déjà des exemplaires. » Mais César dit non, il préfère les garder, « pour qu'on sache *tout* ce que j'ai pris ». Quand je discuterai plus en profondeur avec lui un peu plus tard dans la saison, je vais lui demander s'il garde encore ses médicaments. Il dira oui, « Parce qu'à l'entrevue d'asile ils vont me demander de quoi je souffre, et peut-être aussi qu'est-ce que tu prends... et si je fais juste le dire, ils me croiront pas, alors comme ça je peux montrer. »

Dans cette dernière explication, César affirme clairement qu'il conserve les emballages de médicaments afin de contourner la suspicion dont il fera nécessairement l'objet. Il compare sa parole aux emballages de médicaments, donnant plus d'autorité à ces derniers qu'à ce qu'il peut dire. Il apparaît que les emballages de médicaments, jusqu'au plus petit comprimé, incarnent l'autorité du soignant qui l'a prescrit. En outre, cette vignette met au jour une mécompréhension du contenu des médicaments qu'il reçoit, dans la mesure où plusieurs calmants qu'il a reçus sont disponibles en vente libre à la pharmacie, donc ne nécessitent pas de prescription. Dans ce cas, c'est plutôt de l'authenticité de sa souffrance que les antidouleurs peuvent attester lors de l'entrevue d'asile : une preuve que sa souffrance est bien réelle, puisqu'il consomme une grande quantité d'antidouleurs, emballages à l'appui.

6.1.3 Mutilations : tentatives désespérées pour obtenir un papier

Les vignettes précédentes ont toutes lieu dans la clinique OHF. Or, la recherche et l'accumulation de documents médicaux ne sont pas une pratique limitée à cette clinique : au contraire, la clinique OHF est un microcosme d'une réalité plus large, où la recherche de documents médicaux prend des proportions substantielles, comme le suggèrent les trajectoires des demandeurs présentées au chapitre précédent. La vignette suivante raconte certains efforts déployés par des demandeurs d'asile pour obtenir des documents dans d'autres structures médicales, comme l'hôpital. Ces efforts, tantôt acharnés, tantôt désespérés, attestent, encore une fois, de l'importance cruciale que les documents médicaux revêtent pour les demandeurs.

L'extrait suivant est une retranscription d'une histoire que m'a racontée Mohannad, un interlocuteur que je fréquente souvent, demandeur d'asile et interprète d'origine palestinienne. La conversation s'est tenue en anglais, mais je l'ai retranscrite en français une fois chez moi. Mohannad m'y raconte l'histoire d'un de ses amis et sa stratégie pour obtenir un papier de l'hôpital.

Il s'est fait dire par d'autres gars que cette technique fonctionnait : il s'est fait attacher et ouvrir le ventre par d'autres gars, après ils l'ont emmené à la clinique de nuit, une ONG, dans le camp. Là, on lui a fait des points de suture et, après, il est allé à l'hôpital. À l'hôpital, on l'a gardé une semaine. L'hôpital voulait le laisser partir, mais mon ami, paniqué, m'a appelé, parce que je parle anglais. J'ai parlé au téléphone, je leur ai dit : « Non, non, vous devez lui faire un papier pour qu'il ait voir le psychiatre ou le psychologue, vous devez lui faire un papier, vous pouvez pas le laisser partir sans ! » Finalement l'hôpital lui a fait un papier et le papier de l'hôpital, c'est très fort, ça. T' imagine, s'il ressort sans papier ! Il aurait fait tout ça pour rien...

Cet extrait illustre jusqu'où certains demandeurs d'asile sont prêts à aller pour obtenir des papiers de médecins : ici, la stratégie de l'ami de Mohannad est de s'auto-infliger une blessure grave, afin de performer la maladie mentale – c'est effectivement une référence vers un psychologue ou un psychiatre qui est attendue. J'ai entendu souvent parler de la stratégie automutilatrice, qui est d'autant plus efficace si la blessure est sérieuse, puisqu'elle atteste ainsi de troubles psychologiques ou psychiatriques tout aussi sérieux. Au reste, on voit, dans la panique de l'ami, l'ampleur de l'incertitude qui sous-tend cette stratégie : il est terrorisé à l'idée que les soins qu'il reçoit ne soient pas accompagnés de documents, comme cela passe très près

d'arriver. Que cet homme soit prêt à s'infliger une blessure grave pour un résultat incertain parle en fait, il me semble, de la situation désespérée dans laquelle il se trouve.

Cette histoire semble sortir de l'ordinaire et l'automutilation est effectivement une stratégie extrême, que tous ne sont pas prêts à mettre en œuvre – Mohannad, par exemple, me dira qu'il ne veut pas le faire. À la fin du deuxième entretien que j'ai mené avec lui, j'essaierai de le pousser à expliciter cette différence entre lui et son ami :

LLR – And also... why do you think your friend cut his belly?

– Because he wants to get vulnerability.

LLR – But you also want to get vulnerability.

– But I don't want to cut my belly. I don't want to cut, even if I stay here 10 years.

LLR – Why do you think he wanted to do it?

– He wants to do it because other people told him before 'we have done this, and we got vulnerability'. And he wants vulnerability.

LLR – But what's the difference between you and him?

– He wants to cut his belly, I don't want to cut my belly. This is his own decision.

LLR – Okay.

Mohannad replace ici l'acte d'automutilation dans la sphère de l'agentivité de son ami : c'est sa propre décision. C'est cependant une agentivité aux conséquences incertaines, puisque l'objectif – obtenir une attestation de vulnérabilité – n'est pas une conséquence directe de son action, mais plutôt une conséquence indirecte et imprévisible : il s'est mutilé dans l'espoir d'obtenir un papier qu'il n'obtiendra pas nécessairement. Malgré le caractère extraordinaire de cette pratique, elle est commune : plusieurs autres exemples du même ordre – impliquant l'intégrité physique du demandeur – m'ont été relatés. En m'enquérant de « ce qui se fait » pour obtenir des papiers du médecin, j'ai entendu plusieurs récits similaires d'automutilation et de blessures auto-infligées, de tentatives de suicide, de femmes qui se rendent volontairement enceintes, de recherches en vue d'offrir des performances élaborées de psychoses, tous dans le but d'obtenir des avis médicaux conduisant à un statut de vulnérabilité. Au cours d'une conversation désinvolte sur la façon d'obtenir l'attestation, un participant congolais lancera : « Le suicide tu peux pas [ça ne fonctionne pas]. L'enfant mort, une fois, peut-être tu peux. »

Les histoires comme celles de l'ami de Mohannad me semblent parler soit d'espoir, soit de désespoir. Il me semble que c'est le désespoir – faute d'autres alternatives, après avoir essayé toutes les autres avenues et n'y tenant plus d'attendre pour mettre fin aux conditions de vie inhumaines – qui pousse certains demandeurs à tout essayer, allant jusqu'à se tourner vers la blessure auto-infligée comme stratégie au sein de l'humanitaire. En même temps, c'est l'espoir qui anime l'ami de Mohannad alors qu'il fait le choix de mobiliser ses amis pour sa mutilation. Cette histoire pointe vers une réalité plus large où le migrant doit se tourner vers la menace de son intégrité physique afin de réclamer des droits de base (Ticktin 2011a). L'intégrité physique n'est donc plus équivalente au bien-être; au contraire, l'intégrité physique est troquée contre la possibilité d'un document qui agira comme outil pour négocier les conditions inhumaines d'encampement et atteindre un mieux-être.

6.1.4 Discussion : pouvoir et nouvelle fonction des documents médicaux à

Lesvos

Maintenant que les vignettes ont démontré l'importance des documents médicaux pour les demandeurs, il y a lieu de se demander pourquoi les documents sont-ils si importants ? De quels pouvoirs sont-ils imbus ? J'y reviens parce que la réponse, qui peut paraître simple, se complexifie quand on se rend compte qu'elle diffère selon le positionnement de la personne qui y répond. Simplement dit, les documents du médecin sont utiles lors de l'entrevue d'asile ainsi que pour obtenir une attestation de vulnérabilité, ils peuvent permettre d'obtenir une autorisation pour résider hors de Moria ou pour quitter l'île. Ou, plus précisément : ils sont perçus par la plupart des demandeurs d'asile et certains bénévoles humanitaires comme étant utiles pour ces différentes procédures. Or, en pratique, le pouvoir des documents médicaux n'est pas clairement établi.

En effet, mes conversations et entretiens avec des médecins et des avocats qui œuvrent sur l'île révèlent plusieurs limites au pouvoir des documents. Par exemple, si des diagnostics de médecins peuvent effectivement aider à obtenir un statut de vulnérabilité, cela n'est pas automatique et le personnel de KEELPNO, qui assigne les statuts de vulnérabilité, révisé chaque diagnostic et peut choisir de ne pas utiliser le diagnostic, ou de le refaire. De la même façon, si des documents médicaux peuvent conduire le Bureau européen d'appui en matière d'asile

(EASO), lors de l'entrevue d'asile, à juger le demandeur comme vulnérable et à le transférer auprès de l'instance d'asile grecque, cela n'influence pas normalement le résultat de la demande d'asile en tant que tel. Si des diagnostics médicaux peuvent, pour certaines conditions particulières, conduire à un transfert vers Athènes, ce transfert est temporaire et souvent inefficace, comme l'illustre l'histoire d'Empereur au chapitre précédent. Et si les médecins de la clinique OHF peuvent référer des patients à MSF, la liste d'attente, longue de plusieurs mois, est fermée au moment de mon séjour, à l'exception – comme nous en informe une note affichée dans la clinique – des victimes de viols perpétrés depuis moins de 48 heures. Finalement, si l'état de santé est effectivement considéré par les autorités grecques quand il s'agit de sélectionner des personnes pour être transférées dans des logements subventionnés ou dans des camps sur le continent, ces services sont complètement bloqués au moment du terrain et même les mineurs non accompagnés et les jeunes enfants n'y ont pas accès. En fait, le pouvoir attribué aux documents du médecin se base souvent sur des informations partielles et sur des rumeurs difficiles à élucider, propagées par les demandeurs d'asile, mais aussi par les acteurs juridiques et par les employés des instances décisionnelles eux-mêmes.

Conséquemment, le pouvoir attribué aux documents médicaux varie selon la littératie juridique de la personne à qui on parle – et ce autant pour les demandeurs d'asile que les bénévoles et les médecins, ces derniers n'ayant pas, souvent, une meilleure compréhension du système. Ainsi, du côté des demandeurs d'asile, différents points de vue se chevauchent. D'une part, certains attribuent aux documents médicaux une quasi-toute-puissance; Wajdi, demandeur d'asile iraquien, me déclare en entretien :

So.. they depend totally on the medical papers. Someone has medical papers or... like injuries or something, they will give him vulnerability papers, and they will give him medical papers that will help him to leave this island and give asylum. But if someone doesn't have the medical papers, they don't give them anything, they just leave him on this island for like one year, two years, yeah... And this is not fair. Because it don't depend on the interview, it just depend on the medical paper. [...] These medical papers, they control the... or rule the... asylum office. Just like, push the asylum office to give these people asylum, or to gave them papers, like the asylum papers, like ID. But if people are not, they don't have injuries or anything, they don't give them anything. [...] These medical papers, they can help to get the asylum, leave Moria, to get a house, in Athens, to get... money, like aids, and to get residence.

Wajdi rappelle ici les affirmations d’Ahmad et d’Empereur, retrouvées au chapitre précédent : l’obtention des papiers de médecin est essentielle pour suivre la procédure d’asile de façon normale : ce sont eux qui contrôlent les décisions d’asile. Ces croyances sont amplement répandues et j’ai souvent entendu parler des pouvoirs des documents médicaux, qui agiraient littéralement comme des laissez-passer pour l’Europe. Cela dit, dans d’autres cas, les demandeurs d’asile perçoivent plutôt le pouvoir des documents de façon nuancée : ils les utilisent pour tenter leur chance, sachant que ça fonctionne parfois, parfois non. Plusieurs sont en fait désenchantés, ayant tout essayé, et continuent de tenter leur chance, au hasard d’un papier qui, finalement, fonctionnerait. Qui plus est, pour plusieurs interlocuteurs de l’île (médecins et demandeurs d’asile confondus), ce ne sont pas tous les documents qui se valent : certains ont plus de pouvoir que d’autres, comme en parle Ahmad au chapitre précédent quand il donne plus de crédibilité à MSF qu’à d’autres organisations, ou bien Mohannad quand il affirme que « le papier de l’hôpital, c’est très fort ». En d’autres termes, le pouvoir des documents médicaux est fortement influencé par le contexte hautement imprécis, incertain et imprévisible des processus bureaucratiques de Lesbos et par le manque d’informations disponible.

Une nouvelle fonction

Les documents médicaux, je l’ai dit, sont une technologie flexible dont la fonction peut être reconfigurée. Ici, dès lors que les documents médicaux deviennent un élément stratégique à accumuler pour les demandeurs d’asile, ils changent de fonction. De documents médicaux, ils deviennent autre chose : rangés avec les papiers d’asile et les papiers d’identité, ils sont le symbole d’une reconnaissance de leur existence et le véhicule de leur droit aux soins et à la protection. Ils incarnent l’autorité – de la signature du médecin, du logo de la clinique – et, ce faisant, agissent comme preuve auprès des instances bureaucratiques, là où la parole des demandeurs d’asile est constamment mise en doute. Ainsi, – et alors même qu’ils consignent leurs conditions de personnes traumatisées et souffrantes⁴⁴ – ces documents représentent la

⁴⁴ En tant que documents semi-publics, semi-privés, ils consignent la violence faite sur le corps des demandeurs et, s’ils sont perdus, peuvent attirer honte et danger physique pour celui-ci. Par exemple, la pratique veut que les

possibilité, mais pas la certitude, d'un dénouement heureux, de soins futurs, d'un espoir de liberté, un accessoire adjuvant qui incarne la possibilité d'améliorer ses conditions de vie. C'est dans cette optique qu'ils sont utilisés d'une façon stratégique à la fois par les demandeurs d'asile que par certains médecins, qui, parfois, rédigent les documents dans le but d'aider les demandeurs, coproduisant ainsi avec eux cette nouvelle fonction des documents médicaux. Ils continuent à être des dispositifs à travers lesquels les corps des demandeurs d'asile sont reconfigurés par la médecine, mais cette reconfiguration elle-même est utilisée de façon active, comme une ressource, par les patients. Le corps biologique des patients, lorsque sa souffrance est reconnue par l'autorité médicale et médiatisée dans un document écrit, constitue la preuve ultime de sa souffrance et de son éligibilité aux soins du dispositif humanitaire. L'expertise du médecin et la souffrance du corps sont en ce sens utilisées, voire réifiées afin d'agir en la faveur du demandeur, qui les manipule avec discernement, soupesant la valeur de chaque papier, chaque diagnostic, comparant l'autorité des différentes instances médicales. Du point de vue de l'épreuve de l'asile, il s'agit aussi d'une réappropriation : quelque chose qui serait imposé par les décideurs – la preuve – est, dans un retournement, non seulement désiré par les demandeurs, mais ardemment recherché, jusqu'au sacrifice de leur intégrité physique. La vie sociale des documents, les usages sociaux qui en sont faits, vient changer le sens du dossier médical et des pratiques qui l'entourent. Les demandeurs d'asile, en se réappropriant ce document comme un outil, le font dévier de sa fonction originale, soit d'être un outil de consignation et d'organisation de l'information biomédicale réservé à une utilisation biomédicale par les médecins.

Ce retournement de la fonction du dossier médical atteste du caractère flexible des documents bureaucratiques. À Lesbos, les usages sociaux du document permettent de le reconfigurer. Des situations similaires ont été relevées récemment par des anthropologues dans le système asilaire grec : Heath Cabot (2012) analyse les nouvelles significations prises à Athènes par la *roz karta* – document attestant qu'une demande d'asile a été déposée –, notamment lorsque cette carte est utilisée comme papiers d'identité par les demandeurs *et* par les policiers athéniens et Katerina Rozakou montre la manière dont l'ordre administratif d'expulsion reçu par les migrants arrivant

médecins, pour parler de viol, n'écrivent pas le mot 'rape', mais plutôt 'SGBV victim' (pour *Sexual and Gender-Based Violence*); pour parler de tests du VIH à passer, ils écriront 'specific infection tests', etc.

à la frontière en 2015 – qui exige qu'ils quittent le pays dans les six mois – est interprété et utilisé comme une permission de rester (pour six mois) (Rozakou 2017a). De la même façon, dans le cas à l'étude, les demandeurs d'asile – mais pas seulement eux, puisque les travailleurs humanitaires et les médecins y contribuent aussi – vont, par leurs pratiques, « vitaliser le document, l'imprégner de nouvelles significations », pour reprendre les mots de Heath Cabot (2012, 13, ma traduction). Le sens des documents médicaux n'est donc plus de simplement de consigner un diagnostic : ils servent comme outils et comme preuves pour les demandeurs d'asile.

Vu sous l'éclairage de l'anthropologie de la bureaucratie et des documents, il s'agit d'un contexte où des fonctionnaires jouent le rôle de *gatekeepers* pour l'accès aux ressources (Pigg, Erikson et Inglis 2018) et où le document en tant qu'objet est traité comme un laissez-passer, une preuve de légitimité, une ressource pour négocier l'accès. Dans le contexte spécifique de la bureaucratie humanitaire, où le demandeur cherche à échapper à l'indifférence bureaucratique en suscitant une compassion hors de l'ordinaire, le document est favorable en ce qu'il consigne et atteste des souffrances et des misères de celui qui le brandit. Finalement, certains indices nous montrent la transformation du dossier médical en marchandise, par le processus de marchandisation (*commoditization*) décrit par Appadurai (1986), qui part de l'idée selon laquelle les marchandises ont une vie et une valeur sociale – et pas seulement économique. Si tous les objets ont le potentiel de devenir marchandise – ce qu'Appadurai nomme une candidature à la marchandisation (*commodity candidacy*) –, ce potentiel ne s'actualise que dans un contexte spécifique permettant la marchandisation (*commodity context*). Ainsi, le document médical est un objet normalement « protégé de la marchandisation » (Appadurai 1986 : 15, ma traduction), mais cet objet prend, dans le contexte social spécifique des demandeurs d'asile et des structures médicales de l'île de Lesbos et par ses nouveaux usages sociaux, une valeur de marchandise. Les papiers, en constituant une ressource importante pour les demandeurs d'asile, acquièrent une valeur d'échange, comme le révèlent plusieurs phénomènes dont j'ai eu connaissance : un marché noir de documents produits par l'hôpital; les demandes répétées que reçoivent les médecins ou les interprètes (comme Mkh au chapitre précédent), et que j'ai reçues moi-même,

afin d'obtenir certains documents en échange d'une rémunération ou d'un autre service⁴⁵; et l'exemple souvent cité du psychiatre qui, pour quarante euros, produit – systématiquement, il semble – un document attestant des troubles psychiatriques de son visiteur.

La vie sociale du document médical, c'est donc toutes ces nouvelles significations, valeurs et usages qu'il acquiert dans l'espace social de la bureaucratie médicale et humanitaire où naviguent les demandeurs d'asile. Ces nouveaux usages sont un des effets imprévus, indéterminés de l'agentivité circonscrite mise en œuvre par les demandeurs d'asile dans les structures humanitaires. Ils ont aussi des conséquences sur les pratiques des autres acteurs. La section suivante analyse la façon dont ce changement de fonction est aussi contesté par certains médecins, qui, parce qu'ils occupent une position différente dans l'espace social de la clinique, ont intérêt à ce que la fonction des documents médicaux se limite à la sphère médicale.

6.2 Les documents selon les médecins : un rôle ambigu et incertain

Dans cette dernière section, j'aimerais finalement me tourner vers la perspective des médecins, en explorant leurs malaises autour des implications éthiques et pratiques qui découlent des nouveaux usages des documents qu'ils rédigent. Je m'arrêterai spécifiquement sur les perspectives de quatre médecins et d'une coordinatrice médicale que j'ai côtoyés à la clinique OHF et auprès desquels j'ai conduit des entretiens. Leurs profils sont similaires : ils arrivent des Pays-Bas, d'Angleterre ou de France, sont assez jeunes (vingtaine, début trentaine), blancs. Ils veulent travailler dans l'humanitaire et se sentent concernés par la situation difficile des migrants en Europe. Souvent fraîchement arrivés, pour des périodes de deux semaines à deux mois, ils atterrissent dans un système complexe qu'ils n'arrivent jamais vraiment à comprendre. Les ressources médicales de la clinique sont très limitées et les médecins s'y résignent à bricoler du soin dans des conditions difficiles, absolument différentes de leurs conditions de travail à la maison. Dans la clinique, ils ne peuvent en quelque sorte se fier que sur eux-mêmes, dans le moment présent : ils n'ont aucun contrôle sur le système ou sur le patient,

⁴⁵ Je reviens en conclusion du mémoire sur une situation où un participant à la recherche a tenté de négocier sa participation en échange de mon aide dans l'obtention d'un document.

ne peuvent pas savoir s'il accédera à tel test qu'on lui prescrit ou s'il pourra bénéficier d'un suivi médical suite à ce nouveau médicament qu'on lui donne.

Comme mentionné dans l'introduction de ce chapitre, la fonction des documents, pour les médecins, est de faire un suivi médical pour le patient, de communiquer avec les autres services médicaux et de faire des références à des spécialistes – ce qui implique de passer par la clinique de KEELPNO. Or, il faut savoir que le manque de communication et de coordination entre KEELPNO et les ONG médicales – et des ONG entre elles – est un problème majeur pour la clinique. En ce sens, les documents médicaux font partie d'un système de référence complexe et incertain, qui doit toujours passer par KEELPNO. Le système de référence semble constamment en changement et personne ne comprend vraiment parfaitement. Ainsi, une grande préoccupation des médecins interrogés est de mieux comprendre le fonctionnement du système afin que leurs références soient prises en compte – pour aider leurs patients. Une expérience fréquente, dans la clinique, est de voir revenir des patients qu'on avait référés chez KEELPNO pour des tests approfondis ou des visites de spécialistes, sans savoir si la référence a été considérée. Le patient, souvent, dira « On ne m'a pas reçu » ou bien « Le médecin a lu, mais n'a rien fait ». À cause de cela, les médecins de la clinique OHF s'interrogent beaucoup sur l'efficacité de leurs références, souvent en termes de lisibilité (calligraphie) et de clarté (diagnostics clairs). Emma, la coordonnatrice de l'ONG, m'explique comment elle essaie d'avertir les médecins qui viennent travailler à la clinique :

For the doctor, I will stress a little bit more about the frustration of not giving good referrals. I'll say like 'you give a referral, but the patient will be sent from one actor to the other. What you can do is to talk with the patient, take the time, figure it out. But you cannot expect, when you send this to a hospital, that it will be sorted the right way.'

Les documents médicaux dans la clinique sont donc marqués par une profonde incertitude quant à la façon dont ils doivent être produits et à leur efficacité. À cause de cette incertitude, les médecins sont encouragés à ne pas utiliser trop de références – donc à ne pas produire un grand nombre de documents –, mais plutôt à « faire avec ce qu'il y a ». La prochaine section se penche sur les façons dont les médecins perçoivent et réagissent aux nouvelles fonctions prises par les documents qu'ils produisent, en tenant compte de cette incertitude. Je montrerai, à l'aide d'extraits d'entretiens, que ceux-ci sont profondément inconfortables avec le détournement de la

fonction des documents et qu'ils résistent en tentant de replacer leur pratique, ainsi que les documents médicaux, dans un cadre strictement médical.

6.2.1 « On ne peut pas être là pour aider les gens à sortir des camps » : l'impuissance des médecins, entre doute et exception

J'ai expliqué plus haut que tous les papiers, selon les demandeurs d'asile, n'ont pas la même force. Chez les bénévoles de la clinique aussi, ce discours est généralisé : comme l'ONG est petite et loin du camp, les papiers qu'ils produisent sont en fait perçus comme ayant particulièrement peu de pouvoir. La coordinatrice de l'ONG me confiait « I think to the papers of OHF clinic, there's not so much value attached. ». En fait, les médecins cherchent souvent à démentir les croyances qui accordent du pouvoir aux documents qu'ils produisent, en insistant sur la division entre les sphères légale et médicale. Ils insistent sur les limites de leur rôle – faire une évaluation médicale – et se distancient du pouvoir qui leur est accordé. Leur discours général est celui de l'impuissance : nous ne pouvons pas aider les patients, contrairement à ce que les patients croient. Cette posture permet de les distancier du pouvoir qui leur est attribué, ce qui rend possible, en retour, d'atténuer la pression sur leur travail quotidien et de normaliser leurs interactions avec les patients. Malgré cela, je montrerai qu'une tension subsiste dans leur travail quotidien : en effet, un des rôles du médecin est de sonner l'alarme lors de cas inquiétants. Ils peuvent donc, dans certains cas, choisir de contester leur impuissance en utilisant leur autorité pour essayer d'influencer la trajectoire de soins – et d'asile – d'un patient.

L'extrait suivant consiste en une conversation tirée de mon entretien avec Diane, une médecin bénévole franco-britannique qui a travaillé à la clinique pendant deux mois. Elle y parle des attentes des patients envers le médecin, faisant référence aux nombreux pouvoirs dont sont imbus les documents du médecin et, par extension, les médecins eux-mêmes.

– Des fois les patients ont des attentes auxquelles on ne peut pas répondre. Dans le sens... penser qu'on peut changer la date pour leur entretien, qu'on ne peut pas. Ils pensent qu'on a du pouvoir pour leur obtenir un assistant social, ils pensent qu'on a plus de pouvoir pour les faire changer d'endroit, beaucoup de gens veulent sortir de Moria, et on le comprend. Donc c'est des attentes comme ça. En fait, ils essaient de voir si leurs situations médicales pourraient les faire sortir. Ce qui est raisonnable, parce que si j'étais dans la même situation, j'essaierais.

LLR – Et qu'est-ce que tu leur réponds ?

– Finalement, on fait une évaluation médicale complète du patient. Parce qu'il y a des degrés différents. Parce que par exemple, si leur souffrance n'est pas... s'ils n'arrivent pas à contrôler leur douleur, s'il y a des choses qui sont inquiétantes, il faut évaluer. Si sur l'évaluation, il n'y pas de signe inquiétant ou il n'y a pas un problème que... qu'on n'arrive pas à gérer... Le problème c'est qu'on en a beaucoup, beaucoup, beaucoup qui sont dans la même situation. Et qu'on va mettre en priorité quelqu'un qui ne peut pas marcher, par exemple, sur quelqu'un qui est valide même s'il a des douleurs. Et donc, j'explique toujours qu'on n'a pas... qu'on n'a pas le pouvoir de changer les gens de position. Et je pense que c'est honnête de le dire, parce que même dans les situations où UNHCR, par exemple, voulait déplacer des gens et les sortir de Moria, ils n'ont pas pu le faire... de ce qu'ils me disent. Donc si même les grandes organisations n'ont pas le pouvoir, c'est honnête de dire qu'on n'a aucune influence sur les déplacements des autres. En revanche, je n'ai absolument aucun problème de documenter tout mon examen, de mettre le diagnostic sur une feuille et de leur expliquer médicalement ce qu'on peut faire, ce qu'on ne peut pas faire, ce qui serait les options, parce que ça c'est de mon domaine, le domaine médical. Mais le côté légal, je pense que c'est important qu'ils connaissent nos limitations de nos connaissances du système et je préfère les envoyer vers les avocats. Parce qu'on n'a pas eu de formation sur ce système et j'aime pas qu'il y ait une possibilité que des rumeurs se transmettent. Je préfère que ce soit, s'ils ont des questions sur le système légal, je préfère qu'ils aient les explications de l'avocat.

LLR – Comment les gens réagissent quand tu leur dis que tu n'as pas le pouvoir de les déplacer ?

– Des fois ils sont déçus. Des fois je sais pas s'ils le croient à cent pour cent. Je pense qu'ils se disent 'Oui peut-être qu'ils ont pas un pouvoir direct, mais s'ils écrivent quelque chose au moins ce sera écrit... S'ils écrivent mon histoire, ou mes souffrances, ou les symptômes que j'ai' – si c'est des gens qui ont des cicatrices, ou des difformités, ou des gonflements, quoi que ce soit –, 'peut-être que, peut-être que ça aidera mon cas.' Et je pense que c'est une croyance qui est très difficile à modifier, parce que des fois c'est vrai. Ou tout le monde connaît quelqu'un pour qui ça a marché.

LLR – Et si quelqu'un te dit : 'Ok docteur, peut-être que vous avez pas de pouvoir directement, mais écrivez quelque chose, parce que peut-être que ça va pouvoir m'aider', tu fais quoi?

– Moi, ce que je dis à tout le monde, comme il y a rien, il y a aucun pouvoir, du point de vue légal, je ne peux rien faire et, du point de vue médical, pour tous mes patients, j'écris toujours l'histoire qu'ils me disent et l'examen clinique que je fais. Et ça c'est le standard pour tout médecin dans n'importe quel environnement et y a pas de raison de faire ça différemment ici. Je dis que, dans n'importe quel entretien clinique, tout est noté, tout est documenté et que c'est important qu'ils l'aient quand ils vont revoir des médecins, comme ça les médecins peuvent voir ce que j'ai fait [...] pour par répéter les mêmes traitements s'ils sont inefficaces. Donc j'essaie de mettre l'emphase sur ce qui est médical. Parce que en fait c'est ça notre rôle, c'est ça notre compétence, et notre compétence n'est pas du tout dans le légal. On ne peut pas être là pour aider les gens à sortir des camps, parce que c'est pas dans nos droits ni dans notre pouvoir, et je pense que c'est important qu'ils sachent que c'est ça. Je suis là pour aider du point de vue médical et ma documentation elle est

importante pour leur santé. Tout ce que tu peux dire c'est être honnête avec les gens. Mais je suis sûre qu'ils emmènent quand même ça à leur entretien. Mais... quelque part je ne peux pas leur donner moins de documentation.

Diane discute de son rôle de deux façons qui peuvent sembler contradictoires : d'une part, elle trace clairement les limites de son rôle et de son pouvoir, limité à l'évaluation clinique des patients et à la documentation de cette évaluation clinique. D'autre part, elle reconnaît qu'au sein de ce rôle, dans le cadre même de l'évaluation clinique du patient, elle doit prioriser certains patients sur d'autres, quand leurs symptômes sont particulièrement inquiétants : « il y a des degrés différents. » Cette tension est présente chez la plupart des médecins, qui m'affirment leur impuissance généralisée face aux attentes des patients et, *à la fois*, font mention de l'autorité qu'ils ont effectivement en tant que médecins. En effet, ils choisissent parfois d'exercer ce pouvoir, en faisant pression sur la coordinatrice de l'ONG ou en faisant jouer des contacts. Et ces cas exceptionnels sont précisément ce qui alimente les croyances des demandeurs sur le pouvoir des médecins : comme Diane le dit elle-même, « tout le monde connaît quelqu'un pour qui ça a marché. » Les médecins doivent donc tenir ces deux vérités à la fois, celle de leur impuissance, en général, et celle de leur pouvoir, exceptionnellement.

Quand elle dit « en fait ils essaient de voir si leurs situations médicales pourraient les faire sortir », Diane démontre une compréhension de la façon dont le corps souffrant est devenu une ressource que les demandeurs d'asile essaient de mobiliser pour « sortir » – de Moria et de l'île, bref de leur situation de restriction géographique, d'encampement et de mise à l'écart. Elle souligne ici une particularité de la situation de Lesbos : à la différence des recherches de Miriam Ticktin sur la clause humanitaire, qui permet à certaines personnes malades d'obtenir un titre de séjour en France, ici la maladie agit comme une ressource potentielle non pas pour rester, mais pour partir. Cette différence réside dans le fait que Lesbos est une zone-frontière – dont la fonction est maintenir à distance les étrangers hors du reste du territoire européen. Les demandeurs cherchent donc, par l'accumulation de documents médicaux, à sortir de la zone-frontière pour enfin arriver en Europe.

Ce malaise du médecin par rapport à un pouvoir se retrouve aussi dans l'extrait suivant, tiré d'une conversation avec David, un autre médecin britannique. Dans le long entretien qu'il m'accorde, David manifeste une prudence et une réserve dans chacune de ses paroles. Dans

l'extrait, il démontre à sa façon cette même tension – celle d'une impuissance, qui peut, exceptionnellement, se transformer en souci et ainsi influencer le soin reçu par le patient.

LLR – So do you feel like you have any power over whether people get vulnerability or not?

– No, I don't. I... well, I think, I do have power over it, I guess... yeah, I probably do have some sort of power over, I don't know how much they're taking into account what's written on the sheets that we write, I think, I know that... I know that, with some people, that we can refer them as being particularly vulnerable people and that's something that, if we should do that, we normally go to the coordinators about that. And actually I think there's somebody that we talked about on Friday, that falls into that category, that we're probably going to put on the list of people.

LLR – What list?

– To refer to MSF [Médecins Sans Frontières], and I think we can also refer, we can put to KEELPNO that they should be considered for like... I think they've got a list of vulnerable people that they want to keep an eye on, I'm not sure exactly how it functions. Generally, my policy has been that, in patients where I'm not sure whether they're particularly unwell or vulnerable, was to refer them to the medical coordinator here because those are the kind of logistical questions they're gonna be much more familiar with. If nothing else just for them to be aware of her as a patient and to check whether there was anything they wanted to do about that, or anything extra to add to the management of the case... so I think like, patients who I think are particularly complex or high-risk in that point of view...

Cet extrait montre que dans certains cas, les médecins peuvent décider de faire pression auprès d'autres instances ou d'autres figures d'autorité en faveur de certains patients. Dans ce cadre, la question qui se pose – que je posais souvent et qui orientait mes conversations avec les médecins – est celle de l'éligibilité : selon quels critères est-ce qu'une personne réussit à mobiliser les efforts exceptionnels du médecin ? Moralement, la question de l'éligibilité est un choix tragique pour les médecins, au sens où l'emploie Didier Fassin dans son analyse des employés responsables d'allouer des ressources d'urgence à Seine-Saint-Denis : « le problème du choix tragique [est posé lorsqu'il s'agit] d'allouer un bien disponible en quantité limitée à des personnes pour lesquelles il en va des conditions matérielles – et même biologiques – de leur existence. » (Fassin 2010, 69) Les médecins sont donc toujours inconfortables avec les critères de cette éligibilité, comme ils sont inconfortables avec leurs pouvoirs. Ils cherchent à nier le pouvoir qu'ils possèdent, en s'appuyant notamment sur l'incertitude de celui-ci, afin d'éviter de faire face à la question du choix tragique.

En effet, un autre élément de tension qui se manifeste particulièrement dans les propos de David est le doute, ou l'incertitude : comme personne ne sait exactement comment fonctionne le système, les médecins ne sont pas, au final, complètement certains s'ils ont du pouvoir ou non. Quand ils font une tentative pour aider un patient spécifique, c'est presque toujours une tentative à l'aveugle, aux faibles chances de succès – analogue, donc, aux tentatives des demandeurs. Leur pouvoir est donc non seulement exceptionnel, mais aussi incertain et imprévisible : ils ne peuvent pas si fier. Pour Emma, la coordinatrice de la clinique OHF, c'est justement à cause de cette incertitude chronique qu'il est préférable d'affirmer que les papiers du médecin ne sont pas utiles pour les demandeurs d'asile. Dans l'extrait suivant, elle m'affirme tout d'abord que les papiers parfois réclamés par les patients leur sont inutiles, en en parlant comme d'une fausse croyance; puis, se ravisant, elle finit par exprimer un doute profond quant à l'utilité de ces papiers :

– Sometimes people come to us like: 'Yeah, yeah, I need a doctor's paper'. This is not going to help you...

LLR – Why do you say it's not going to help?

– Because that's a practice we can not do. We can not make papers upon request.

LLR – Yeah. So it would help them, but you just...

– I don't know to which extent these papers help. I honestly don't know. I don't... Rumors say stuff. And that's why I don't dare to make any like... because honestly, I don't know. I hear rumors, but I don't know. People from the camp, they feel that if we give paper it will help them. But... and we explain that it's not how it works.

Emma exprime ici un profond malaise face aux attentes des patients et à la possibilité que les médecins de l'ONG se mettent à en produire « sur demande », ce qui dénaturerait la nature de la mission de l'ONG, qui est de soigner. Le pouvoir du médecin face au destin des demandeurs d'asile est une responsabilité trop lourde à porter dans un contexte aussi chargé d'incertitudes, ce qui met l'ONG dans une situation inconfortable. Avec des affirmations telles que « ça ne fonctionne pas comme ça » ou « on ne peut pas faire ça », Emma cherche à convaincre – les patients, les médecins qui viennent comme bénévoles... et un peu elle-même – de leur impuissance, replaçant ainsi le travail de l'ONG dans sa fonction de prestataire de soins de santé. De la même façon, elle cherche à replacer les documents médicaux dans leur fonction d'origine,

celle d'un dossier médical. En effet, elle ajoutera plus tard, en parlant de la formation préalable qu'elle donne aux médecins qui viennent pour être bénévoles :

I talk with them [médecins] about expectations with the patients, and then I tell them 'be very careful with your words, because people might expect certain things from your papers, and you have to be careful with the words you choose'. Don't say like 'this is gonna help you', it's too open for interpretations. Just say 'that explains to another doctor what is your problem'.

Diane exprime ce même malaise face au pouvoir qu'on lui attribue; elle choisit en effet de dire « On ne peut pas être là pour aider les gens à sortir des camps », qui est plutôt un énoncé normatif qui lui permet d'exprimer qu'elle croit que ce pouvoir potentiel est problématique. Tout comme Emma ci-dessus, Diane croit que, dans le doute, il vaut mieux être prudent en niant, ou en évitant de parler de l'utilité des documents médicaux pour les demandeurs d'asile, afin de ne pas alimenter les rumeurs.

6.2.2 Devant les patients : méfiance et solidarité

Quand, lors d'entretiens, j'abordais avec les médecins la question des pratiques stratégiques des demandeurs, les premières réponses étaient toujours de même nature : ils ne soupçonnaient pas ces stratégies jusqu'au jour où un cas leur a mis la puce à l'oreille. Les médecins m'affirment aussi toujours, en bloc, qu'ils font tout ce qu'ils peuvent pour ignorer le sentiment de suspicion qui parfois se manifeste face à ces stratégies. Ils l'ignorent et continuent à faire leur travail. Définissant leurs rôles comme strictement médicaux, ils jugent que ce n'est pas leur responsabilité de décider si quelqu'un ment ou non. Cela dit, aborder la question des stratégies des demandeurs avec les médecins, c'est aussi les laisser raconter les rares fois où ils ont cru qu'on leur mentait dans une consultation – et assister au développement de la figure du « patient menteur », le réfugié menteur qui se présente devant le médecin. À noter que, par-dessus tout, chaque médecin interrogé qui m'a partagé de telles expériences a insisté explicitement sur le fait que ce sont des cas rares, un très petit nombre de patients.

Je vais maintenant me tourner vers les réactions des médecins à la demande explicite de papiers médicaux de la part des patients. Je présenterai les points de vue de deux médecins aux profils contrastés : tout d'abord, le cas d'Ariel, qui s'est sentie manipulée par un patient malhonnête et qui considère par la suite les demandes de documents par les patients avec suspicion. Ensuite,

le cas de Vivienne, pour qui la demande de références par les patients est une motivation à les aider, même si elle reconnaît – et déplore – que cette façon de procéder peut créer des injustices.

Ceux qui se méfient : Ariel

Ariel est une médecin anglaise dans la vingtaine, qui voyage dans le monde en exerçant son métier de façon parfois bénévole, parfois rémunérée. Elle est venue à Lesvos avec un groupe d'amis, tous médecins. Les autres sont repartis comme prévu, mais elle a décidé de rester plus longtemps. Ariel est très spontanée et peut parfois donner l'impression d'une certaine naïveté : lors de notre entrevue, elle ne filtre pas ses paroles et me contactera par la suite pour s'assurer qu'elle avait fait bonne impression. Lors de son séjour à la clinique, elle a vécu un épisode qui l'a particulièrement troublée : un patient est arrivé à la clinique avec de graves symptômes psychotiques – complètement apeuré, criant et courant d'un coin à l'autre de la clinique avec des hallucinations. Ariel, avec l'aide d'autres soignants, lui a donné des médicaments antipsychotiques et lui a consacré beaucoup de temps et d'attention. Comme il était seul, ils l'ont reconduit à sa tente à Moria et ont continué à le visiter quotidiennement pour lui offrir sa médication. Un jour, le patient a disparu en inquiétant toute la clinique. Mais, en lui téléphonant, les médecins ont appris qu'il était à Athènes : le patient leur a alors demandé de l'aide financière pour se rendre à Paris. Ariel juge qu'il est impossible qu'une personne aussi souffrante ait pu se rendre à Athènes. *A posteriori*, les soignants de la clinique se sont mis à accumuler les indices et à conclure que ce patient les avait manipulés. Pour Ariel, cette histoire a instillé le doute dans sa pratique :

That was the one case that I found the most distressing. And that was the start of me distrusting a few people I think, and made me feel... also the initial thing was like I felt kind of stupid because I'd been taken for a ride, and like, oh, I obviously can't tell when people are actually unwell, and stuff like that.

Dans l'extrait d'entretien qui suit, elle m'explique un autre facteur qui la fait douter de l'authenticité des symptômes de ses patients : lorsqu'elle sent qu'ils résistent aux traitements proposés. Cependant, elle affirme qu'elle essaie d'ignorer son doute. La conversation avait débuté au sujet de son travail à la clinique, dont un des aspects marquants est le nombre de patients très mal en point ayant besoin de consultation de nature psychologique. Elle poursuit :

– So everyone, every person I thought was genuinely psychologically unwell didn't come by themselves, they came with a friend, or we picked them up in the street – but most of the time they were brought by a friend.

LLR – What do you mean by 'genuinely unwell'? As opposed to 'not genuinely unwell'?

– So initially I didn't think about that at all, but I think as time went on and I got to understand more about the patient population, eh... I can't quite put my words on what it was that made me think that some people were either exaggerating their symptoms or, kind of almost reading out of a textbook, some would seem. And their behavior didn't fit. And often it... there were only probably a handful, maybe five patients that I thought were not telling the truth about their symptoms. And mostly, it would come out at some point in the consultation, mostly actually when I was giving them treatment advice, so like breathing technique, stress-relief techniques, management of hallucination, and things like that. It's when it got on to the treatment, that they... then became like a little bit angry... or, a little bit like, 'hey, why you're not doing something better or bigger for me, look, I'm really unwell'. And it was then that I kind of realized: oh, actually, they want something from me. They don't want to just get better; they actually want something specific from me. And I had quite some discussions with my friends, before they left, about patients that we'd both seen, and they mostly agreed actually that, that there is something in the back of our minds that... we feel that they're not telling the truth about their symptoms.

LLR – And what did you do?

– Nothing [rises]. I don't think you can do anything about it in that setting. Maybe if I had stayed for longer I could have thought of a way to try and combat that... But I don't think there's a place for me to start saying 'hey, you're lying!' I think I just have to treat everyone as though they're not, and just try and squash it down in my mind. Because otherwise I'll miss someone who is really unwell and that's shit.

LLR – So at this moment, like in your example, when you're wondering why this person isn't satisfied with the treatment and you think they're not genuine, did you offer another treatment?

– So I would just keep going blindly, doing the usual things I would do. And if I'd continue to get that feeling, I'd often say, eh, 'Is there something specific that you are looking for from me today?' And then on a few occasions, maybe two or three, they said 'I want a referral to the psychiatrist', 'I want a referral to the psychologist', or 'I want a vulnerability statement', or 'If I'm this unwell I need to get off the island', that happened maybe twice. And... if someone was really psychologically unwell, there's no way they'd be saying things like that, they wouldn't have the capacity in their mind to say things like that. You know if they were really hallucinating, and the soldiers coming and chasing them, that sort of thing, there's no way they'd have the brain capacity to say that, so yeah.

Pour Ariel, le fait pour un patient de demander explicitement une référence discrédite les symptômes déclarés, notamment parce que cette pratique implique une stratégie, une planification, qui est incompatible avec des troubles psychiatriques sérieux. La planification

stratégique est donc assimilée au mensonge. Pour Ariel, certaines pratiques des patients – remettre en question les traitements, demander un document – sont des indices qui montrent qu'ils ne disent pas la vérité au sujet de leurs symptômes. De telles pratiques la conduisent à interpréter le comportement de ceux-ci comme malhonnêtes, ou mensongers. Cela est étonnant puisque, lors de mon travail comme interprète, j'ai souvent vu des patients résister et questionner les traitements offerts par les médecins, spécifiquement quand il s'agissait de *lifestyle advice* et de conseils – mieux manger, mieux dormir, techniques de respiration, etc. J'ai toujours interprété cette résistance de la part des patients comme reflétant leur sentiment de ne pas être pris au sérieux et de ne pas avoir accès à des soins médicaux décents. Il semble donc que, alors même que ces pratiques pourraient être interprétées différemment, elles sont influencées par l'expérience préalable d'Ariel, qui en oriente les interprétations. Je rappelle également que le chapitre précédent a pu montrer qu'il existe différentes intentionnalités derrière un même comportement : par exemple, si Ahmad insiste bien car il cherche « autre chose », Empereur insiste car il n'arrive pas à être soigné. Le comportement du patient qui a mis en place une stratégie de performance de la maladie mentale pour obtenir du soutien de la part des médecins de l'ONG et quitter l'île a des conséquences sur le traitement des autres demandeurs, qui font face à un a priori négatif. Cela pousse Ariel à ne pas varier sa proposition de traitement, ce qui peut constituer un frein à l'accès aux soins.

De façon plus générale, cet extrait vient mettre en lumière le climat de méfiance et de suspicion dans lequel les demandeurs peuvent être reçus dans la clinique – une méfiance et une suspicion dont la prégnance a été démontrée dans l'expérience des demandeurs d'asile dans plusieurs contextes (Fassin 2010; Kobelinsky 2010; Thomson 2012) et qui, en retour, créent le besoin des demandeurs de collecter des preuves de leur situation. Bref, on assiste dans cet extrait à la construction du « patient menteur », le pendant médical du réfugié menteur, une figure qui, une fois construite dans l'imaginaire de la médecin, semble avoir une influence sur sa façon de gérer les autres cas. Similairement, les propos d'Ariel selon lesquels la façon dont les patients expriment leurs symptômes – soit exagérément, soit « almost reading out of a textbook », font directement écho aux enjeux de crédibilité rencontrés par les demandeurs d'asile face aux commissaires chargés d'évaluer leurs récits, qui les jugent bien souvent soit irréalistes, soit trop convenus (McKinnon 2009; Rousseau et Foxen 2006). Cela dit, Ariel est sans nuances : il est

primordial pour elle de ne pas laisser cette méfiance influencer son travail et ce n'est pas sa responsabilité de juger de la crédibilité de ses patients. Elle limite son travail à la sphère strictement médicale et essaie d'ignorer le sentiment de méfiance qui s'installe. Or, face à des situations similaires, d'autres médecins peuvent réagir différemment.

Ceux que ça motive : Vivienne

Vivienne est une jeune médecin très expérimentée. Elle a un profil particulièrement militant. Médecin dans la trentaine originaire des Pays-Bas, elle a été bénévole à répétition depuis 2015 dans différentes organisations de secours aux migrants dans la mer Méditerranée et à plusieurs endroits en Grèce, incluant les îles grecques de Leros et de Samos. Quand je la rencontre, elle en est à son quatrième séjour bénévole à Lesbos et à sa première fois dans la clinique OHF. Elle est là pour un mois. Sa grande expérience fait qu'elle sait adapter sa pratique à l'incertitude ambiante, mais aussi qu'elle comprend mieux le système et elle sait comment le naviguer, ce qui augmente l'efficacité de ses interventions. Vivienne essaie, quand elle le peut, d'utiliser son autorité de médecin pour aider certains demandeurs d'asile, quand elle juge qu'ils sont particulièrement mal en point : elle appelle cela « to lobby for them ». Le plus souvent, ce lobbying prend la forme de la production d'un document médical adressé à MSF ou à KEELPNO, accompagné par exemple d'un suivi par courriel ou par téléphone. Quand je pose à Vivienne la question de l'éligibilité – quels sont les critères qui te décident à « pousser pour » quelqu'un ? –, elle est complètement lucide en affirmant directement que les critères sont subjectifs et variables :

I have to say, before I say all these factors, that it's really random, it's super subjective, and everything I'm gonna say is like... if I think about it, theoretically, I think it's all these factors, but in the end, it's not fair at all.

Elle commence ensuite à m'expliquer comment elle priorise les gens : tout d'abord, sur la base de ses connaissances médicales et de sa connaissance des programmes (de MSF, par exemple). Elle aborde ensuite le second critère, « the way they present », c'est-à-dire la visibilité des symptômes et l'agressivité du comportement des patients :

Like, depression and PTSD has a wide range of symptoms, it can make people really quiet and anxious, it can also make people really like aroused and easily aggressive. And... it's really sad, but the people who are usually like more calm, I'm sure that they are less likely to get active help from volunteers than the people who are really showing aggression and...

for example this guy, he was really restless, and somehow, it's wrong, but I thought like : 'if we don't help him, he might be a danger to himself or to somebody else.' And... the same day, I spoke to several patients who had exactly also severe PTSD, but they were really calm and introvert and almost not speaking, and I didn't send them to MSF. Well, I can not send anybody to MSF, but I didn't lobby for them to MSF. Because... I mean... but they can also commit suicide. But it's like, I think people who are more like, who show more like the active symptoms of depression and PTSD, instead of the, like, calmer symptoms, I think in general, when people see that people are more active, aggressive, they will be more likely to help somebody, than when people are more like calm, because of the symptoms. Do you get me ?

Finalemment, comme troisième critère, Vivienne parle directement des instances où un patient lui demande explicitement une référence pour une autre organisation médicale. Elle a ici un point de vue qui contraste avec celui d'Ariel, parce que la demande explicite l'incite à aider le patient, plutôt que de la faire douter de leur honnêteté :

Then I think motivation about wanting to be helped, or the patient asking themselves for MSF, that also makes a difference. It's really, really bad, but when people have no clue about the help they can get, I usually try to, I cannot help them myself in a sense of giving psychotherapy but, I can talk to them and everything. And I usually tell them there is a psychologist at KEELPNO, they can try to see you, blablabla. But when people come and say: 'Listen, I need help, I want help, and I know MSF is there, can I get a referral?', in general I will be more likely to lobby for those people, because they know the help there is and they have been disappointed before in the other help. So when people ask actively for it, I'm also more likely to help them. Which is unfair, because it's usually the people who speak maybe English, or have better contacts. So the people who are not informed will be less likely to get help.

Ici, Vivienne met en relief l'efficacité de deux éléments stratégiques mobilisés par les demandeurs au chapitre précédent : être actif plutôt que passif et posséder des connaissances du système de soin et une maîtrise de l'anglais. Elle identifie ces éléments comme contribuant à favoriser certains demandeurs et l'incitant à faire de la pression en leur faveur. Elle semble donc prioriser les patients qui mettent en œuvre une intentionnalité stratégique, contrairement à Ariel qui tend à douter de l'authenticité des patients qui lui font des demandes explicites.

Tout à la fois, Vivienne reconnaît son pouvoir en tant que médecin et reconnaît que ce pouvoir crée des injustices. Elle est très critique par rapport à ses propres pratiques, mais elle n'arrive pas, dans les circonstances, à trouver une meilleure façon de répondre au choix tragique devant

lequel elle est placée. Les conditions d'éligibilité qu'elle identifie ne permettent pas, selon elle, d'identifier les personnes qui ont le plus besoin de soutien :

– Because there's always, in a case of scarcity, always certain people will have access to it, and sometimes those are the people who need it more, but at the same time the most vulnerable people are usually the people who have no information about how things work in the camp. Sometimes, they need it even more than the ones who know all the information. But they will be less likely to be helped. And there's no outreach program in the camp, there's no social workers going around and identifying these cases. I mean the fact that small NGOs are the ones selecting the patients and lobbying for them at MSF, it's... I mean it's nice for those patients, but it's really, really unfair. And it's... it doesn't necessarily identify people who need it the most. But again that's scarcity. [...]

LLR – What do you mean by 'lobby for it'?

– Well lobby sounds like a big thing... I didn't know how it worked in the OHF clinic so I asked the coordinator and she said if you write an email, for me, but I think she sends an email to MSF or she talks directly with them at a meeting. But... I would write a report of my observations, my diagnoses and what I think the patient would need. In this case this specific patient, somebody from ERCI [autre ONG à Moria] had already written a page and a half about this patient, so it was actually quite complete, so in my email I attached this letter, the guy had brought it, I took a photo, and I said I confirm diagnose of severe PTSD, depression with psychotic symptoms. And now I'm not a coordinator, but when I was a coordinator before on Samos, I would go directly to MSF and ask if they could see this patient.

Avec cette dernière phrase, Vivienne confirme que le pouvoir est hiérarchisé et que les coordinatrices ont potentiellement plus de capacité à influencer la trajectoire de soin des demandeurs d'asile.

Cette section permet de voir que les médecins sont donc face à des situations difficiles à naviguer qui impliquent, d'une part, leur pouvoir (qu'ils cherchent parfois à nier) et, d'autre part, l'agentivité des demandeurs d'asile. Ils négocient ces situations de différentes façons. La réaction générale aux demandes de papiers des demandeurs d'asile est de ne pas les considérer et de mettre plutôt l'emphase sur la pratique de soin et la consignation de leurs observations dans le dossier médical. À quelques moments, les médecins vont cependant utiliser leur pouvoir pour « pousser pour » quelqu'un, bien que la majorité des médecins ne parlent pas explicitement de ce pouvoir. À l'exception de Vivienne qui, très expérimentée, est pleinement consciente de ce pouvoir et du paradoxe qu'il engrange : elle exploite son potentiel pouvoir en tant que médecin

pour influencer la trajectoire migratoire du patient *tout en étant consciente* des conséquences morales de ce pouvoir, qui privilégie injustement certains migrants au profit d'autres migrants. Elle verbalise ainsi l'idée selon laquelle cette négociation agentive au sein du système n'est pas également accessible à tous les demandeurs d'asile, mais dépend de plusieurs types de capitaux (culturels, linguistiques, économiques, sociaux) qu'ils possèdent. Ici, il apparaît que la persistance, la maîtrise de l'anglais et le temps long de l'encampement est ce qui permet aux demandeurs de mieux le naviguer, avec succès si l'on en croit Vivienne qui est plus à même d'aider ceux qui n'en sont pas à leurs premiers recours. Le témoignage de Vivienne met aussi en lumière la façon dont les maladies des demandeurs d'asile sont médiatisées par la performance qu'ils en font et la perception qu'en ont les médecins : en donnant l'exemple de la différence entre les symptômes actifs et passifs du syndrome de stress post-traumatique (en anglais *PTSD*), elle montre que ce n'est pas simplement le fait d'être malade qui donne droit à des soins ou à des ressources, mais bien le fait d'exprimer sa maladie d'une façon qui mobilise l'attention du médecin. Les règles qui régissent l'attribution d'aide et de ressources viennent donc à être révélées non pas comme répondant à une logique humanitaire « rationnelle » (celle que le dispositif humanitaire déclare comme sa logique, soit d'aider les plus vulnérables, les plus malades), mais bien à d'autres logiques plus subtiles tenant de la chance, de l'incertitude et de la capacité du demandeur à devenir visible, à être crédible et à se différencier pour mobiliser l'attention des prestataires de soin. Le cas de Vivienne reflète aussi le profil des bénévoles humanitaires « solidaires », dont les motivations sont plus militantes et dont le travail vient mettre en question les logiques humanitaires. Vivienne, en effet, remet en partie en question la logique humanitaire qui pousserait à sélectionner seulement les plus vulnérables, les plus passifs pour leur offrir du soin, alors qu'elle choisit d'aider les personnes les plus « agentives ».

6.2.3 Discussion : une interaction de soin complexe

Les points de vue des médecins présentés ci-dessous montrent les différentes façons dont les nouvelles fonctions attribuées aux documents médicaux viennent compliquer l'interaction de soin. En effet, que ce soit la tension entre neutralité et engagement potentiel en faveur d'un patient, présente chez des médecins comme Diane, ou bien la suspicion qui tiraille Ariel, la nouvelle fonction du travail du médecin – offrir des outils pour le parcours bureaucratique du demandeur – alimente l'incompréhension et le doute dans les interactions avec le patient. Les

médecins sont inconfortables avec le pouvoir de sélection et leur capacité de choisir, de prioriser les cas, pouvoir qui leur est délégué par des mécanismes indirects et que Estelle d'Halluin-Mabillot appelle, en reprenant l'expression d'Everett Hughes, « le sale boulot » (d'Halluin-Mabillot 2012, 240). Lors de mes observations ethnographiques, j'ai aussi relevé deux façons spécifiques dont l'interaction de soin est compliquée par cette nouvelle réalité : d'une part, le diagnostic médical est plus difficile à poser, et d'autre part, la partie de la relation thérapeutique basée sur l'écoute est elle aussi bouleversée.

Tout d'abord, les pratiques des demandeurs d'asile compliquent la pose de diagnostics pour les médecins. Une infirmière de l'ONG me confiait que « they think if they have many papers from many different doctors is better... but having several papers is just making confusion on your treatment from a medical perspective. » En effet, les médecins doivent alors faire l'effort supplémentaire d'éplucher, de lire chaque papier, de faire le tri entre symptômes graves, symptômes peut-être faux, symptômes peut-être vrais, afin d'y voir plus clair. Vivienne, ici, raconte son raisonnement quand elle essaie de faire de son mieux pour éclaircir une condition médicale obscure, qui finalement est probablement une tentative pour obtenir une référence :

Of course, sometimes, it's annoying when you've spent a long time, like half an hour, trying to get the diagnoses clear, and it's so contradicting, from a medical perspective, and you're like this is such a strange story. And it's like 'but, it really sounds like this, but this one symptom you say the opposite, it's possible but it doesn't make sense'... then I'm really puzzled in my mind like 'how can I help the patient the best way?'. And then... at some point I realize, wait, this is probably a fake story. And of course, I think like oh my god, 30 minutes I could have helped somebody else [...], but at the same time, I fully understand them.

Dans beaucoup de cas, les patients vont mentionner dans la consultation plus que des symptômes physiques et psychologiques, mais vont aussi faire référence à leur histoire plus générale de migration, de persécution et de torture. Cela fait partie de la relation thérapeutique, la clinique OHF se voulant un lieu d'écoute, où le médecin prend le temps d'écouter chaque patient sans le presser. Or, quand ils ont derrière la tête la possibilité que les patients soient en train d'essayer d'obtenir quelque chose, les médecins ont plus de difficulté à établir les motifs du patient. Pourquoi est-il en train de me raconter telle ou telle chose ? Parce que ça lui fait du bien (relation thérapeutique) ou pour obtenir un papier ? En d'autres termes, avec le contexte de méfiance

dans lequel les demandeurs évoluent, leur recherche de reconnaissance peut avoir une double fonction, à la fois thérapeutique et légale. C'est ce que Diane transmet dans la citation ci-dessous :

Pour beaucoup de gens, y a un besoin de... et ça ça revient à l'interaction entre le légal et le médical, où tu sais pas si c'est pour leur bien-être psychologique, ou si c'est aussi un besoin d'être cru, d'un point de vue plutôt légal. Mais beaucoup de gens ont besoin de raconter leur histoire... ont besoin d'être écouté.

Cela ramène Diane à parler de son impuissance devant les souffrances des patients : elle voudrait aider, mais souvent, elle ne le peut pas. Tout ce qui lui reste est donc une reconnaissance incomplète, parce que c'est une reconnaissance qui ne peut pas être accompagnée d'actions concrètes pour soulager les souffrances.

Et pis aussi à la fin, ce qui marche moins bien c'est que je peux écouter les gens autant que je veux, mais ils vont rester dans Moria. Pour une longue période. Et ça c'est... c'est la vérité pour la plupart des gens qu'on voit. Et ça... c'est, des fois même si je les écoute, même si je les crois, je ne peux pas les faire sortir de là. Et le système ne peut pas les faire sortir de là non plus. Donc des fois c'est une question de comment ils sont traités, comment l'information leur est donnée, mais aussi l'incompréhension de : je souffre tant, et on me laisse là.

Parce qu'il y a beaucoup de patients qui urinent la nuit, qui perdent le contrôle de leurs selles la nuit, quand ils ont des cauchemars. Et qui prennent des couches *Pampers*, quand on les offre. Donc tu sais... ils sont pas en train d'inventer. Tu vois ce que je veux dire. La détresse est là, la détresse est vraie.

Ici, en voulant exprimer de la compassion envers les souffrances des demandeurs, Diane justifie leur authenticité sur la base de preuves biologiques – les symptômes visibles du corps –, qui attesteraient de façon incontestable de l'authenticité des déclarations du patient. D'abord et avant tout, la souffrance est définie comme était lisible sur le corps du demandeur et les dysfonctions physiques (ils urinent la nuit) sont ces preuves objectives des souffrances psychologiques (ils ont des cauchemars).

En conclusion, les papiers que produisent les médecins ont peut-être une dernière fonction : une fonction de reconnaissance, à l'instar du moment de reconnaissance en face à face qui a été discuté au chapitre précédent. Il s'agit, pour les demandeurs, d'une preuve concrète, qu'ils peuvent tenir à la main, d'une preuve que quelqu'un en position d'autorité les a crus – leur histoire est écrite. Pour les médecins, les références, même quand elles n'aboutiront pas, sont un bandage sur leur impuissance. En effet, j'ai observé que parfois, alors même que les médecins savent que

leurs références n'obtiendront rien pour le patient, ils vont l'écrire quand même. Il s'agit alors pour les médecins de combattre le sentiment d'impuissance : au moins, se diront-ils, il n'est pas parti les mains vides. Vivienne me dira « I don't want to take away their hope, because if you take away their hope, they're not helped at all ». En ce sens, la production de documents médicaux s'inscrit dans des stratégies d'espoir et de désespoir, marquées par l'incertitude, et ce autant pour les demandeurs d'asile que pour les médecins qui cherchent à les aider.

Au final, les médecins et les demandeurs négocient ensemble pour coproduire la nouvelle fonction des documents et les limites de l'aide qui sera prodiguée. Alors même qu'ils entretiennent entre eux une relation sociale marquée par le dispositif humanitaire – une solidarité fondamentalement inégalitaire, une aide orientée du haut vers le bas et attribuée sur la base de la capacité des demandeurs à mobiliser leurs corps souffrants et à susciter la compassion – les médecins et les demandeurs d'asile ont aussi une influence sur ce dispositif. Sous l'impulsion des demandeurs d'asile qui, par leurs usages sociaux des documents médicaux et des codes humanitaires, renégocient leur rôle de bénéficiaires vers un rôle d'agent, les médecins, eux aussi, doivent repenser leur rôle et leur fonction et s'adapter aux nouvelles pratiques. C'est donc que ce n'est pas seulement le dispositif qui agit sur les bénéficiaires, mais que les demandeurs d'asile ont aussi une influence sur les structures et les pratiques de l'humanitaire, même sans le savoir. Cette influence n'est pas intentionnelle et est indéterminée, en ce qu'elle ne joue pas toujours en la faveur des demandeurs : si elle permet parfois de faciliter leurs expériences, d'obtenir les documents, d'échapper à un traitement inhumain, elle a aussi comme conséquence de durcir la suspicion à leur égard et de durcir les barrières d'accès.

Conclusion. Négociation et incertitude

Avant de conclure, j'aimerais revenir sur un extrait d'entretien. Ci-dessous, mon ami Bertrand, un demandeur d'asile congolais, essaie pendant l'entretien qu'il m'accorde de me convaincre de lui obtenir un papier. Il tente de négocier ma collaboration en échange de ses réponses à mes questions.

– On signe un marché! Je te donne toutes les informations que tu veux même sur les personnes qui partent sans papier, je t'explique comment on fait, et tu me fais, tu demandes à un de tes chefs de me faire un B6, ou un C25 je ne sais pas quoi, un papier qui peut vraiment m'aider pour...

LLR – C'est quoi C25 ?

– Je sais pas.

LLR – Et B6 c'est quoi ?

– Je sais pas, c'est juste les papiers qu'on donne à EASO pour aller plus rapidement. Avoir un papier où tu peux t'en aller rapidement. [...] Si on fait ce pari-là, si tu acceptes...

LLR – Je peux pas faire ça... tu le sais...je n'ai pas de pouvoir! Je n'ai pas ce pouvoir! Je suis personne, moi.

[Un peu plus loin dans la conversation, il revient sur le sujet]

– Mais toi tu me le fais. Tu me fais le papier le plus SOLIDE que je peux avoir par un docteur.

LLR – Mais je suis pas docteur !

– Mais ouais, tu connais les docteurs. Je sais que t'as pas ce droit-là. Mais si tu pouvais... eh... on fait *fifty-fifty*, je t'aide pour ton interview, je t'aide pour ton travail de fin d'études, tu m'aides pour mon papier.

LLR – Mais comment je peux t'aider ? C'est ça le problème, c'est que même si... je sais pas comment aider. Je pense pas que je peux.

– Tu prends un badge, et tu vas faire l'interprète à KEELPNO.

LLR – On va pas me laisser faire !

– Pourquoi pas ? Si tu vas dire que...

LLR – Ils choisissent des interprètes professionnels, j'pense, non ?

– Tu es interprète professionnelle !

LLR – Non !

– Oui !

LLR – J'ai jamais fait de cours d'interprète.

– Mais c'est ça le cours d'interprète.

LLR – C'est quoi c'est ça ?

– C'est parler déjà français.

LLR – Ok, ok, disons que je peux être interprète pour KEELPNO. Disons qu'ils m'acceptent. Après qu'est-ce que je fais? Pour que tu puisses avoir le papier ? Comment je fais ?

– Tu négocies avec le docteur, tu me le donnes, c'est tout.

J'ai déjà passé plusieurs moments avec Bertrand quand nous nous asseyons ensemble pour cet entretien et nous continuerons d'être amis par la suite. Il est un peu comédien et le ton de notre échange est à la rigolade : il s'amuse à cette obstination, il joue en cherchant des solutions. Bertrand est aussi ce même ami qui entrain en trombe dans la clinique en criant « Je suis fou, j'ai besoin d'un B6 immédiatement ! », dans le but explicite d'amuser les infirmières bénévoles. Bref, il se moque un peu de cette obsession des papiers. Sa demande n'est pas exactement sérieuse, quoique... je pense aussi qu'il tente sa chance, au cas où j'accepterais d'essayer de l'aider. Dans tous les cas, le plan de Bertrand, de toute évidence, est saugrenu : le C25 n'est pas une catégorie de vulnérabilité qui existe (les catégories sont A ou B, de 1 à 6) et il sait très bien que, malgré mes tentatives, je ne peux pas entrer dans le camp, où se trouvent les bureaux de KEELPNO – Bertrand me l'a d'ailleurs interdit, pour ma sécurité, en m'expliquant tous les dangers que j'y craindrais.

Il me semble que cet extrait parle surtout du fait que Bertrand ne sait pas, en fait, comment faire. Dans son exploration ludique, avec moi, c'est ce qu'il exprime : l'obtention de la vulnérabilité est un processus obscur, pour lequel il faut trouver des façons créatives de mentir, de tricher, pour lequel il faut tout essayer. Le pouvoir d'influencer le résultat semble partout et nulle part à la fois : rien n'est certain. Cet extrait rappelle à quel point les demandeurs d'asile rencontrés avancent en aveugle. Comme en témoignent de manière frappante les portraits de Mkh, Empereur et Ahmad présentés au chapitre 5, les trajectoires de reconnaissance et d'obtention de soins ne sont pas linéaires, mais, au contraire, sont sinueuses et caractérisées par l'essai-erreur. Une telle ambiance obscure et le discours qui l'accompagne, un discours qui met l'accent sur la dissimulation et le mensonge de la part des autorités (le terme « autorité » lui-même utilisé

de façon générale et floue, quand il n'est souvent pas clair quelle instance peut prendre quelle décision), une telle ambiance, donc, de confusion et d'incertitude caractérise la réalité des demandeurs d'asile qui cherchent à s'orienter dans les procédures. Plusieurs demandeurs, ainsi que des avocats et des médecins bénévoles, m'affirmeront clairement que les autorités dissimulent volontairement des informations. Hamid, demandeur iraquien, m'expliquera :

Il faut B2 ou B6, ça change à toutes les deux semaines, ils le changent à toutes les deux semaines parce que sinon les gens sauraient ce qu'il faut avoir pour obtenir la vulnérabilité. En ce moment, je pense que les attaques de panique fonctionnent bien. Mais même s'ils savent quoi avoir, même s'ils savent qu'il faut avoir B2 ou B6, ils ne savent pas comment l'avoir. Si on avait les questions, ce serait plus facile. Si je savais les questions, les critères, je l'aurais eu la première semaine, pour aller à Athènes. Ça fait deux ans que je suis ici.

L'imprévisibilité du résultat des pratiques et des stratégies contribue donc à les faire se diversifier et se multiplier. Elle pousse à faire des recherches approfondies, à improviser et répéter les tentatives auprès des différentes instances. L'incertitude et l'imprévisibilité influencent donc les pratiques des demandeurs d'asile vers une plus grande créativité. Comme les contraintes sont floues et mouvantes, l'espace dans lequel les demandeurs peuvent manœuvrer – l'espace d'agentivité – est élargi. Elles laissent un jeu pour la négociation et, à la fois, comme rien n'est fiable, encouragent l'idée que c'est par la persistance que l'on réussit.

En conclusion, par le matériel ethnographique présenté, ce mémoire a offert un panorama des pratiques de deux catégories de demandeurs d'asile spécifiques, soit les hommes seuls, Africains francophones et les interprètes anglophones. En tant qu'hommes seuls, ils constituent le point aveugle des programmes humanitaires (souvent destinés aux femmes et aux enfants). Cela dit, il est important de rappeler que les personnes que j'ai rencontrées, malgré leurs souffrances et leurs traumatismes, possédaient les ressources nécessaires pour sortir du camp et venir à la rencontre des ONG pour négocier les conditions inhumaines dans lesquelles ils vivent, ce qui n'est pas le cas de tous et implique déjà qu'ils possèdent certaines ressources. Ils constituent en ce sens une catégorie privilégiée des demandeurs d'asile, ceux qui savent sortir du camp et interagir, « les plus forts des plus faibles ». Ce sont spécifiquement leurs pratiques au sein des structures humanitaires médicales qui ont été examinées, structures qui sont caractérisées, sur l'île, par le surchargement, l'incertitude, la grande place prise par les ONG

dans la provision de soin ainsi que par le processus d'évaluation de la vulnérabilité. La présence d'un tel processus, relevant d'une loi grecque, vient grandement structurer les pratiques des demandeurs et vient aussi influencer la réalité des ONG et des médecins bénévoles. Ce processus participe du dispositif humanitaire en ce qu'il fonctionne sur une logique de sélection des plus faibles sur la base de la compassion envers leurs souffrances. Ces souffrances deviennent une ressource uniquement une fois qu'elles ont été reconnues par la médiation du travail des acteurs biomédicaux. Les demandeurs doivent passer par un processus de reconnaissance, processus qui est vécu comme une épreuve (d'Halluin-Mabillot 2012). Cette épreuve est semblable au processus de reconnaissance du statut de réfugié à la fois par les obstacles rencontrés que par les moyens de répondre à ces obstacles : les demandeurs font face à un climat de suspicion, qu'ils tentent d'amenuiser en accumulant des preuves matérielles de leur condition médicale, en exposant leurs blessures – ou en rendant visibles leurs blessures psychiques par des blessures physiques auto-infligées –, en effectuant un travail rhétorique sur leur récit ainsi qu'en offrant une performance parfois très travaillée aux décideurs, qui dans ce cas-ci sont des médecins. Ces pratiques visent à la fois à convaincre pour obtenir une attestation de vulnérabilité et à convaincre afin d'accéder à des soins. Ces deux objectifs se confondent souvent, ce qui rend d'autant plus complexe l'interaction de soin, qui occupe alors deux fonctions, médicale (soigner), mais aussi bureaucratique (offrir des ressources aux demandeurs dans leur procédures).

Les documents médicaux sont un objet qui incarne de façon paradigmatique cette dualité de fonction : originellement pensés en tant que dossier médical portatif du patient, ils changent de fonction par les usages des demandeurs d'asile – qui cherchent activement à les accumuler et les utilisent comme preuve. Les documents médicaux, en consignait les souffrances du demandeur, constituent une reconnaissance provenant d'une source d'autorité experte (le médecin) dont la valeur est supérieure à la parole du demandeur. Ils sont un outil qui permet de mobiliser l'attention et de susciter la compassion. Les documents médicaux deviennent aussi, dans le cadre de cette nouvelle fonction, une marchandise, au sens où l'entend Arjun Appadurai (1986), et sa valeur sociale va jusqu'à se transposer en valeur économique.

Finalement, le point de vue des médecins bénévoles dans la clinique OHF offre un aperçu des conséquences que les pratiques des demandeurs d'asile peuvent avoir sur les structures

humanitaires, alors même qu'elles sont une réponse directe aux obstacles qui leur sont imposés par ces mêmes structures. Ainsi, dans une sorte de boucle, ce même système qui rend nécessaire de mettre en place des stratégies de manipulation pour négocier ses conditions inhumaines réagit à ces stratégies. Les médecins prennent conscience, par des demandes explicites des patients ou quand ils sont confrontés aux rares instances de mise en scène, que les demandeurs d'asile cherchent à obtenir des documents médicaux pour leur parcours d'asile et pour quitter l'île. Cela augmente parfois leur suspicion à l'égard des autres patients. Les médecins prennent ainsi conscience d'un pouvoir qui leur est attribué, alors même que ce sont les médecins de KEELPNO qui peuvent prendre des décisions sur la vulnérabilité. La réaction des médecins est donc de rejeter ce pouvoir et de chercher à replacer l'interaction de soin dans la sphère médicale, dans laquelle ils sont plus confortables. J'ai cependant montré que les médecins doivent tenir leur impuissance côte à côte avec le fait qu'ils utilisent exceptionnellement leur autorité pour faire avancer la cause d'un patient spécifique. Cette exception, quand les demandeurs en prennent connaissance, alimente en retour leurs convictions que les médecins peuvent effectivement les aider. Il y a ainsi un jeu, à Lesbos, entre l'(im)puissance des médecins, une impuissance presque totale qui se transforme parfois en pouvoir, et le (dés)espoir des patients – l'espoir infatigable des hommes que j'ai rencontrés pour vivre une vie digne, ponctuée du désespoir face aux obstacles érigés contre cette vie digne.

À la fin de la rédaction de ce mémoire, je recense toujours peu de recherches similaires à celles-ci, qui allieraient les questions d'asile, d'humanitaire et de soins médicaux. Le lecteur intéressé par les effets productifs du paradigme de la crise et de l'urgence sur les soins de santé des migrants aux frontières européennes pourra consulter l'article de Vanessa Grotti et ses collègues portant sur les réseaux de santé maternelle pour les migrants en Europe du Sud (Grotti et al. 2019). Il pourra aussi se tourner vers celui, moins récent, de Susann Huschke portant sur les aspects performatifs des interactions en face à face entre des médecins et des patients sans statut d'origine latino-américaine en Allemagne (Huschke 2014). Finalement, deux numéros de revue publiés cette année pourraient permettre d'approfondir l'une ou l'autre des questions importantes de ce mémoire. Tout d'abord, le numéro de la revue *Politique et sociétés*, dirigé par Sule Tomkinson et Jonathan Miaz et intitulé « Au cœur des politiques d'asile : perspectives ethnographiques », apporte une perspective « par le bas » en s'arrêtant sur les pratiques et les

représentations des différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre des politiques d'asile en Europe et au Canada. Ensuite, du côté de l'anthropologie médicale et de l'anthropologie de la citoyenneté, le numéro spécial de la revue *Citizenship Studies*, « Claiming citizenship rights through the body multiple », dirigé par Kristine Kraus et ses collègues, explore la question du corps comme lieu de reconnaissance, d'identification et de réclamation de la citoyenneté, incluant les expériences des demandeurs d'asile, mais aussi les dépassant pour inclure plusieurs instances où le corps détermine l'accès aux ressources et aux droits.

Les publications de la littérature académique s'étaient concentrées sur le « moment de crise » (la « situation humanitaire ») à Lesbos en 2015 et les nouvelles configurations politiques qui deviennent possibles durant cette crise (Afouxenidis et al. 2017, Bendixsen 2016, Cantat 2018, Chouliakari et Georgiou 2017, Dimitriadi 2017, Green 2017, Kalir et Rozakou 2016, Papoutsis et al. 2018, Rozakou 2017a, Vradis et al. 2019). Afin de combler les lacunes à la recherche, mon étude s'en est éloignée pour plutôt s'attacher, d'une part, à ce qui s'installe après la crise (la « condition humanitaire ») et, d'autre part, à leurs effets sur les migrants plutôt que sur les politiques. C'est là une des contributions importantes de l'anthropologie – pouvoir se tenir au plus près des personnes touchées pour amplifier leurs voix et les réalités qu'elles vivent. En adaptant mon objet d'étude aux possibilités d'accès du terrain, j'ai aussi offert une contribution originale aux études sur les nouvelles formes de l'humanitaire européen. En effet, je m'attache à voir ce qui se passe dans les plus petites organisations non gouvernementales qui, bien qu'elles soient petites et que leurs effets peuvent sembler marginaux, deviennent de plus en plus nombreuses et occupent une place de plus en plus grande dans les soins prodigués aux migrants aux frontières de l'Europe. Elles ont la particularité de fonctionner en parallèle du système étatique et d'introduire des acteurs non professionnels dans des structures humanitaires auparavant occupées par des organisations plus institutionnalisées. Cette perspective mineure est directement pertinente à la compréhension de la réalité des migrants à Lesbos et du dispositif humanitaire qui se met en place aux frontières européennes depuis 2015.

Ethnographier une petite ONG permet de diversifier les perspectives des médecins humanitaires. La réalité des médecins avec qui j'ai travaillé reste différente de celles des médecins dans de grandes ONG médicales, comme MSF, de laquelle on peut s'attendre que des

programmes de formation aient été mis en place pour appréhender et gérer les « stratégies » des demandeurs. Or, dans le cas de cette étude, aucune politique claire ou formation n'abordait directement cette question pour les médecins qui venaient travailler – faute de temps et de ressources. Ainsi, j'ai pu accéder aux réactions spontanées et aux premières réflexions des médecins sur les paradoxes et les enjeux entourant leur travail au sein du dispositif humanitaire aux frontières de l'Europe. En d'autres termes, c'est parce que plusieurs des médecins participants à l'étude étaient bénévoles et en étaient à leurs premières expériences de médecine humanitaire, parce que les formations qu'ils avaient reçues étaient *ad hoc* et rapides et parce que, finalement, j'ai travaillé à leurs côtés et développé des relations de confiance avec eux, que j'ai pu recueillir leurs perspectives « à chaud », avant qu'ils se soient installés dans une habitude des paradoxes de l'humanitaire (habitude suite à laquelle les paradoxes se normalisent).

Ma contribution permet aussi de penser de façon originale l'utilisation du corps souffrant en tant que ressource, puisqu'elle situe cette logique dans un contexte différent que celui dans lequel elle a été étudiée auparavant. En effet, la rhétorique de l'utilisation du corps souffrant a d'abord été relevée dans le contexte français, à la fois par les personnes sans papier à travers la clause humanitaire (Fassin 2001, Ticktin 2011a; 2011b) et par les demandeurs d'asile, à travers les certificats médicaux (d'Halluin-Mabillot 2012, Fassin et d'Halluin 2005). Dans le premier cas – celui de la clause humanitaire permettant d'obtenir un titre de séjour pour certaines personnes gravement malades et incapables de recevoir des soins dans leur pays d'origine –, deux différences majeures sont à retenir. Tout d'abord, cette clause s'appuie, en France, sur un cadre bureaucratique beaucoup plus clair qu'à Lesbos. En effet, comme je le rappelle au début de la conclusion, le cadre bureaucratique dans lequel les migrants de l'île tenter d'utiliser leur corps comme ressource est souple, flexible, informel et imprévisible, ce qui permet une plus grande créativité dans l'utilisation de cette ressource. De ce contexte résulte aussi une incertitude radicale quant au résultat de la mobilisation du corps malade. Ensuite, la deuxième différence est celle entre « rester » et « partir » : comme les demandeurs d'asile avec lesquels j'ai travaillé ne sont pas encore en Europe – mais bien maintenus dans la zone-frontière –, leurs corps malades sont utilisés non pas pour rester en Europe, comme c'est le cas en France, mais bien pour finalement y arriver (souvent formulé, sur le terrain, sous la forme « quitter l'île »). La rhétorique de la mobilisation du corps malade change donc subtilement dans la zone-frontière,

en ce qu'elle est une zone de passage où le corps malade agit plutôt comme un laisser-passer vers l'Europe que comme un titre de séjour.

Pour ce qui est des certificats médicaux produits pour appuyer les dossiers de demandeurs d'asile, bien que ma recherche s'appuie sur les réflexions d'Estelle d'Halluin-Mabillot et de Didier Fassin à ce sujet, elle étend leurs réflexions à d'autres documents médicaux qui ne sont pas nécessairement produits dans l'objectif d'appuyer les demandes d'asile. C'est donc la même logique qui est en place, celle de documents comme traces écrites imbues d'un pouvoir, celui de l'autorité du médecin d'attester des souffrances, et qui agissent comme preuve, mais cette logique est réappropriée de façon encore plus créative par les demandeurs d'asile et, avec le dossier médical devenu mobile et transporté par les demandeurs, elle échappe en partie au contrôle des médecins. Ma recherche permet donc de coupler les analyses d'Estelle d'Halluin-Mabillot avec celles de l'anthropologie de la bureaucratie, à partir de l'idée que les documents constituent une technologie flexible, qui est utilisée et dont la fonction est détournée par les demandeurs d'asile, pour agir au final à l'instar des certificats médicaux analysés par d'Halluin-Mabillot.

Finalement, ma contribution étend et complexifie l'idée de résistance des personnes migrantes, à partir d'un concept d'agentivité qui permet d'appréhender la multiplicité des formes de résistance et aussi leur potentielle duplicité – leurs conséquences inattendues. J'espère avoir pu exposer une forme de résistance dont je suis convaincue qu'elle est « forcée » par la dureté des structures, par l'inhumanité des conditions de vie imposées aux demandeurs d'asile. Une résistance qui, loin d'être le symptôme de migrants menteurs ou immoraux, est leur réaction normale et nécessaire à la préservation d'une humanité qui n'est pas garantie par l'Europe et ce, malgré l'engagement des États à la protéger. Une résistance aussi qui, malheureusement, a des effets de ressac dont les conséquences violentes se font sentir encore sur les mêmes qui cherchent à survivre.

Bibliographie

Abranches, Maria et Hasselberg, Inês. 2018. « Migration ». *The International Encyclopedia of Anthropology*, Hilary Callan (dir.), Éd. John Wiley & Sons, 1–12.

Afouxenidis, Alex, Petrou, Michalis, Kandyliis, George, George, Tramountanis, Angelo et Giannaki, Dora. 2017. « Dealing with a Humanitarian Crisis: Refugees on the Eastern EU Border of the Island of Lesbos ». *Journal of Applied Security Research* 12 (1): 7–39.

Agamben, Giorgio. 1997. *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*. (Trad. Marilène Raiola). Paris: Seuil, 213 p.

———. 2007. *Qu'est-ce qu'un dispositif?*. Paris: Payot, 50 p.

Agier, Michel. 2008. *Gérer les indésirables : des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*. Paris : Flammarion, 349 p.

———. 2011. « L'encampement du monde ». *Plein droit*, no. 90 (Décembre): 21–24.

———. 2016a. *Borderlands: Towards an Anthropology of the Cosmopolitan Condition*.

Trad. David Fernbach. Polity Press,

———. 2016b. « Urgence et attente. Enquête sur le temps dans les camps contemporains ».

Écrire l'histoire. Histoire, Littérature, Esthétique, no. 16 (Septembre): 175–83.

Agier, Michel (dir.). 2014. *Un monde de camps*. Paris: La Découverte, 350 p.

Agier, Michel et Madeira, Anne-Virginie (dir.). 2017. *Définir les réfugiés*. Presses universitaires de France, 109 p.

Akoka, Karen. 2017. « Distinguer les réfugiés des migrants au XXe siècle ». *Définir les réfugiés*, Michel Agier et Anne-Virginie Madeira (dir.), 47–68.

Allen, William, Bridget Anderson, Bridget, Van Hear, Nicholas, Sumption, Madeleine Sumption, Düvell, Franck, Hough, Jennifer, Rose, Lena, Humphris, Rachel et Walker, Sarah. 2018. « Who Counts in Crises? The New Geopolitics of International Migration and Refugee Governance » *Geopolitics*, 23 (1): 217–43

Anderson, Bridget. 2015 [2013]. *Us and Them?: The Dangerous Politics of Immigration Control*. New York; Oxford: Oxford University Press, 209 p.

Andersson, Ruben. 2014. *Illegality, Inc.: Clandestine Migration and the Business of Bordering Europe*, Oakland : University of California Press, 361 p.

———. 2016. « Europe's Failed 'Fight' against Irregular Migration: Ethnographic Notes on a Counterproductive Industry ». *Journal of Ethnic and Migration Studies* 42 (7): 1055–1075.

ANSAMed. 2018. « State Must Keep Promises over Migrants, Says Lesbos Mayor - Greece » September 3, 2018.

http://www.ansamed.info/ansamed/en/news/nations/greece/2018/09/03/state-must-keep-promises-over-migrants-says-lesvos-mayor_ebaf9bd6-3091-4395-ad41-1f4e011e7aed.html, consulté le 31 décembre 2019.

Appadurai, Arjun. 1986. *The Social Life of Things: Commodities in Cultural Perspective*. Cambridge University Press, 329 p.

Arendt, Hannah. 1976 [1951]. *The Origins of Totalitarianism*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt, 576 p.

Are You Syrious?. 2018. « AYS DAILY DIGEST 11/01/18: EuroRelief: Evangelical Organisation Providing More Harm than Aid To.... ». *Medium*.

<https://medium.com/@AreYouSyrious/ay-s-daily-digest-11-01-2018-eurorelief-u-s-807717ec51f8>, consulté le 31 décembre 2019.

Atak, Idil et Crépeau, François. 2014. « La gestion des frontières extérieures de l'Union Européenne : relever le défi des droits de l'homme / Managing Migrations at the External Borders of the European Union : Meeting the Human Rights Challenges » *European Journal of Human Rights*, no. 5: 591–622.

- Bahadır, Şebnem. 2004. « Moving In-Between: The Interpreter as Ethnographer and the Interpreting-Researcher as Anthropologist » *Meta : Journal des traducteurs / Meta: Translators' Journal* 49 (4): 805–821.
- Baird, Theodore. 2017. « Carrier Sanctions in Europe: A Comparison of Trends in 10 Countries ». *European Journal of Migration and Law* 19 (3): 307–334.
- Ballaskas, Stratis. 2018. « Le maire du village de Moria en grève de la faim (en grec) » *Lesvos News*, 24 juin 2018. <https://www.lesvosnews.net/articles/news-categories/politiki/se-apergia-peinas-o-proedros-tis-morias-moria-sos-doste-lysi-tora>, consulté le 31 décembre 2019.
- BBC. 2015. « Migrants Follow Perilous Route to Germany » *BBC News*, 26 août 2015. <https://www.bbc.com/news/world-europe-34039968>, consulté le 31 décembre 2019.
- Ben Farhat, Jihane, Blanchet, Karl, Bjertrup, Pia Juul, Veizis, Apostolos, Perrin, Clément, Coulborn, Rebecca M., Mayaud, Philippe et Cohuet, Sandra. 2018. « Syrian Refugees in Greece: Experience with Violence, Mental Health Status, and Access to Information during the Journey and While in Greece ». *BMC Medicine* 16 (1): 40.
- Bendixsen, Synnøve K. N. 2016. « The Refugee Crisis: Destabilizing and Restabilizing European Borders ». *History and Anthropology* 27 (5): 536–554.
- Berg, Marc. 1996. « Practices of Reading and Writing: The Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work ». *Sociology of Health & Illness* 18 (4): 499–524.
- Berg, Marc et Bowker, Geoffrey. 1997. « The Multiple Bodies of the Medical Record: Toward a Sociology of an Artifact ». *The Sociological Quarterly* 38 (3): 513–537.
- Bernardot, Marc. 2008. *Camps d'étrangers*. Paris : Éditions du Croquant, 223 p.
- Bigo, Didier. 2005. « La mondialisation de l'(in)sécurité ? Réflexions sur le champ des

professionnels de la gestion des inquiétudes et analytique de la transnationalisation des processus d’(in)sécurisation ». *Cultures & Conflits*, 58 (2) : 53–101.

———. 2011. « Frontières, Territoire, Sécurité, Souveraineté ». *CERISCOPE Frontières*. <http://ceriscope.sciences-po.fr/content/part1/frontieres-territoire-securite-souverainete>, consulté le 31 décembre 2019.

Bigo, Didier, Bocco, Riccardo et Piermay, Jean-Luc. 2009. « Logiques de marquage : murs et disputes frontalières ». *Cultures & Conflits*, 73 (1) 7–13.

Bornstein, Erica. 2003. *The Spirit of Development: Protestant NGOs, Morality and Economics in Zimbabwe*. London: Routledge, 213 p.

Bornstein, Erica et Redfield, Peter (dir.). 2011. *Forces of Compassion : Humanitarianism between Ethics and Politics*. School for Advanced Research Press, 300 p.

Broomfield, Matt. 2018. « The Abusive American-Christian NGO with a Stranglehold on Refugees’ Lives ». *The New Arab*, 1er mai 2018. <https://www.alaraby.co.uk/english/indepth/2018/5/1/the-abusive-ngo-with-a-stranglehold-on-refugees-lives>, consulté le 31 décembre 2019.

Brown, John Seely et Duguid, Paul. 1996. « The Social Life of Documents ». *First Monday* 1 (1), <https://firstmonday.org/article/view/466/387>, consulté le 31 décembre 2019.

Cabot, Heath. 2012. « The Governance of Things: Documenting Limbo in the Greek Asylum Procedure ». *PoLAR: Political and Legal Anthropology Review* 35 (1): 11–29.

———. 2013. « The Social Aesthetics of Eligibility: NGO Aid and Indeterminacy in the Greek Asylum Process ». *American Ethnologist* 40 (3): 452–66.

———. 2014. *On the Doorstep of Europe: Asylum and Citizenship in Greece*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 272 p.

———. 2016. « The Mediterranean Refugee Crisis, A Response to Evthymios Papataxiarchis ». *Anthropology Today* 32 (5): 26.

Calhoun, Craig. 2004. « A World of Emergencies: Fear, Intervention, and the Limits of Cosmopolitan Order ». *Canadian Review of Sociology* 41 (4): 373–395.

Caloz-Tschopp, Marie-Claire. 2004. *Les étrangers aux frontières de l'Europe et le spectre des camps*. Paris : La Dispute, 252 p.

Cantat, Céline. 2018. « The Politics of Refugee Solidarity in Greece: Bordered Identities and Political Mobilization » Working Paper Series, Center for Policy Studies Budapest, 23 p.

Cantat, Celine, Feischmidt, Margit et Pries, Ludger. (dir.). 2019. *Refugee Protection and Civil Society in Europe*. Palgrave Macmillan, 379 p.

de Certeau, Michel. 1990. *L'invention du quotidien I. Arts de Faire*. Paris : Gallimard, 350 p.

Charsley, Katharine et Wray, Helena. 2015. « Introduction: The Invisible (Migrant) Man ». *Men and Masculinities*, 18 (4): 403–423.

Châtelot, Christophe. « En Guinée, un massacre sans procès ». *Le Monde Afrique*, 18 octobre 2018. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2018/10/18/en-guinee-un-massacre-sans-proces_5371311_3212.html, consulté le 31 décembre 2019.

Choucair, Cynthia. 2018. *Counting Tiles*. Film documentaire. Liban, 85 min.

Chouliakari, Lilie, et Georgiou, Myria. 2017. « Hospitality: The Communicative Architecture of Humanitarian Securitization at Europe's Borders. » *Journal of Communication* 67: 157–80.

Christodoulou, Yannis, Papada, Evie, Papoutsis, Anna et Vradis, Antonis. 2016. « Crisis or Zemblanity? Viewing the 'Migration Crisis' through a Greek Lens ». *Mediterranean Politics* 21 (2): 321–325.

Clayton, Jonathan et Holland, Hereward. 2015. « Plus d'un million de personnes ont rejoint l'Europe par la mer en 2015 ». Tim Gaynor (trad.). UNHCR. 30 décembre 2015.

<https://www.unhcr.org/fr/news/stories/2015/12/568a7825c/dun-million-personnes-rejoint-leurope-mer-2015.html>, consulté le 31 décembre 2019.

Clochard, Olivier. 2004. « Le jeu permanent des frontières dans le processus de mise à l'écart des réfugiés » *Geographica Timisiensis*, 13 (4), p. 39-52.

Centre national de ressources textuelles et linguistiques (CNRTL). 2012a.

« HUMANITAIRE : Définition de HUMANITAIRE ».

<https://www.cnrtl.fr/definition/humanitaire>, consulté le 31 décembre 2019.

———. 2012b. « STRATÉGIE : Définition de STRATÉGIE ».

<https://www.cnrtl.fr/definition/strat%C3%A9gie>, consulté le 31 décembre 2019.

Coutin, Susan Bibler. 2003. *Legalizing Moves: Salvadoran Immigrants' Struggle for U.S. Residency*. University of Michigan Press, 228 p.

Crépeau, François. 1995. *Droit d'asile : De l'hospitalité aux contrôles migratoires*. Bruxelles : Bruylant, 424 p.

Danish Refugee Council. 2017. « Fundamental Rights and the EU Hotspot Approach ».

Rapport. https://drc.ngo/media/4051855/fundamental-rights_web.pdf, consulté le 31 décembre 2019.

Daskalaki, Ivi et Nadina Leivaditi, Nadina. 2018. « Education and Hospitality in Liminal Locations for Unaccompanied Refugee Youths in Lesbos ». *Migration and Society* 1 (1): 51–65.

De Genova, Nicholas. 2017. *The Borders of "Europe": Autonomy of Migration, Tactics of Bordering*. Durham : Duke University Press, 363 p.

- Della Porta, Donatella (dir.). 2018. *Solidarity Mobilizations in the 'Refugee Crisis': Contentious Moves*. Palgrave Macmillan, 364 p.
- Dimitriadi, Angeliki. 2017. « Governing Irregular Migration at the Margins of Europe. The Case of Hotspots on the Greek Islands ». *Etnografia e Ricerca Qualitativa*, 1/2017, p.75–96.
- Dortier, Jean-François, (dir.) 2013 « Reconnaissance ». *Le dictionnaire des sciences sociales*. Auxerre: Sciences humaines, p.296–298.
- Ekathimerini. 2018. « No Relief in Sight for Moria Migrant Camp on Lesbos ». *Ekathimerini*, 5 septembre 2018. <http://www.ekathimerini.com/232331/article/ekathimerini/news/no-relief-in-sight-for-moria-migrant-camp-on-lesvos>, consulté le 31 décembre 2019.
- Eleftherakos, Christos, van den Boogaard, Wilma, Barry, Declan, Severy, Nathalie, Kotsioni, Ioanna et Roland-Gosselin, Louise. 2018. « 'I Prefer Dying Fast than Dying Slowly', How Institutional Abuse Worsens the Mental Health of Stranded Syrian, Afghan and Congolese Migrants on Lesbos Island Following the Implementation of EU-Turkey Deal ». *Conflict and Health* 12 (1): 38, publié en ligne. doi: 10.1186/s13031-018-0172-y.
- Eule, Tobias G., Borrelli, Lisa Marie, Lindberg, Annika et Wyss, Anna. 2019. *Migrants before the Law: Contested Migration Control in Europe*, Palgrave Macmillan, 264 p.
- Euronews. 2019. « Baby Dies in Moria Migrant Camp, MSF Reveals ». *Euronews*, 17 novembre 2019. <https://www.euronews.com/2019/11/17/baby-dies-in-moria-migrant-camp-msf-reveals>, consulté le 31 décembre 2019.
- European Council. 2016. « EU-Turkey Statement, 18 March 2016 ». Communiqué de presse. <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2016/03/18/eu-turkey-statement/pdf>, consulté le 31 décembre 2019.

European Council on Refugees and Exiles. 2017. « Interview: Asylum Procedure Based on Nationality Rather than on Merit – the Situation of Pakistani Asylum Applicants under the EU Turkey Deal ». 8 décembre 2017. <https://www.ecre.org/interview-asylum-procedure-based-on-nationality-rather-than-on-merit-the-situation-of-pakistani-asylum-applicants-under-the-eu-turkey-deal/>, consulté le 31 décembre 2019.

Fassin, Didier. 2001a. « Charité bien ordonnée: Principes de justice et pratiques de jugement dans l'attribution des aides d'urgence ». *Revue française de sociologie*, 42 (3): 437-475.
———. 2001b. «« Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers » *Sciences Sociales et Santé* 19 (4): 5–34.
———. 2007. « Humanitarianism as a Politics of Life ». *Public Culture* 19 (3): 499–520.
———. 2010. *La raison humanitaire: une histoire morale du temps présent*. Paris: Gallimard, 358 p.
———. 2011. « Policing Borders, Producing Boundaries. The Governmentality of Immigration in Dark Times » *Annual Review of Anthropology* 40 (1): 213–226.

Fassin, Didier et d'Halluin, Estelle. 2005. « The Truth from the Body: Medical Certificates as Ultimate Evidence for Asylum Seekers ». *American Anthropologist* 107 (4): 597–608.
———. 2007. « Critical Evidence: The Politics of Trauma in French Asylum Policies ». *Ethos* 35 (3): 300–329.

Fassin, Didier et Pandolfi, Mariella. 2013. *Contemporary States of Emergency: The Politics of Military and Humanitarian Interventions*. New York: Zone Books, 408 p.

Favret-Saada, Jeanne. 1977. *Les mots, la mort, les sorts*. Paris: Gallimard, 332 p.

Feldman, Ilana. 2018. *Life Lived in Relief: Humanitarian Predicaments and Palestinian Refugee Politics*. University of California Press, 320 p.

Feldman, Ilana, et Ticktin, Miriam Iris. 2013. *In the Name of Humanity: The Government of Threat and Care*. Durham : Duke University Press, 380 p.

Ferréol, Gilles (dir.). 2012. « Reconnaissance ». *Dictionnaire de l'altérité et des relations interculturelles*. Paris: Armand Colin, 300–302.

Fettouche, Cédric. 2018. « Lesvos 3W Map: NGOs and Services 11.07.2019 - Who? Where? What? ». Tableau distribué en ligne sur le groupe Facebook *Information Point for Lesvos Volunteers*, bit.ly/3Wlesvos, consulté le 31 décembre 2019.

Fischer, Nicolas. 2005. « Clandestins au secret. Contrôle et circulation de l'information dans les centres de rétention administrative français » *Cultures & Conflits*, no. 57 (Mars): 91–118.
———. 2007. « Entre urgence et contrôle. Éléments d'analyse du dispositif contemporain de rétention administrative pour les étrangers en instance d'éloignement du territoire » *Recueil Alexandries*, Collections Esquisses, février 2007, <http://www.reseau-terra.eu/article560.html>.
———. 2015. « The Management of Anxiety. An Ethnographical Outlook on Self-Mutilations in a French Immigration Detention Centre » *Journal of Ethnic and Migration Studies* 41 (4): 599–616.

Foucault, Michel. 1977. « Le jeu de Michel Foucault ». *Dits et écrits II, 1976-1988*. Michel Foucault. Paris: Quarto/Gallimard, p.298-329.

Fusaschi, Michela. 2010. « Victimes à tout jamais. Les enfants et les femmes d'Afrique: rhétoriques de la pitié et humanitarisme spectacle ». *Cahiers d'Études Africaines*, 50 (198/200): 1033–1053.

Gale, Lacey Andrews. 2007. « Bulgur Marriages and 'Big' Women: Navigating Relatedness in Guinean Refugee Camps » *Anthropological Quarterly* 80 (2): 355–378.

Gibney, Matthew J. 2006. « A Thousand Little Guantanos : Western States and Measures to Prevent the Arrival of Refugee ». *Displacement, Asylum, Migration: The Oxford Amnesty Lectures 2004*, Kate E. Tunstall (dir.). Oxford; New York: Oxford University Press, p.139–169.

Greek Council for Refugees. 2018. « Bordelines of Despair : First-Line Reception of Asylum Seekers at the Greek Borders ». Rapport, 25 mai 2018.

<https://www.gcr.gr/media/k2/attachments/SCIZReportZfinalZPDF.pdf>, consulté le 31 décembre 2019.

———. 2019. « Asylum Procedure : Greece ». Rapport, 29 mars 2019.

<http://www.asylumineurope.org/reports/country/greece/>, consulté le 31 décembre 2019.

Green, Sarah. 2013. « Borders and the Relocation of Europe » *Annual Review of Anthropology* 42 (1): 345–361.

———. 2017. « When Infrastructures Fail: An Ethnographic Note in the Middle of an Aegean Crisis ». *Infrastructures and Social Complexity: A Companion*, Penelope Harvey, Casper Bruun Jensen et Atsuro Morita (dir.). London : Routledge, 271–283.

Griffiths, Melanie. 2015. “‘Here, Man Is Nothing!’: Gender and Policy in an Asylum Context.” *Men and Masculinities* 18 (4): 468–488.

Grotti, Vanessa, Malakasis, Cynthia, Quagliariello, Chiara, et Sahraoui, Nina. 2019.

« Temporalities of Emergency: Migrant Pregnancy and Healthcare Networks in Southern European Borderlands ». *Social Science & Medicine*, 222 (février): 11-19.

Haince, Marie-Claude. 2010. “Au cœur des institutions d’immigration : Dispositifs, gestion et contrôle migratoire au Canada.” Thèse de doctorat, Université de Montréal, École des Hautes Études en Sciences Sociales.

———. 2014. « Ethnography on the Sidelines: Immigration Control and Management in Canada ». *Etnografia e ricerca qualitativa* 2014 (1) : 49–70.

d'Halluin, Estelle. 2004. « Comment produire un discours légitime ? » *Plein droit* n° 63 (4): 30–33.

d'Halluin-Mabillot, Estelle. 2012. *Les épreuves de l’asile: Associations et réfugiés face aux*

politiques du soupçon. Paris : Éditions de l'EHESS, 302 p.

Harrell-Bond, Barbara. 1994. « Pitch the Tents. An Alternative to Refugee Camps ». *New Republic*, 19 septembre 1994, p.15-19.

Hatton, Timothy J. 2011. *Seeking Asylum: Trends and Policies in the OECD*. Londres : Centre for Economic Policy Research, 100 p.

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH). « Convention relative au statut des réfugiés ».

<https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/StatusOfRefugees.aspx>. Consulté le 17 septembre 2019.

Hermans, Maaïke P. J., Kooistra, Jelmer, Cannegieter, Suzanne C., Rosendaal, Frits R., Mook-Kanamori, Dennis O. et Nemeth, Banne. 2017. « Healthcare and Disease Burden among Refugees in Long-Stay Refugee Camps at Lesbos, Greece ». *European Journal of Epidemiology* 32 (9): 851–854.

Herzfeld, Michael. 1992. *The Social Production of Indifference : Exploring the Symbolic Roots of Western Bureaucracy*. Chicago : University of Chicago Press, 207 p.

Hoffman, Sophia. 2017. « Humanitarian Security in Jordan's Azraq Camp ». *Security Dialogue* 48 (2): 97–112.

Horst, Cindy. 2006. *Transnational Nomads: How Somalis Cope with Refugee Life in the Dadaab Camps of Kenya*. New York : Berghahn Books, 252 p.

Hull, Matthew S. 2012. « Documents and Bureaucracy ». *Annual Review of Anthropology* 41 (Octobre): 251–267.

Human Right Watch & al. 2017. « Joint Letter to Prime Minister Tsipras Re Deteriorating

Conditions for Asylum Seekers Trapped on the Aegean Islands ». 23 octobre 2017.
<https://www.hrw.org/news/2017/10/23/joint-letter-prime-minister-tsipras-re-deteriorating-conditions-asylum-seekers>, consulté le 31 décembre 2019.

Huschke, Susann. 2014. « Performing Deservingness. Humanitarian Health Care Provision for Migrants in Germany » *Social Science & Medicine* 120 (Novembre): 352–359.

Huysmans, Jef. 2000. « The European Union and the Securitization of Migration ». *Journal of Common Market Studies* 38 (5): 751–777.

———. 2008. *The Politics of Insecurity : Fear, Migration and Asylum in the EU*. London: Routledge, 191 p.

International Rescue Committee. 2018. « Unprotected, Unsupported, Uncertain : Recommendations to Improve the Mental Health of Asylum Seekers on Lesbos ». Rapport, septembre 2018.
<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/unprotectedunsupporteduncertain24092018finalen.pdf>.

Intrand, Carole et Perrouy, Pierre-Arnaud. 2005. « La diversité des camps d'étrangers en Europe : présentation de la carte des camps de Migreurop ». *Cultures & Conflits* 57: 71–90.

Kalir, Barak et Rozakou, Katerina. 2016. « Giving Form to Chaos: The Futility of EU Border Management at Moria Hotspot in Lesbos ». *Society & Space - Governing mobility through European Hotspots Centres Forum* (Novembre). <http://societyandspace.org/2016/11/16/giving-form-to-chaos-the-futility-of-eu-border-management-at-moria-hotspot-in-lesvos/>.

Kingsley, Patrick. 2015. « Balkan Countries on Refugee Route Adopt More Pragmatic Tactics ». *The Guardian*, 9 septembre 2015,
<https://www.theguardian.com/world/2015/sep/09/balkan-countries-refugee-route-more-pragmatic-tactics>.

———. 2016a. « Aid Workers Accused of Trying to Convert Muslim Refugees at Greek

Camp ». *The Guardian*, 2 août 2016. <https://www.theguardian.com/world/2016/aug/02/aid-workers-accused-of-trying-to-convert-muslim-refugees-greek-camp-detention-centre-lesvos-christianity>.

———. 2016b. “The Death of Alan Kurdi: One Year on, Compassion towards Refugees Fades.” *The Guardian*, 2 septembre 2016.

<https://www.theguardian.com/world/2016/sep/01/alan-kurdi-death-one-year-on-compassion-towards-refugees-fades>.

Kingsley, Patrick, Rawlinson, Kevin, Murray, Warren et Graham-Harrison, Emma. 2015. « First Refugees Arrive from Hungary after Austria and Germany Open Borders ». *The Guardian*, 5 septembre 2015. <https://www.theguardian.com/world/2015/sep/05/refugees-travelling-from-hungary-can-enter-germany-and-austria>.

Knott, Alexandra. 2017. « Guests on the Aegean: Interactions between Migrants and Volunteers at Europe’s Southern Border ». *Mobilities* 13 (3): 349–366.

Kobelinsky, Carolina. 2010. *L’accueil des demandeurs d’asile: Une ethnographie de l’attente*. Paris : Éditions du Cygne, 270 p.

Kobelinsky, Carolina et Makaremi, Chowra (dir.). 2009. *Enfermés dehors. Enquêtes sur le confinement des étrangers*. Bellecombe-en-Bauges : Éditions du Croquant, 335 p.

Krause, Kristine, Netz, Sabine, Lempp, Sarah et Schramm, Katharina (dir.). 2019. « Claiming citizenship rights through the body multiple ». *Citizenship Studies*, 23 (7).

Labropoulou, Elinda et John, Tara. 2019. « Fatal Fire at Packed Refugee Camp Sparks Riots among Residents » *CNN*, 30 septembre 2019.

<https://www.cnn.com/2019/09/30/europe/lesbos-moria-refugee-camp-greece-fire-riots-intl/index.html>, consulté le 31 décembre 2019.

Lantero, Caroline. 2008. « L’« européenisation » des politiques d’asile en Amérique du nord »

Revue Asylon(s), no. 4. <http://www.reseau-terra.eu/article769.html>, consulté le 31 décembre 2019.

Lawrance, Benjamin N. 2018. « Ebola's Would-Be Refugees: Performing Fear and Navigating Asylum During a Public Health Emergency ». *Medical Anthropology* 37 (6): 514–32.

Le Monde. 2018. “En Grèce, les employés du camp migratoire de Lesbos en grève pour dénoncer la surpopulation,” 7 septembre 2018. https://www.lemonde.fr/international/article/2018/09/07/en-grece-les-employes-du-camp-migratoire-de-lesbos-en-greve-pour-denoncer-la-surpopulation_5351812_3210.html, consulté le 31 décembre 2019.

Legal Centre Lesvos. 2018. « January 2018 Report on Rights Violations and Resistance in Lesvos » 10 février 2018. <http://legalcentrelesvos.org/2018/02/10/january-2018-report-on-rights-violations-and-resistance-in-lesvos/>, consulté le 31 décembre 2019.

———. 2019. « Ongoing Criminalization of Refugee Protests - Upcoming Trials against Migrants on Lesvos » 19 février 2019, <https://dm-aegean.bordermonitoring.eu/2019/02/19/ongoing-criminalization-of-refugee-protests-upcoming-trials-against-migrants-on-lesvos/>, consulté le 31 décembre 2019.

Lima, Mauricio. 2018. *Migrants Buying Food at a Stall Set up between the Makeshift Camp and the Military-Run Moria Camp*. Photographie. The New York Times. <https://www.nytimes.com/2018/10/02/world/europe/greece-lesbos-moria-refugees.html>.

Lindberg, Annika et Borrelli, Lisa Marie. 2019. « Let the right one in? On European migration authorities' resistance to research ». *Social Anthropology* 27 (S1): 17–32.

Luchner, Carmen Delgado. 2017. « The ‘Interpreter Factor’ in Ethnographic Fieldwork » *Interpreting Ideas* (blog). 25 octobre 2017. <https://interpreting-ideas.com/2017/10/25/the-interpreter-factor-in-ethnographic-fieldwork>, consulté le 31 décembre 2019.

Luchner, Carmen Delgado et Kherbiche, Leïla. 2019. « Ethics Training for Humanitarian Interpreters Working in Conflict and Post-Conflict Settings » *Journal of War & Culture Studies* 12 (3): 251–267.

Maillet, Pauline, Mountz, Alison et Williams, Keegan. 2017. « Researching Migration and Enforcement in Obscured Places: Practical, Ethical and Methodological Challenges to Fieldwork ». *Social & Cultural Geography* 18 (7): 927–950.

Makaremi, Chowra. 2008a. « Les “zones de non-droit” : un dispositif pathétique de la démocratie ». *Anthropologie et Sociétés* 32 (3): 81–98.

———. 2008b. « Participer en observant. Étudier et assister les étrangers aux frontières ». *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*, Didier Fassin et Alban Bensa (dir.) Paris : La Découverte, p.165–183.

———. 2008c. « Pénalisation de la circulation et reconfigurations de la frontière : le maintien des étrangers en “zone d’attente” ». *Cultures & Conflits* 71: 55–73.

Malkki, Liisa. 1996. “Speechless Emissaries: Refugees, Humanitarianism, and Dehistoricization.” *Cultural Anthropology* 11 (3): 377–404.

Martin, Lauren et Tazzioli, Martina. 2016. « Governing Mobility Through the European Union’s ‘Hotspot’ Centres, a Forum (Introduction) » *Society & Space - Governing mobility through European Hotspots Centres Forum* (Novembre).

<http://societyandspace.org/2016/11/08/governing-mobility-through-the-european-unions-hotspot-centres-a-forum/>

Mbembe, Achille. 2001. « Chapter 5 : Out of the World ». *On the Postcolony*. Berkeley: University of California Press, p.102-41.

McKenney, Katharine. 2018. « But, Seriously: What About the Men? » *Omprakash* (blog). 10 mai 2018. [https://www.omprakash.org/blog/but--seriously--what-about-the-men-](https://www.omprakash.org/blog/but--seriously--what-about-the-men-?fbclid=IwAR2ZCBx647Jkk9OAb0wS6Do4Fb52nEgKCKImI09uU2C4UXAG7jcwBWIUUI)

[?fbclid=IwAR2ZCBx647Jkk9OAb0wS6Do4Fb52nEgKCKImI09uU2C4UXAG7jcwBWIUUI](https://www.omprakash.org/blog/but--seriously--what-about-the-men-?fbclid=IwAR2ZCBx647Jkk9OAb0wS6Do4Fb52nEgKCKImI09uU2C4UXAG7jcwBWIUUI)

g.

McKinnon, Sara L. 2009. « Citizenship and the Performance of Credibility: Audiencing Gender-Based Asylum Seekers in U.S. Immigration Courts ». *Text and Performance Quarterly* 29 (3): 205–521.

Médecins du Monde, Délégation hellénique. 2017. « Report on the Situation in the Reception & Identification Center of Moria Lesvos » 31 janvier 2017. <https://mdmgreece.gr/app/uploads/2017/03/Report-on-the-Situation-Moria-Hotspot-January-2017.pdf>, consulté le 31 décembre 2019.

Médecins Sans Frontières. 2017. « Confronting the Mental Health Emergency on Samos and Lesvos ». Rapport, octobre 2017. <https://www.msf.org/sites/msf.org/files/2018-06/confronting-the-mental-health-emergency-on-samos-and-lesvos.pdf>, consulté le 31 décembre 2019.

———. 2018a. « Refugees Further Traumatized by Conditions in Greece’s Moria Camp ». 20 juillet 2018. <https://www.doctorswithoutborders.org/what-we-do/news-stories/story/refugees-further-traumatized-conditions-greeces-moria-camp>, consulté le 31 décembre 2019.

———. 2018b. « Child Refugees in Lesbos Are Increasingly Self-Harming and Attempting Suicide ». 17 septembre 2018. <https://www.msf.org/child-refugees-lesbos-are-increasingly-self-harming-and-attempting-suicide>, consulté le 31 décembre 2019.

Migreurop. 2018. « Procès Des ‘Moria 35’ : Chronique d’un Verdict Annoncé » 30 août 2018. <http://www.migreurop.org/article2893.html>, consulté le 31 décembre 2019.

Minn, Pierre. 2007. « Toward an Anthropology of Humanitarianism ». *Journal of Humanitarian Assistance*. <https://sites.tufts.edu/jha/archives/51>, consulté le 31 décembre 2019.

Nakache, Delphine, Hudson, Graham Hudson et Atak, Idil. 2018. « Editorial : Special Issue, The Criminalisation of Migration and Asylum: A Comparative Analysis of Policy Consequences and Human Rights Impact ». *Journal of Migration and Border Studies* 4 (4):

281–286.

Norman, Julie. 2011. “Got Trust? The Challenge of Gaining Access in Conflict Zones.” In *Surviving Field Research: Working in Violent and Difficult Situations*, edited by Chandra Lekha Sriram, John C. King, Julie A. Mertus, Olga Martin-Ortega, and Johanna Herman. London: Routledge.

Oikonomakis, Leonidas. 2018. « Solidarity in Transition: The Case of Greece ». *Solidarity Mobilizations in the “Refugee Crisis”*. *Contentious Moves*, Donatella Della Porta (dir.). Palgrave Macmillan, p.65–98.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 1995. « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie ». *Enquête. Archives de la revue Enquête*, no. 1 (Octobre): 71–109.

Oxfam. 2019. “Vulnerable and Abandoned. How the Greek Reception System Is Failing to Protect the Most Vulnerable People Seeking Asylum.” Oxfam media briefing. https://www-cdn.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/2019-01_greece_media_briefing_final.pdf.

Oxfam et al. 2017. « Transitioning to a Government-Run Refugee and Migrant Response in Greece. A Joint NGO Roadmap for More Fair and Humane Policies ». Note de breffage commun entre plusieurs agences. https://www-cdn.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/greece_roadmap_oxfam_final.pdf, consulté le 31 décembre 2019.

———. 2019. « NGOs Calling on European Leaders to Urgently Take Action to End the Humanitarian and Human Rights Crisis at Europe’s Borders », 14 mars 2019, <https://oxfam.app.box.com/v/3yearsEUTurkeyDeal>, consulté le 31 décembre 2019.

Pallister-Wilkins, Polly. 2016. « Hotspots and the Politics of Humanitarian Control and Care » *Society & Space - Governing mobility through European Hotspots Centres Forum* (Novembre). <http://societyandspace.org/2016/12/06/hotspots-and-the-politics-of-humanitarian-control-and-care/>.

- Pandolfi, Mariella. 2000. « L'industrie humanitaire : Une souveraineté mouvante et supracoloniale », *Multitudes*, 97 (3): 97–105.
- . 2003. « Contract of Mutual (in)Difference : Governance and the Humanitarian Apparatus in Contemporary Albania and Kosovo ». *Indiana Journal of Global Legal Studies*, 10 (1): 369–381.
- Pandolfi, Mariella et Corbet, Alice. 2011. « De l'humanitaire ». *Ethnologie Française*, 42 (3): 465–472.
- Panoutsopoulou, Magda. 2019. « Greece: Afghan Child Killed near Moria Refugee Camp » *Anadolu Agency*, 24 septembre 2019, <https://www.aa.com.tr/en/europe/greece-afghan-child-killed-near-moria-refugee-camp/1593182>, consulté le 31 décembre 2019.
- Panter-Brick, Catherine et Alane Abramowitz, Sharon Alane. 2015. *Medical Humanitarianism: Ethnographies of Practice*, University of Pennsylvania Press, 288 p.
- Papada, Evi et Papoutsi, Anna. 2016. « Post-Humanitarianism in Situ: Moria in Flames » *OpenDemocracy*. 29 septembre 2016. <https://www.opendemocracy.net/can-europe-make-it/evie-papada-anna-papoutsi/post-humanitarianism-in-situ-moria-in-flames>, consulté le 31 décembre 2019.
- Papataxiarchis, Evthymios. 2016a. « Being 'There': At the Front Line of the 'European Refugee Crisis' - Part 1 » *Anthropology Today* 32 (2): 5–9.
- . 2016b. « Being 'There': At the Front Line of the 'European Refugee Crisis' - Part 2 » *Anthropology Today* 32 (3): 3–7.
- . 2018. « At the Frontline of the European Refugee Crisis: An Ethnographic Overview ». Conférence, International Postgraduate Summer School “Cultures, Migrations, Borders,” Plomari, Lesvos, 4 juillet 2018.
- Papoutsi, Anna, Painter, Joe, Papada, Evi et Vrdis, Antonis. 2018. « The EC Hotspot Approach in Greece: Creating Liminal EU Territory ». *Journal of Ethnic and Migration Studies* 45 (12): 2200–2212.

Parkin, Joanna. 2013. *The Criminalisation of Migration in Europe: A State-of-the-Art of the Academic Literature and Research*. CEPS Papers in Liberty and Security in Europe, Centre for European Policy Studies, no. 61.

Pattni, Toral et Brun, Delphine. 2018. « Four Ways to Make Sure Gender in Emergencies Includes Men and Boys ». *Humanitarian Practice Network Blog*. 8 février 2018. <https://odihpn.org/blog/four-ways-make-sure-gender-emergencies-includes-men-boys/>, consulté le 31 décembre 2019.

Piché, Victor. 2008. « Les travailleurs migrants, nouveaux non-citoyens du monde ». *Possibles* 32 (3–4): 41–51.
———. 2015. « Les théories migratoires : vers un nouveau paradigme à la croisée de l'économie politique, le cosmopolitisme et les droits des migrants et migrantes » *Chaire Oppenheimer en droit international public* (blog). 2015. <https://francoiscrepeau.com/fr/sixth-post/>, consulté le 31 décembre 2019.

Pigg, Stacy Leigh, Erikson, Susan L. et Inglis, Kathleen Inglis. 2018. « Introduction: Document/Action: Power, Interests, Accountabilities » *Anthropologica*, 60 (1): 167-177.

Pillant, Laurence. 2016. « En Grèce, une crise migratoire chronique » *Plein droit* 111 (4): 31–34.

Pillant, Laurence et Tassin, Louise. 2015. « Lesbos, l'île aux grillages. Migrations et enfermement à la frontière gréco-turque ». *Cultures et Conflits* 99 (100): 25–55.

Pinos, Jaume Castan. 2009. « Building Fortress Europe? Schengen and the Cases of Ceuta and Melilla » *Centre for International Border Research*.
https://www.academia.edu/5854202/Building_Fortress_Europe_Schengen_and_the_Cases_of_Ceuta_and_Melilla.

Pizianou, Anthi. 2018. « 58 Ethnic Groups at 35 Celsius Degrees (en grec) » *Emprosnet*. 19 juillet 2018. <https://www.emprosnet.gr/prosfyges/58-ethnikotites-se-35-vathmoys-kelsiou>, consulté le 31 décembre 2019.

Rahola, Federico. 2007. « La forme-camp. Pour une généalogie des lieux de transit et d'internement du présent ». *Cultures & Conflits*, 68: 31–50.

Rajaram, Prem Kumar. 2002. « Humanitarianism and Representations of the Refugee ». *Journal of Refugee Studies*, 15 (3): 247–264.

Rakopoulos, Theodoros. 2016. « Solidarity : The Egalitarian Tensions of a Bridge-Concept ». *Social Anthropology* 24 (2): 142–151.

Rea, Andrea. 2009. « Laisser circuler, laisser enfermer : les orientations paradoxales d'une politique migratoire débridée en Europe ». *Enfermés dehors. Enquêtes sur le confinement des étrangers*, Carolina Kobelinsky et Chowra Makaremi (dir.). Bellecombe-en-Bauges : Éditions du Croquant, p. 265–280.

Redfield, Peter. 2011. « The Impossible Problem of Neutrality ». *Forces of Compassion. Humanitarianism Between Ethics and Politics*, Erica Bornstein et Peter Redfield (dir.). School for Advanced Research Press p.53–70.

Rodenhäuser, Tilman. 2014. « Another Brick in the Wall: Carrier Sanctions and the Privatization of Immigration Control ». *International Journal of Refugee Law*, 26 (2): 223–47.

Rodier, Claire. 2003. « Les camps d'étrangers, nouvel outil de la politique migratoire de l'Europe ». *Mouvements* 30 (5): 102–107.

Rousseau, Cécile et Foxen, Patricia. 2005. « Constructing and Deconstructing the Myth of the Lying Refugee. Paradoxes of Power and Justice in an Administrative Immigration Tribunal ». *Lying and Illness: Power and Performance*, Els van Dongen et Sylvie Fainzang (dir.).

Amsterdam: Het Spinhuis, p.56–91.

———. 2006. « Le mythe du réfugié menteur : un mensonge indispensable ? ». *L'Évolution Psychiatrique* 71 (3): 505–520.

Rozakou, Katerina. 2016. « Crafting the Volunteer: Voluntary Associations and the Reformation of Sociality ». *Journal of Modern Greek Studies* 34 (1): 79–102.

———. 2017a. « Nonrecording the 'European Refugee Crisis' in Greece: Navigating through Irregular Bureaucracy ». *Focaal* 2017 (77): 36–49.

———. 2017b. « Solidarity #Humanitarianism: The Blurred Boundaries of Humanitarianism in Greece » *Ethnofoor* 29 (2): 99–104.

———. 2017c. « Solidarity #humanitarianism: The Blurred Boundaries of Humanitarianism in Greece » *Allegra Lab* (blog). <http://allegralaboratory.net/solidarity-humanitarianism/>, consulté le 31 décembre 2019.

———. 2017d. « Access to a Hot Field: A Self-Reflexive Account of Research in the Moria Camp, Lesbos » *Oxford Law Border Criminologies* (blog). <https://www.law.ox.ac.uk/research-subject-groups/centre-criminology/centreborder-criminologies/blog/2017/11/access-hot-field>, consulté le 31 décembre 2019.

———. 2019. « 'How Did You Get in?' Research Access and Sovereign Power during the 'Migration Crisis' in Greece ». *Social Anthropology* 27 (S1): 68–83.

Rumford, Chris. 2006. « Theorizing Borders ». *European Journal of Social Theory*, 9 (2): 155–69.

Sandri, Elisa. 2018. « 'Volunteer Humanitarianism': Volunteers and Humanitarian Aid in the Jungle Refugee Camp of Calais ». *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44 (1): 65–80.

Scott, James. 1985. *Weapons of the weak : everyday forms of peasant resistance*. New Haven: Yale University Press, 389 p.

Serntedakis, Giorgios. 2017. « 'Solidarity' for Strangers A Case Study of 'Solidarity' Initiatives in Lesbos ». *Ethnofoor*, 29 (2): 83–98.

Sorgoni, Barbara. 2019. « What Do We Talk About When We Talk About Credibility? Refugee Appeals in Italy » *Asylum Determination in Europe: Ethnographic Perspectives*, Nick Gill et Anthony Good (dir.). Cham: Springer International Publishing, p.221–240.

Stevens, Dallah et Dimitriadi, Angeliki. 2018. « Crossing the Eastern Mediterranean Sea in Search of ‘Protection’ ». *Journal of Immigrant & Refugee Studies* 17 (3): 261–278.

Tassin, Louise. 2016. « Le mirage des hotspots ». *Savoir/Agir*, 36 (2): 39–45.

Theodossopoulos, Dimitrios. 2016. « Philanthropy or Solidarity? Ethical Dilemmas about Humanitarianism in Crisis-Afflicted Greece ». *Social Anthropology* 24 (2): 167–84.

Thomson, Marnie Jane. 2012. « Black Boxes of Bureaucracy: Transparency and Opacity in the Resettlement Process of Congolese Refugees ». *PoLAR: Political and Legal Anthropology Review* 35 (2): 186–205.

———. 2018. “What Documents Do Not Do: Papering Persecution and Moments of Recognition in a Congolese Refugee Camp.” *Anthropologica*, 60 (1): 223–235.

Ticktin, Miriam. 2011a. *Casualties of Care: Immigration and the Politics of Humanitarianism in France*. Berkeley: University of California Press, 295 p.

———. 2011b. « From Redundancy to Recognition. Transnational Humanitarianism and the Production of Nonmoderns ». *Forces of Compassion: Humanitarianism between Ethics and Politics*, Erica Bornstein et Peter Redfield (dir.), School of American Research Press, 175–98.

———. 2016. « What’s Wrong with Innocence » *Cultural Anthropology Website*. <https://culanth.org/fieldsights/902-what-s-wrong-with-innocence>, consulté le 31 décembre 2019.

Tomkinson, Sule, et Jonathan Miaz (dir). 2019. « Au cœur des politiques d’asile : perspectives ethnographiques ». *Politique et Sociétés*, 38 (1).

Topali, Pinelopi. 2018. « Anthropological Detours in Greece during the Refugee Crisis ». *Teaching Anthropology* (blog). 3 septembre 2018. <https://www.teachinganthropology.org/2018/09/03/anthropological-detours-in-greece-during-the-refugee-crisis/>, consulté le 31 décembre 2019.

Tsianos, Vassilis, Hess, Sabine et Karakayali, Serhat. 2009. « Migrations transnationales : Théorie et méthode d'analyse ethnographique des régimes frontaliers » Traduction de Chowra Makaremi. *Enfermés dehors. Enquêtes sur le confinement des étrangers*, Carolina Kobelinsky et Chowra Makaremi (dir.). Bellecombe-en-Bauges : Éditions du Croquant, p.299–317.

Turner, Lewis. 2016. « Are Syrian Men Vulnerable Too? Gendering The Syria Refugee Response ». *Middle East Institute*, 29 novembre 2016. <https://www.mei.edu/publications/are-syrian-men-vulnerable-too-gendering-syria-refugee-response>, consulté le 31 décembre 2019.

Turner, Simon. 2016. « What Is a Refugee Camp? Explorations of the Limits and Effects of the Camp ». *Journal of Refugee Studies*, 29 (2): 139–148.

UNHCR. 2015a. *Syrian Refugee Arrivals in Greece: Preliminary Questionnaire Finding*. <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/46542>, consulté le 31 décembre 2019.

———. 2015b. *Lesvos Island Snapshot - 31 Dec 2015*. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Daily_Arrival_Greece_31122015.pdf, consulté le 31 décembre 2019.

U.N. Human Rights Council. 2017. *Report of the Special Rapporteur on the Human Rights of Migrants on His Mission to Greece*. <http://www.refworld.org/docid/593a8b8e4.html>, consulté le 31 décembre 2019.

Valluy, Jérôme. 2007. « Solidarités et répressions envers les exilés : Le Maroc oriental sous pression de l'externalisation européenne de l'asile » *Revue Asylon(s)*, 2 (659).

Vandevoordt, Robin et Verschraegen, Gert. 2019. « Subversive Humanitarianism and Its

Challenges: Notes on the Political Ambiguities of Civil Refugee Support ». *Refugee Protection and Civil Society in Europe*, Celine Cantat, Margit Feischmidt et Ludger Pries (dir.), Palgrave Macmillan, 101–28.

Veisse, Arnaud. 2003. « Les lésions dangereuses ». *Plein droit*, 56, 32–35.

Verdirame, Guglielmo et Harrell-Bond, Barbara. 2005. *Rights in Exile. Janus-Faced Humanitarianism*. Berghahn Books, 416 p.

Vogt, Andrea. 2019. « Teenager Killed and Two Injured in Stabbing at Notorious Lesbos Refugee Camp ». *The Telegraph*, 25 août 2019.

<https://www.telegraph.co.uk/news/2019/08/25/teenager-killed-two-injured-stabbing-notorious-lesbos-refugee/>, consulté le 31 décembre 2019.

Vradis, Antonis, Evie Papada, Joe Painter, and Anna Papoutsis. 2019. *New Borders: Hotspots and the European Migration Regime*, Pluto Press, 144 p.

World Food Programme. 2018. *WFP Guinea – Country Brief*.

<https://reliefweb.int/report/guinea/wfp-guinea-country-brief-june-2018>, consulté le 31 décembre 2019.

Youkhana, Eva et Sutter, Ove. 2017. « Perspectives on the European Border Regime: Mobilization, Contestation and the Role of Civil Society ». *Social Inclusion*, 5 (3): 1–6.

Zetter, Roger. 1991. « Labelling Refugees: Forming and Transforming a Bureaucratic Identity ». *Journal of Refugee Studies* 4 (1): 39–62.

Annexe I. Données démographiques des migrants à Lesbos, 20 août-26 août 2018



20 August – 26 August 2018

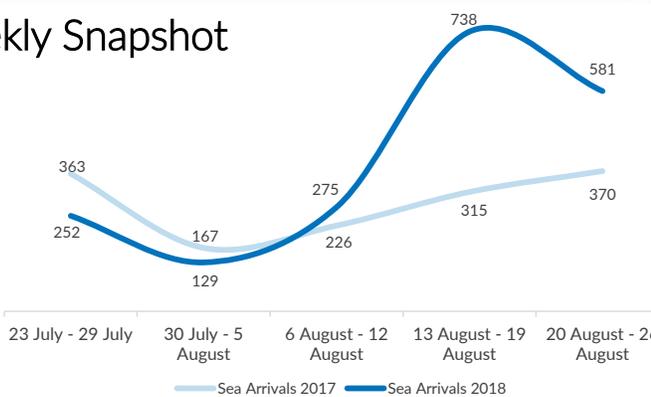
more information: [UNHCR Operation Portal - Greece](#)

Greece Lesbos Weekly Snapshot

Arrivals

This week, 581 people arrived on Lesbos, a decrease compared to last week's 738 arrivals and increase from last year's 370 arrivals during the same period. 1,668 people have arrived on Lesbos in August 2018.

The average daily arrivals this week equalled 83, compared to 105 in the previous week.



Population on the Island

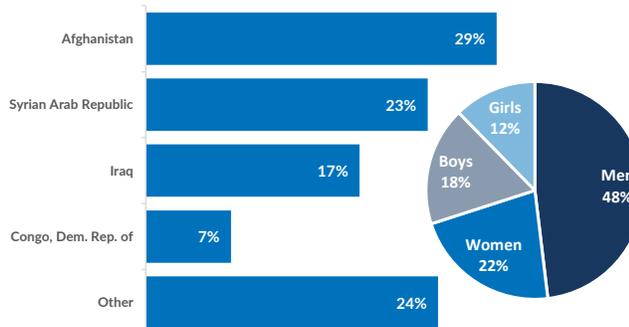
Some 9,000 refugees and migrants reside on Lesbos. In line with the trend of arrivals, the majority of the population on Lesbos are from Afghanistan (29%), Syria (23%) and Iraq (17%).

Women account for 22% of the population and children for 31% of whom nearly 7 out of 10 are younger than 12 years old.

Approximately 16% of the children are unaccompanied or separated, mainly Afghan and Syrian.

Some 43% are men between 18 and 39 years old.

Demographics

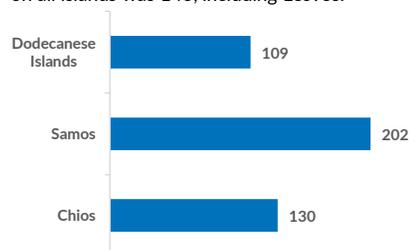


Population by Location



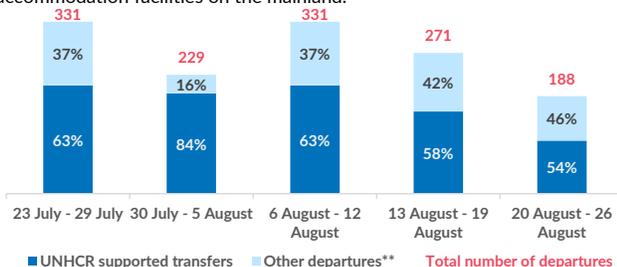
Arrivals to other Islands

This week, 441 people reached the other Aegean islands, the majority of whom arrived to Samos. The average daily arrivals on all islands was 146, including Lesbos.



Departures to the mainland

This week, 188 asylum-seekers departed, once authorized by the authorities, from Lesbos to the mainland. Of those, 54% were transferred – with the support of UNHCR – to State-run sites and UNHCR's accommodation facilities on the mainland.



*Other includes other facilities and self-accommodated; **Other departures includes i) transfers within IOM AVRR, ii) transfers of UASCs to State-run facilities and iii) those who depart on their own means (following the lift of geographical restriction). Statistics regarding Returns in the framework of the EU-Turkey Statement, can be found in [UNHCR's data portal](#). Data Sources: Population data – UNHCR estimates include enrollment and field reports; Arrivals/Departures – Hellenic Police, Hellenic Coast Guard. Figures are subject to future adjustment based on consolidated figures provided by authorities. Percentages may not total 100 due to rounding.

Annexe II. Engagement de confidentialité

Voici le modèle en français de l'engagement de confidentialité que je présentais aux participants à la recherche (demandeurs d'asile). Je vulgarisais aussi l'information de vive voix. Les coordonnées personnelles ont été retirées de la version ci-dessous.

INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS ET ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ

Projet de recherche : Les conditions d'accueil des migrants à Lesbos

Qui fait la recherche ?

Moi. Je m'appelle Laurence Lallier-Roussin et je suis une étudiante à la maîtrise en anthropologie à l'Université de Montréal, au Canada.

En quoi consiste la recherche ?

Je m'intéresse aux conditions d'accueil et aux processus médicaux et légaux des migrants sur l'île. Pour cette recherche, je fais du bénévolat, de l'observation et je rencontre des résidents et des travailleurs humanitaires dans le camp de Moria et autour. Ensuite, je vais analyser les résultats et rédiger une thèse.

Si j'accepte de participer, que dois-je faire ?

Vous n'avez aucune obligation de participer. Si vous acceptez de participer, nous allons trouver un endroit et un moment pour faire une entrevue. Dans l'entrevue, je vais m'intéresser à votre expérience personnelle dans les camps et dans les structures pour les migrants à Lesbos. Je m'intéresse aussi, si vous voulez m'en parler, aux raisons pour lesquelles vous avez quitté votre pays, à votre trajet migratoire et à vos projets pour le futur. Lors de l'entrevue, je vais probablement prendre des notes pendant qu'on discute. Si vous acceptez, je vais aussi faire un enregistrement audio dans le but de ne rien oublier. Cet enregistrement sera strictement protégé et ne sera pas partagé avec personne d'autre.

Le contenu de l'entrevue sera-t-il protégé ?

Oui. La recherche est **confidentielle**. Cela signifie que quand je publierai ma recherche, je n'utiliserai pas votre nom, mais plutôt un **pseudonyme** (je vais changer votre nom). Le contenu entier de l'entrevue ne sera pas reproduit dans la recherche, mais plutôt des extraits ou des reformulations de ma part. Quand j'écrirai la thèse, je pourrais aussi changer certains détails pour m'assurer qu'il soit impossible de vous reconnaître et de vous identifier. Comme votre participation est **confidentielle**, ce que vous me dites ne sera pas partagé avec personne. Le UNHCR, les services d'asile (GAS, EASO) et les autorités du camp **n'auront accès à aucune information** permettant de vous identifier ou de savoir que vous avez participé à la recherche. Quand les résultats généraux de la recherche

seront publiés, il n'y aura aucune façon de vous identifier. Je serai la seule personne à avoir accès à l'information. Elle sera conservée sur mon ordinateur personnel et protégée par un mot de passe. Je vais conserver l'information pour un maximum de 7 années, après quoi elle sera complètement effacée.

Quels sont les risques et les bénéfices pour moi?

Le seul risque possible à votre participation est que le récit de vos expériences peut parfois être douloureux. Vous pouvez toujours choisir de ne pas me raconter des souvenirs difficiles. Si vous décidez de les partager avec moi, vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin, et prendre des pauses. Je suis là pour vous écouter. Notez bien que lors de cette entrevue je ferai tout en mon pouvoir pour m'assurer que la confidentialité soit respectée. Cela signifie que je ne rendrai jamais public ce que vous partagez avec moi d'une façon qui permettrait de vous identifier. **Votre participation n'aura aucun impact, positif ou négatif, sur votre processus légal et sur votre demande d'asile**

Vous ne retirerez pas d'avantages directs à votre participation. Je veux partager votre histoire. Pour certaines personnes, le fait de partager leur histoire à quelqu'un qui les écoutera est bénéfique. Dans l'entrevue, je vais écouter et vous pouvez prendre votre temps : je ne vais pas porter de jugement sur ce que vous me dites. J'espère que, dans le futur, les résultats de ma recherche pourront être bénéfiques pour d'autres migrants et demandeurs d'asile qui arrivent en Europe.

Vous ne serez pas payé pour votre participation.

Qu'est-ce que vous allez faire avec l'entrevue ?

Je vais analyser vos réponses et les comparer avec celles d'autres résidents des camps, des personnes qui y travaillent, et avec les discours officiels. Je vais aussi utiliser mes propres observations pour comprendre ce qui se passe. L'entrevue va m'aider à comprendre la réalité quotidienne, ainsi que les expériences légales et médicales sur Lesbos.

Est-ce que je peux arrêter l'entrevue? Est-ce que je peux changer d'idée ?

Oui. Ce n'est pas un problème si vous changez d'idée. À tout moment, vous pouvez arrêter ou annuler l'entrevue. Vous pouvez aussi choisir de sauter certains détails ou de ne pas répondre à certaines questions. Vous pouvez aussi me poser des questions avant, pendant ou après l'entrevue. Vous pouvez me contacter pour changer des détails, en ajouter ou en enlever. Vous pouvez aussi me demander d'effacer votre entrevue, si elle a été enregistrée.

Cependant, SVP notez qu'une fois le processus de publication des résultats enclenché, il sera impossible pour moi d'effacer les parties concernant votre entrevue. Cependant, soyez assuré qu'aucune information ne permettant de vous identifier ne sera publiée.

ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ

Je déclare avoir expliqué la nature et l'objet de ma recherche, ainsi que ses avantages et inconvénients. Je m'engage à répondre du mieux possible aux questions posées par le participant. Je m'engage à protéger la confidentialité des données recueillies et du participant.

Nom: LALLIER-ROUSSIN Prénom: LAURENCE

Pour me contacter :

Par courriel, sur Facebook ou Messenger.

Par téléphone ou Whatsapp (numéro valide jusqu'au 15 août):

Vous pouvez envoyer un sms ou message vocal.

Si vous avez des questions au sujet de vos droits ou de vos responsabilités par rapport à votre participation, vous pouvez aussi contacter le comité d'éthique de mon université (Université de Montréal) par courriel.

Si vous voulez déposer une plainte, vous pouvez téléphoner ou écrire à l'ombudsman de mon université (Université de Montréal)

Courriel : ombudsman@umontreal.ca

Numéro de téléphone : 514 343-2100 (L'ombudsman accepte les appels à frais virés)

Annexe III. Fiche d'évaluation de la vulnérabilité fournie par KEELPNO

MEDICAL AND PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT FORM VULNERABILITY ASSESSMENT GREECE

Only medical doctors and clinical psychologists licensed to practice in any part of Greece may certify the form

The medical professional must conduct an in-person medical examination of the applicant to certify the form

Staff associated with the medical professional may assist in completing the form BUT the medical professional alone is responsible for verifying the accuracy of the content and for certifying the form ⇒ The doctor must verify that the information about the medical condition is correct

Responses should utilize common terminology without abbreviations

All questions and items requested on Form must be answered fully. An incomplete Form will cause a delay, and may entail consequences on the rights of the individual during the asylum procedure; the document might not be accepted by RIS and/or AS and/or HP.

The vulnerability assessment can take place at any stage of the ongoing asylum procedure

Please consider the information you have recorded regarding this applicant, taking into account the Instructions and provide a grading on their vulnerability status

MEDICAL AND PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT FORM VULNERABILITY ASSESMENT
GREECE

VULNERABILITY RATING

A. MEDIUM	Significant vulnerability could develop without preventative support measures. Frequent monitoring of vulnerability status is recommended
B. HIGH	Significant vulnerability is evident. Follow up assessment and development of a care plan is recommended. Reference should be made to the immediate need of support

Comments on vulnerability rating: provide the relevant medical code as accepted by the MoH. This includes the international classification of Diseases (ICD-10) or the diagnostic and of the statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

VULNERABILITY TEMPLATE

1. PERSONAL DETAILS OF THE PATIENT	
DIKA nr	
First Name	
Family Name	
Gender	
Birth Date	
Country of Origin	
Representative (if applicable)	
Identity Documents	
ID	
Passport	
Other	
Child	
Unaccompanied	Yes/No
Child accompanied by parent/s	
Child accompanied by family member/s	
Child accompanied by temporary guardian	

2. MEDICAL HISTORY	
2A. HEALTH CONDITION	
Physical health	
Mental health	

Risk of suicide & self harm and harm to others (<i>see suicide risks in annex II</i>)	
Disability (<i>see disability categories in annex III</i>)	
Substance addiction	
Other Findings	

2B. MEDICAL DOCUMENTS PRESENTED BY THE PATIENT

(include details of the medical documents, brief summary of the content, relevancy, previous diagnosis)

3. TREATMENT

(include details of the patient's previous, current and need for further treatment, whether continuous treatment is required, need for special diet, availability of treatment locally etc)

4. TRAVEL RESTRICTIONS OF THE PATIENT

(include details if the patient has any restrictions to travel due to the medical condition)

5. ADDITIONAL OBSERVATIONS AND/OR FINDINGS

(include any additional details that may be relevant, such as effect of the vulnerability in daily activities, whether support from another person required, non availability of drugs etc)

DEFINE IMPAIRMENT

Circle appropriately

Impairment associated with physical and developmental conditions (see ANNEX I)

Mobility

Cognitive impairment

Sensory impairment

Impairment associated with psychological and psychiatric conditions(see ANNEX I)

Impaired attention and concentration

Impaired form and content of thought

Impaired memory

The patient was properly informed in a language he/she understands and consented to the sharing of his/her health personal data by the police/first reception/asylum services for the legitimate purposes

EXAMINING PHYSICIAN'S DECLARATION

This declaration must be signed and dated by the examining physician responsible for this evaluation. This declaration must be signed after the examining physician has sighted and considered all medical data. Please read carefully before signing. Please write name and other details below:

I certify that this person has been examined by me or staff under my supervision and their identification in terms of papers has been confirmed.

I certify that the statements my staff and I have made are true, correct and complete to the best of my knowledge.

Date:

D D M M Y Y Y Y

Full name:

Member number of the medical association: Place of issue:

Postal address:

Daytime telephone number:

Email address:

Signature of examining physician:

ANNEX I

Impairment associated with physical and developmental conditions

A1. Mobility/other health problems

Limitations to physical mobility –needing a wheelchair, walking frame Incontinence

Needing oxygen support Difficulty in sitting or walking Risk of allergic reactions

Infections (acute severe or chronic) A2. Cognitive impairment

Cognitive impairment can be caused by intellectual disability, developmental disorders, acquired brain injury and physical conditions affecting brain functioning. Stroke or neurological damage resulting in severe impairment need expert physician assistance

A3. Sensory impairment Hearing/visual loss

Impairment associated with psychological and psychiatric conditions

B1. Impaired attention and concentration

Concentration is required in order to direct attention to something or someone. A large number of psychological conditions and disorders go together with a reduced capacity to concentrate e.g. –PTSD- depression

B2 Impaired form and content of thought

Impairments in the form and content of thought involve disruption to the row of thought (flight of ideas/loosening of associations; over-inclusive or tangential thinking .the individual cannot confine their thoughts to the topic discussed

When severe they are usually associated with psychiatric conditions:

bipolar disorder,

mood disorder with psychotic features

schizophrenic disorders

or can result from physical conditions:

infection

intoxication

brain damage

B3 Impaired memory

Memory impairment caused by:

Psychological conditions,

Physical and developmental conditions

A current mental disorder

PTSD

Normal age related memory loss

ANNEX II

The following is a list of factors associated with the risk of suicide:

Current suicidal thoughts: specificity of plan, means, time and place History of suicide attempts

Family/peer history of suicide

History of violence (including witnessing violence) Intensity of current depressive symptoms

Recent life stressors

History of mental health and substance dependency problems Current living situation and access to means of self-harm Recent change in behaviour and mood

Isolation versus access to company/family/friends

Keep in mind the options of referral to specialist services and/or emergency services.

ANNEX III

Disability criteria – definitions

Non- exhaustive list of incurable diseases

According to the Greek Ministerial decree 11321 (official government gazette 2906/18-11-2013) the following diseases can be considered incurable:

Diseases related to blood

Thalassemia

Sickle cell anaemia Diseases of respiratory system

Pulmonary fibrosis

Pulmonary hypertension

Sarcoidosis with disability

Total pneumonectomy Diseases of circulatory system

Heart failure

Heart transplantation Diseases of peptic system

Liver transplantation Diseases related to metabolism

Gaucher's disease

Dermatological diseases

Xeroderma Pigmentosum-XP

Epidermolysis bullosa Mental diseases

Dementia (Alzheimer, Pick etc.)

Intellectual disability

Genetic syndrome of chromosomes

Pervasive development disorder (like autism, Rett syndrome, Asperger syndrome)

Diseases of nervous system

Progressive level of Parkinson

Huntington disease
Spinal cord/ Cerebellar diseases
Amyotrophic Lateral Sclerosis
Hemiplegia/ hemiparesis two years after its appearance and with no signs of improvement
Tetraplegia, paraplegia, diplegia two years after its appearance and with no signs of improvement
Cranial nerves paralysis
Muscular Dystrophy
Orthopedic diseases
Amputation and phocomelia of arms
Paralysis/ cross-section of nerves of arms after two years of their establishment
Amputation and phocomelia of legs
Paralysis/ cross-section of nerves of legs after two years of their establishment
Arthrogyrosis
Ear, throat and nose diseases
Mutism because of deafness
Irreversible resection
Tongue resection
Slowness of tongue because of permanent nerve damage
Paralysis of tongue – throat nerve
Throat resection, permanent tracheotomy Surgical diseases
Permanent jejunostomy, ileostomy, colostomy Surgical diseases of urinary system
(part or total penis resection Eye diseases
Reduce of visual acuity without possible improvement
Daltonism / achromatopia/ dyschromatopsia Diseases of kidney
Lasting kidney failure under dialysis
Kidney transplantation
Cystic fibrosis level 2 Oncological diseases
Malignant neoplasm at the last stage

Serious diseases

Generally, 'serious' may be understood to refer to illnesses that are life-limiting or which lead to the person being incapacitated for a period of time due to the illness. Mental disorders may sometimes also be qualified as serious illnesses.

Chronic conditions, such as diabetes, asthma, inflammatory bowel disease, epilepsy, narcolepsy, fibromyalgia, or some sleep disorders, for example (non-exhaustive list), would generally also be considered serious diseases.

It is important to note that indicators of serious illness can be found on a physical, as well as on a psychosocial level (mostly related to coping with the impact of the serious illness).

Mental illness (disorder)

A mental disorder (also called a psychiatric disorder) can be defined as a mental or behavioural pattern or anomaly that causes either suffering and/or an impaired ability to function in ordinary life, and which is not developmentally or socially normative.

Examples are schizophrenia, depression, psychotic disorders, anxiety disorders, disorders due to drug abuse, etc.

The causes of mental disorders are varied and complex, and in some cases unclear. Some mental disorders may be triggered by traumatic experiences. Applicants for international protection may encounter significant additional stressors that could affect their capacity to cope, such as social isolation, inability to communicate effectively and discrimination.

In mental health, the term mental disorder is used as a way of acknowledging the complex interaction of biological, psychological (which entails thoughts, emotions, and behaviours), and social (socio-economical, socio-environmental and cultural) factors, which all play a significant role in human functioning in the context of mental disorders.

IDENTIFIED FORMS OF VULNERABILITY (according to Greek law 4375/2016)	
1	UAM/separated child
2	Person with incurable disease Person with serious disease Person with disabilities
3	Elderly person
4	Pregnant woman / woman who recently gave birth
5	One parent family with underage children
6	Victim of torture Victim of sexual exploitation SGBV victim Persons with PTSD Wreck survivors Relatives of wreck victims THB victim