UFR HAA
Département d'anthropologie

Année universitaire 2025-2026

Soigner l'exil : statut administratif, santé mentale et pratiques interculturelles de soins auprès des personnes migrantes. Une ethnographie au sein de l'ONG Psychologues du Monde.

Présenté par Claire Olagnon

Sous la direction de Mélanie Jacquemin, chercheuse à l'IRD, et LPED/ LISST-CAS

Mémoire présenté le 30/09/2026 devant :
- **Mélanie Jacquemin, directrice du mémoire**
- **Julie Métais, enseignante-chercheuse LISST-CAS, membre du jury**

Mémoire de **Master 2** mention **Anthropologie**
Parcours Anthropologie Sociale et Culturelle

Résumé

A partir d'une enquête ethnographique de deux ans menée auprès de l'ONG Psychologues du Monde (PDM) à l'Espace Social du Grand Ramier (Toulouse), ce mémoire interroge le rapport entre statut administratif des personnes migrantes et leur santé mentale, et comment les pratiques associatives d'accompagnement psychologique tentent d'y répondre en contexte interculturel. L'analyse montre que la souffrance psychique des personnes migrantes ne peut être isolée des conditions administratives, matérielles et sociales de leur existence. L'attente, l'instabilité résidentielle et la peur agissent comme des facteurs pathogènes à part entière, qui prolongent des expériences traumatiques antérieures plutôt qu'ils ne s'y substituent. Face à des situations que le cadre classique de la consultation psychologique ne suffit pas à traiter, les acteurs de l'association développent des pratiques d'aller-vers, de pair-aidance et de bricolage qui déplacent les frontières entre soin psychologique, accompagnement social et médiation. Ces bricolages, aussi inventifs soient-ils, ne peuvent cependant compenser durablement des politiques migratoires structurellement productrices de précarité. Ce mémoire propose ainsi une lecture de la santé mentale des personnes migrantes, attentive tant aux symptômes individuels qu'aux conditions collectives qui les produisent.

Mots-clés : migration, santé mentale, statut administratif, interculturalité, psychologie, pair-aidance, soin associatif.

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu l'ensemble des membres de Psychologues Du Monde, qui m'ont accueillie parmi eux et m'ont laissé toute la liberté nécessaire pour trouver ma place sur le terrain. Leur confiance a considérablement facilité mon enquête ethnographique. Merci à Gilbert Lacanal de m'avoir présentée aux différents acteurs de l'Espace Social du Grand Ramier, et à l'ensemble des bénévoles d'avoir pris le temps de discuter avec moi. J'en garde des échanges riches et précieux.

Je n'oublie pas non plus les personnes accueillies à l'Espace Social du Grand Ramier, que j'ai côtoyées tout au long de cette enquête, et dont j'espère avoir restitué les situations avec justesse.

Merci enfin à Mélanie Jacquemin de m'avoir accompagnée tout au long de ces deux années de master, pour son encadrement, son écoute et ses conseils.

Avant propos

Ce mémoire est né d'un déplacement. Pas seulement géographique ou disciplinaire, mais du regard. Un déplacement qui s'est construit progressivement, au fil d'expériences qui m'ont amenée à m'interroger sur ce que signifie « prendre soin » de personnes que la société tend à rendre invisibles.

Après l'obtention de ma licence de psychologie en 2021, j'ai effectué un service civique au sein de Microsillon, une radio associative toulousaine accueillant des personnes en situation de handicap psychique. Créée dans l'esprit de la psychologie interculturelle, cette structure a pour particularité d'être un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM), un lieu géré par et pour les personnes porteuses de troubles psychiques. Dans cette structure, deux éducateurs spécialisés étaient présents pour assurer le bon fonctionnement administratif de l'association. Plusieurs activités étaient organisées : atelier d'écriture, de musique, de jardinage, de théâtre, et au centre, la réalisation d'une radio diffusée sur internet où chacun est libre d'aborder les sujets qu'il souhaite.

Cette expérience n'a pas été des plus simples. Nous étions en plein Covid-19, et les mesures sanitaires avaient considérablement réduit le nombre de personnes présentes sur place. Je me retrouvais souvent seule avec des bénéficiaires dont certains présentaient des pathologies mentales lourdes, dans un contexte où l'isolement amplifiait les fragilités de chacun. Je me souviens que le confinement avait un impact important sur plusieurs d'entre eux, certains retournant à l'hôpital psychiatrique pour recevoir des soins. Mais grâce à Microsillon, ils avaient des gens à prévenir, ils appartenaient à un groupe qui ne se réduisait pas à leur pathologie. De vraies amitiés s'y sont créées, et c'est d'ailleurs l'une des bénéficiaires de la structure, avec qui je me suis liée d'amitié, qui m'a parlé de l'ONG Psychologues Du Monde (PDM).

Ce que j'ai compris à Microsillon, c'est l'importance des lieux d'accueil alternatifs pour des personnes qui ne rentrent pas dans les cases et qui trouvent dans ces espaces un endroit pour être elles-mêmes, sans craindre d'être jugées ou rejetées. Mais j'ai aussi compris les limites de ce modèle. Le fonctionnement en apparence horizontal se heurtait à de nombreuses contraintes. Bien que les éducateurs spécialisés s'efforcent de laisser le plus de liberté possible dans les prises de décision, c'était finalement eux qui avaient le dernier mot. Toute la partie administrative, notamment les remboursements et les conventions avec l'ARS, ne pouvait pas être laissée aux bénéficiaires sans risquer de mettre en péril les subventions et

la survie de la structure. Cette tension entre l'idéal d'une aide horizontale et les exigences institutionnelles qui la contraignent s'observe aussi, sous des formes différentes, dans les relations entre les psychologues de Psychologues Du Monde et les pair-aidants, dans cette forme de prise d'initiative contrôlée qui cherche à innover sans sortir des cadres.

C'est aussi à Microsillon que j'ai commencé à saisir le rôle politique de ces structures. Comme Psychologues Du Monde, Microsillon est un lieu relais, un supplément d'un État social dont les fonctions et les budgets se font de plus en plus réduits. Avec la loi de finance 2026, les coupes budgétaires dans le secteur de l'aide sociale continuent de s'accumuler et ce sont des centaines d'associations qui sont contraintes de fermer la porte, faute de financement[1]. C'est cet aspect politique que j'ai voulu creuser sur mon terrain de master 2, aussi bien pour son aspect militant que pour l'espoir que suscitent ces associations qui tentent de fonctionner malgré tout, même avec le vent contre elles.

Entre ma licence de psychologie et ma licence d'anthropologie, j'ai également suivi une formation de deux ans en médecine traditionnelle chinoise. Ce détour m'a appris concrètement qu'il existait d'autres façons, tout aussi cohérentes, de penser le corps, l'esprit et la souffrance. Ce qui m'a frappée dans le processus diagnostique de la médecine chinoise, c'est qu'il aboutit souvent aux mêmes conclusions que la médecine occidentale, mais en suivant une logique entièrement différente, formulée dans d'autres termes, à partir d'autres représentations du corps et de ses équilibres. Cette expérience avait déjà nourri, avant même que je pose le pied à l'Espace Social du Grand Ramier, une certaine distance critique à l'égard de la psychologie occidentale, dont je souhaitais interroger la prétention universaliste de ses catégories.

C'est dans ce contexte que j'ai choisi de poursuivre en anthropologie après ma licence de psychologie. Ce déplacement disciplinaire s'est accompagné d'un déplacement du regard. Là où la psychologie m'avait transmis des outils d'analyse relativement stabilisés, l'anthropologie m'a appris à en interroger la portée historique et culturelle, et à mettre à distance l'apparente universalité des catégories qu'elle produit. Plutôt que de chercher à neutraliser ce regard, j'ai tenté de le tenir sous une vigilance épistémologique constante tout au long de l'enquête. Cette tension entre les deux disciplines a ainsi constitué l'un des fils conducteurs de ma recherche.

[1] https://lemouvementassociatif.org/wp-content/uploads/2026/04/LMA-Analyse-LFI-2026.pdf

Tables des matières

Introduction : Penser la santé mentale des personnes migrantes au delà des frontières...8

De la migration à la santé mentale : penser les conditions de l'installation..... 9

Penser la souffrance au-delà du traumatisme..... 10

Lorsque la réponse psychologique rencontre une souffrance socialement produite..... 11

Une enquête ethnographique auprès de Psychologues Du Monde (PDM)..... 13

Accès au terrain, posture et construction du regard ethnographique.....14

Premier contact.....14

Posture sur le terrain.....16

Enjeux éthiques..... 17

Partie I - Production de la souffrance : statut administratif et santé mentale..... 21

Chapitre 1 : Une santé à géométrie variable : statuts juridiques et accès aux droits 21

a) Qu'est ce qu'un « migrant » ?.....21

b) Statuts et droits d'accès aux soins.....24

c) Le dispositif contesté de l'Aide Médicale d'État (AME)..... 25

Chapitre 2 : L'attente, la peur, l'errance : les facteurs pathogènes du parcours migratoire.....27

a) L'attente.....28

b) L'instabilité des logements.....30

c) La peur comme régulatrice de l'accès aux soins.....32

Chapitre 3 : Les multiples traumatismes de l'exil.....34

a) Les trois temporalités du traumatisme..... 34

b) Une souffrance multifactorielle..... 36

c) Le traumatisme comme catégorie culturellement située.....37

Partie II - La rencontre de soin : entre urgence sociale et cadres culturels.....41

Chapitre 4 : L'Espace Social du Grand Ramier (ESGR) : un espace de soin malgré lui..... 41

a) Géographie d'un centre social..... 41

b) Pluralité d'acteurs et représentations multiples de l'aide sociale..... 44

c) Entre aide institutionnelle et humanitaire.....45

Chapitre 5 : Soigner autrement : la philosophie de l'accueil à Psychologues Du Monde.....47

a) La personne avant le statut.....47

b) La transmission comme pratique.....49

c) La valorisation de l'autonomie.....51

Chapitre 6 : Qu'est-ce qu'un psychologue ? Représentations culturelles du soin psychique.....54

a) Le cadre occidental du psychologue et ses présupposés culturels.....54

b) Soigner dans l'urgence : la pratique interculturelle vue par un psychologue de l'ONG.....58

c) Représentations plurielles du soin : ce que disent les pair-aidants.....60

d) Du psychologue au « sorcier blanc ».....63

Partie III - Pratiques interculturelles de soin : ajustements, bricolages et résistances....69

Chapitre 7 : L'aller-vers interculturel : présence et malentendus.....69

a) Une pratique ancienne aux origines occidentales.....69

b) Aller-vers et présence dans l'espace.....70

c) La dimension coloniale de l'humanitaire français.....72

d) Être là sans imposer : l'aller-vers réinterprété par les pair-aidants.....74

Chapitre 8 : La pair-aidance comme espace interculturel.....75

a) Bref historique de la pair-aidance.....76

b) Pair-aidance et interculturalité : des « passeurs » entre deux mondes ?.....77

c) Les pairs aidants de Psychologues Du Monde : entre valorisation et exclusion structurelle.....79

d) Vers un savoir expérientiel.....82

Chapitre 9 : Faire avec ce que l'on a : les bricolages du soin interculturel à Psychologues Du Monde.....84

a) Le bricolage comme catégorie analytique.....84

b) Du bricolage traductif au bricolage thérapeutique.....85

c) Les bricolages institutionnels.....88

d) Vers une réinvention du soin.....90

Conclusion.....92

De la psychologisation du social à une politisation du soin 98

Repenser l'interculturalité à partir de la rencontre..... 99

Bibliographie.....101

Introduction : Penser la santé mentale des personnes migrantes au delà des frontières

Le 30 Juillet 2026, plus de 70 000 personnes ont traversé en quelques jours la frontière entre le Maroc et l'enclave espagnole de la Ceuta, pour la plupart à la nage. Cet afflux a rapidement dépassé les capacités de réaction des autorités espagnoles et des organisations humanitaires présentes sur place, dans une ville qui compte environ 83 000 habitants. Au moins une centaine de personnes sont mortes pendant la traversée[2]. Les images qui ont envahi les écrans européens ont immédiatement alimenté les discours sur la « submersion » et la « crise migratoire », tandis que le nombre de morts est resté relativement peu commenté au regard de l'ampleur des débats sur le contrôle des frontières.

Cette scène n'est pas un événement isolé. Elle s'inscrit dans un ensemble de politiques qui organisent les déplacements et déterminent les possibilités de franchissement des frontières. Pourtant, si les passages de frontières constituent régulièrement des évènements médiatiques, ce qui se joue après leur franchissement demeure souvent moins visible. L'arrivée sur le territoire européen n'est pourtant pas la fin du voyage. Elle ouvre une nouvelle période, marquée par l'attente d'une décision administrative, la précarité du logement, la dépendance à différentes institutions et la difficulté à accéder aux droits et aux ressources nécessaires à l'installation.

Depuis les années 2000, un consensus s'est établi au sein de l'Union Européenne pour considérer la migration comme un phénomène principalement économique et l'aborder depuis un prisme sécuritaire, ignorant les flux mixtes et les trajectoires migratoires (Calabrese, Gaboriaux et Veniard, 2022). En France, les évolutions récentes des politiques migratoires s'inscrivent dans cette continuité. En 2015, l'annonce d'une « grande crise migratoire » liée à la guerre civile syrienne a alimenté les discours politiques de rejet, qualifiant la situation de problème à résoudre par des politiques d'asile restrictives. En janvier 2024, la mise en place de la très contestée « Loi immigration » et la remise en question de l'Aide Médicale d'Etat (AME) semblent s'inscrire dans la lignée d'une politique voulant limiter l'immigration en restreignant, entre autres, l'accès aux prestations sociales qui constitueraient « un facteur majeur d'attraction » pour les demandeurs d'asile (Isidro et Izambert, 2024, p.3).

---

2 https://www.infomigrants.net/fr/post/73296/ceuta--trois-semaines-apres-lafflux-dans-lenclave-les-premiers-corps-de-migrants-enterres-au-cimetiere-de-la-ville

De la migration à la santé mentale : penser les conditions de l'installation

La question de la santé mentale des personnes migrantes fait l'objet d'une attention scientifique croissante depuis une vingtaine d'années, à la croisée de la psychiatrie, de la psychologie, de la sociologie et de la santé publique. Cette diversité disciplinaire témoigne de la difficulté d'isoler la souffrance psychique des conditions sociales, familiales, politiques et institutionnelles dans lesquelles elle prend forme.

L'éditorial de Véronique Petit et Simeng Wang (2018) pour introduire le dossier de la *Revue Européenne des Migrations Internationales* (REMI) sur la santé mentale, permet notamment de penser cette articulation. Elles distinguent trois échelles analytiques complémentaires, celle de la subjectivité et de la vie intime des migrants, celle des configurations familiales et des relations thérapeutiques, et celle des pratiques transnationales de soin et des politiques migratoires.

Les travaux d'Estelle d'Halluin (2009) ont contribué à documenter les spécificités de la souffrance psychique des demandeurs d'asile en France, en montrant comment les conditions de la procédure d'asile en France (l'attente, l'incertitude, l'obligation de mettre en récit des expériences traumatiques) constituent en elles-mêmes des facteurs pathogènes. Plus récemment, les travaux d'Audran Aulanier (2021) prolongent cette réflexion en interrogeant les effets psychiques de l'attente administrative et la manière dont celle-ci peut structurer l'expérience quotidienne des personnes concernées.

Ces recherches invitent ainsi à considérer que la santé mentale des personnes migrantes ne peut être comprise indépendamment des conditions sociales, juridiques et institutionnelles dans lesquelles elles vivent. Pour autant, une telle perspective invite également à déplacer le regard porté sur la souffrance elle-même. Or, comme le souligne Richard Rechtman (2012), dans la plupart des pays européens, l'analyse des besoins psychiatriques des populations migrantes et réfugiées n'a fait l'objet d'aucune étude épidémiologique spécifique permettant de dresser un état des lieux précis de leurs besoins de santé. Cette absence de données traduit, selon lui, une absence de volonté politique de traiter les problèmes de santé de ces populations en dehors du système de droit commun, et ce alors même que la santé mentale est devenue une priorité nationale en France au début des années 2000. Ce paradoxe, entre expansion de la santé publique et absence de réponses institutionnelles dédiées aux besoins spécifiques des personnes migrantes, traverse directement les pratiques associatives que ce mémoire cherche à documenter.

Penser la souffrance au-delà du traumatisme

Les travaux consacrés aux migrations et à la santé mentale ont largement mis en évidence l'importance des expériences traumatiques vécues avant ou pendant le parcours migratoire. Guerre, violences politiques, persécutions, séparations familiales ou violences subies au cours de la traversée peuvent constituer des expériences particulièrement éprouvantes et susceptibles de laisser des traces durables. Les recherches consacrées au traumatisme ont joué un rôle essentiel en permettant de rendre visibles les conséquences psychiques de situations qui risqueraient parfois d'être réduites à leur seule dimension administrative ou humanitaire. Dans cette perspective, la souffrance se prolongerait ainsi dans le présent, au sein de conditions de vie marquées par l'attente, l'instabilité et l'incertitude. Il ne s'agit plus seulement de se demander comment prendre en charge psychologiquement des personnes ayant vécu des expériences traumatiques, mais également de s'interroger sur les conditions sociales, politiques et administratives dans lesquelles ces souffrances continuent d'exister ou de s'aggraver.

Comme l'a montré l'anthropologue et psychologue Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky (2019) à travers la notion de « crise de l'accueil », les difficultés rencontrées par les personnes migrantes ne renvoient pas uniquement à un manque quantitatif de structures de soin, mais également à l'inadéquation entre les besoins des personnes et les réponses institutionnelles disponibles, ainsi qu'à la fragmentation des parcours entre différents acteurs, institutions, associations. Cette « crise » s'inscrit par ailleurs dans un contexte de dérives politiques et sémantiques croissantes, où les discours populistes sur les « migrants malades » se diffusent de plus en plus largement dans l'espace médiatique et politique. Comme le soulignent Petit et Wang (2018), s'intéresser aux interactions entre migrations internationales et santé mentale permet, à partir d'observations précises, de rappeler la réalité et la complexité des conditions sociales des migrations, d'examiner les pratiques de santé des migrants comme un indicateur de l'accueil qui leur est réservé, et d'entendre leurs voix et leurs multiples souffrances face à un régime de suspicion généralisé.

Les travaux consacrés aux trajectoires de soin des personnes en situation de précarité permettent également de prolonger cette réflexion. Les difficultés liées au logement, à la mobilité ou à la continuité des droits peuvent avoir des conséquences directes sur la possibilité même d'engager ou de maintenir un suivi. En ce sens, Grégory Beltran, Alfonsina Faya Robles et Sarah Nicaise (2024) ont documenté les entraves à la santé dans les

trajectoires des personnes vivant en squat, montrant que la précarité résidentielle et la précarité sanitaire se renforcent mutuellement. Les psychiatres Andréa Tortelli, David Sauzé et Norbert Skurnik (2017) ont ainsi montré les liens entre capital social, santé mentale et immigration du point de vue de la psychiatrie, tandis que Daria Rostirolla (2017) a analysé les trajectoires migratoires et les expériences de soin en santé mentale, révélant des parcours souvent discontinus et des ruptures fréquentes dans les suivis thérapeutiques.

La question qui se pose n'est donc pas uniquement celle de l'existence d'une souffrance nécessitant une prise en charge, mais aussi celle des conditions dans lesquelles une personne peut accéder à un dispositif, y revenir, maintenir une relation et inscrire éventuellement le soin dans la durée.

Lorsque la réponse psychologique rencontre une souffrance socialement produite

Cette articulation entre conditions sociales et souffrance psychique soulève cependant une difficulté particulière. Face à des situations marquées par la précarité, l'attente ou l'incertitude administrative, la réponse proposée peut prendre la forme d'un accompagnement psychologique. Même si cette réponse apparaît nécessaire pour de nombreuses personnes confrontées à des expériences de souffrance importantes, elle soulève néanmoins la question de la prise en charge d'une souffrance psychique sans l'isoler des conditions sociales et politiques qui participent à sa production. Autrement dit, comment penser le soin lorsque la souffrance d'une personne est directement liée à l'environnement dans lequel elle vit ?

Cette interrogation, qui traverse l'ensemble de ce mémoire, conduit à s'intéresser au processus de psychologisation, défini par Didier Fassin (2006b), qui consiste à interpréter à travers des catégories individuelles ou cliniques, des difficultés dont les causes sont également sociales et politiques. Il ne s'agit pas pour autant d'opposer de manière stricte une souffrance sociale à une souffrance psychique, ni de considérer que l'accompagnement psychologique constituerait nécessairement une réponse inadéquate. La question sera plutôt de comprendre comment ces différentes dimensions s'articulent concrètement dans les pratiques de soin et d'accompagnement.

La rencontre interculturelle : comprendre, traduire, reconnaître

L'anthropologie a largement contribué à montrer que les catégories psychiatriques et les manières de penser la folie ou la maladie mentale s'inscrivent dans des contextes spécifiques avec leur histoire et leurs propres conditions sociales de production. Plus de 20

ans après les travaux pionniers de Michel Foucault sur la folie, les institutions et les relations de pouvoirs et de domination qui s'exerce sur les individus, les travaux de Giordana Charuty (1987) sur la folie, entre histoire et anthropologie, ont montré que les catégories psychiatriques occidentales ne sont pas des réalités universelles. Ce sont des constructions historiques et culturelles, qui doivent être rapportées aux contextes sociaux et symboliques dans lesquels elles émergent. Cette perspective relativiste a depuis été enrichie par des ethnographies de systèmes de soin non occidentaux, qui montrent la diversité des façons dont les société humaines nomment, expliquent et traitent la souffrance psychique (Petit, 2019 ; Diagne, 2016). Ces travaux sont particulièrement pertinents pour ce mémoire car une partie des personnes accompagnées par l'ONG Psychologues Du Monde (ci après PDM) viennent de contextes où ces représentations alternatives de la souffrance sont susceptibles d'être mobilisées.

Cette anthropologie des représentations culturelles du soin rejoint et nourrit les débats qui traversent la psychologie et la psychiatrie interculturelles françaises depuis les années 1970. Les travaux fondateurs du psychiatre Georges Devereux (1972[3]) et de Tobie Nathan (1994[4]) ont posé les bases de l'ethnopsychiatrie française en proposant de prendre en compte les systèmes de représentation culturelle des patients dans la pratique clinique. La pédopsychiatre et psychanalyste Marie Rose Moro a tenté de dépasser ces tensions en développant une approche « transculturelle », qu'elle définit comme une psychothérapie fondée sur l'anthropologie, la psychanalyse et la thérapie familiale ou de groupe. L'idée est de créer une « passerelle entre le monde d'origine et le monde d'accueil[5] », en intégrant les représentations culturelles de la souffrance, notamment à travers le concept de contre-transfert culturel qu'ont analysé Jeanne-Flore Rouchon et ses collègues (2009).

Ces travaux montrent que la question de l'adéquation culturelle des outils cliniques[6] occidentaux aux souffrances des personnes migrantes est loin d'être résolue, et continue de faire l'objet de débats vifs dans le champ de la psychologie interculturelle. François Sicot et Slimane Touhami (2015) se sont alors posés la question de la pertinence des dispositifs de soin spécifiques pour les patients d'origine étrangère, montrant les tensions entre une approche universaliste qui applique les mêmes outils à tous, et une approche différentielle qui

[3] Pour un compte rendu de l'ouvrage de Devereux, voir Aurès (1973).
[4] Pour celui de Nathan, voir Giraud (2013).
[5] https://marierosemoro.com/guide-de-psychotherapie-transculturelle/
[6] Un outil clinique est un support pratique, un instrument ou une méthode utilisés par un professionnel de santé (médecin, psychologue, infirmier) pour l'aider dans l'évaluation, le diagnostic, le suivi ou le traitement d'un patient (Pedinielli, 2016).

risque de stigmatiser les personnes en les renvoyant à leur appartenance culturelle. Slimane Touhami (2022) a prolongé cette réflexion en analysant la position des professionnels du prendre soin face à la souffrance psychique des personnes migrantes accueillies en établissements.

C'est à partir de ces différentes interrogations que j'ai construit le terrain de cette recherche.

Une enquête ethnographique auprès de Psychologues Du Monde (PDM)

Ce mémoire repose sur une enquête ethnographique menée auprès de l'ONG Psychologues Du Monde (PDM), à l'Espace Social du Grand Ramier (ESGR) à Toulouse. L'association intervient auprès de personnes en situation de grande précarité et propose des entretiens avec des psychologues bénévoles. Le choix de ce terrain m'est apparu comme particulièrement intéressant dans la mesure où PDM se situe à l'intersection des différentes problématiques évoquées précédemment. L'ONG intervient deux matinées par semaine à l'ESGR, une structure de la mairie de Toulouse composée de deux structures constantes, le restaurant solidaire et la Croix Rouge, dans laquelle plusieurs associations, dont PDM, interviennent ponctuellement tout au long de la semaine. Les bénéficiaires peuvent venir chercher un repas, récupérer du courrier, obtenir des informations ou rencontrer des travailleurs sociaux.

Dans ce contexte, la rencontre avec un psychologue ne constitue pas la raison première de la venue des personnes. Elle ne découle pas d'une demande de soin clairement formulée et s'inscrit dans un espace marqué par l'urgence sociale, l'instabilité des trajectoires et la diversité des situations administratives. Cette configuration particulière oblige les acteurs à composer avec des conditions qui ne correspondent pas nécessairement au cadre habituel d'une consultation psychologique. Les langues disponibles, les ressources présentes sur place, les contraintes institutionnelles et les situations concrètes rencontrées participent directement à la manière dont la relation peut se construire.

L'enjeu de cette recherche a été d'observer ce qui se produit dans ces espaces de rencontre. L'objectif n'était pas de déterminer si les pratiques développées par PDM constituent une alternative idéale aux dispositifs institutionnels existants, mais de comprendre comment des acteurs tentent de répondre à des situations dans lesquelles les frontières entre

souffrance psychique, précarité sociale, contraintes administratives et besoins d'accompagnement ne sont pas toujours clairement séparées.

L'enquête ethnographique a été menée sur deux années consécutives, en 2025 et 2026, dans le cadre du master d'anthropologie. En première année, le travail s'est principalement construit autour d'une démarche d'observation participante et de découverte progressive des pratiques de l'association. Cette première période m'a permis de m'intéresser aux pratiques de l'aller-vers, à la pair-aidance et aux différentes tensions qui traversent la relation d'aide en contexte interculturel.

La seconde année m'a permis de prolonger ce travail en interrogeant davantage la dimension juridique et politique des situations rencontrées. Les observations réalisées sur le terrain m'ont progressivement amenée à me demander si les difficultés d'accès au soin pouvaient être comprises indépendamment des catégories administratives. Ce déplacement m'a permis de replacer mes interrogations initiales sur les pratiques de rencontre et d'accompagnement interculturel, dans un cadre plus large.

Accès au terrain, posture et construction du regard ethnographique

Premier contact

L'enquête ethnographique menée auprès de PDM s'est construite progressivement, au fil d'une présence régulière sur le terrain au cours de ces deux années de master. La prise de contact avec l'ONG Psychologues du Monde s'est d'abord faite par mail. Je leur ai présenté brièvement mon projet de recherche et j'ai demandé s'il était possible de les rencontrer pour en discuter. J'ai rapidement obtenu une réponse du fondateur de l'association qui m'invitait à les rencontrer lors de leur permanence à l'ESGR, les mardis et jeudis matin. Sur place, c'est lui qui m'a introduite auprès de plusieurs personnes actives au sein de l'ESGR, dont les agents municipaux, le responsable de structure, les assistantes sociales du restaurant solidaire et enfin les bénévoles de l'ONG. Je me suis présentée à eux assez simplement, en expliquant que j'étais étudiante en anthropologie et que je m'intéressais à la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes.

Mon intégration au sein de PDM s'est faite relativement facilement. L'association, se définissant comme un espace de formation pour les étudiants en psychologie, accorde une place importante aux recherches scientifiques et aux discussions théoriques. Le fait de partager avec une partie des bénévoles un univers académique commun, ainsi que certaines

préoccupations liées à la formation universitaire, a sans doute facilité mon intégration. Si je me suis rapidement sentie proches de certains bénévoles étudiants, du fait aussi de mon statut social (femme blanche, étudiante, issue de la classe moyenne), il m'a fallu davantage de temps pour créer du lien avec les pair-aidants de l'association. Ces bénévoles issus de la migration et anciennement bénéficiaires de la structure, manifestaient une plus grande réserve à mon égard et j'éprouvais moi-même une certaine hésitation quant à la façon de les aborder. Il me semble que cela était lié en partie à la conscience d'occuper une position socialement majoritaire qui pouvait me placer, à leurs yeux, du côté des groupes dominants dans la société française (Pian, 2023, p.34). Avec le temps, la régularité de ma présence et la multiplication des échanges, ces premières appréhensions ont progressivement laissé place à des relations de confiance avec plusieurs d'entre eux.

Cependant, j'ai eu beaucoup plus de difficultés à aller à la rencontre des bénéficiaires de l'ESGR pour plusieurs raisons. L'ESGR constitue avant tout un lieu de passage dans lequel environ 800 personnes viennent chaque jour chercher différentes formes d'aide. La configuration du lieu laisse par ailleurs peu de possibilités pour s'asseoir et discuter en dehors de la salle du restaurant solidaire à accès réglementé, ou des espaces utilisés pour les entretiens avec les psychologues lors des permanences de l'ONG. Il est également presque impossible d'y retrouver les mêmes individus d'une semaine à l'autre. Au-delà de ces contraintes matérielles et objectives, c'est surtout ma position subjective qui a constitué une difficulté. Les personnes présentes à l'ESGR viennent dans un contexte d'urgence sociale et de grande précarité, parfois pour accéder à ce qui constitue potentiellement leur seul repas chaud de la journée. En tant qu'étudiante présente uniquement pour réaliser une recherche universitaire, aller à leur rencontre suscitait chez moi un profond inconfort. J'avais le sentiment de « me servir » des bénéficiaires pour produire un matériau académique. Le décalage entre ma posture et leurs motivations à fréquenter la structure me paraissait trop important pour les interpeller sereinement et légitimement[7].

Ces conditions ont donc orienté mon enquête vers une observation plus approfondie des professionnels et des bénévoles de PDM que des bénéficiaires eux-mêmes. Ce déplacement ne constitue donc pas uniquement une limite méthodologique mais participe à définir le point de vue à partir duquel ce mémoire s'est construit. L'analyse proposée ici porte principalement sur les pratiques, les représentations et les questionnements des acteurs

[7] La chercheuse Lucie Cortambert faisait le même constat sur son terrain de thèse : « J'avais le sentiment (...) que ma thèse était bien dérisoire à côté de la vie de personnes à la rue. (...) Parfois, ma thèse me semblait quelque peu ridicule face à la réalité des personnes à la rue et de celle des associations, dont les objectifs étaient beaucoup plus urgents et légitimes » (Cortambert, 2022 p.63).

impliqués dans l'accompagnement, ainsi que sur les situations auxquelles ils sont confrontés, plutôt que sur une enquête centrée directement sur l'expérience des personnes accompagnées.

Posture sur le terrain

Au début de l'enquête, j'ai expérimenté différentes postures : rester avec le groupe de bénévoles sous le barnum, m'appuyer contre une barrière à l'écart du groupe ou faire des allers-retours entre les différents services de l'ESGR. Ces déplacements traduisaient une recherche de positionnement, avec la volonté d'être suffisamment présente pour observer et participer aux interactions, sans pour autant devenir intrusive. Il m'est arrivé, notamment durant les premières semaines, de douter de la légitimité de ma présence, de me demander ce que je faisais là. Mon statut d'apprentie chercheuse me semblait parfois dérisoire face à la gravité des situations rencontrées.

Au bout de quelques mois, j'ai commencé à tisser du lien avec certains bénévoles de l'ONG qui ont été des repères pour moi et qui m'ont aidée à façonner une place d'observatrice qui me convenait mieux. Retrouver par exemple des visages connus lors des permanences, m'asseoir toujours au même endroit lors des réunions de bilan et participer à certaines discussions informelles entre bénévoles m'ont aidée à stabiliser ma place. Le refus de porter le badge de l'ONG, proposé par le fondateur, s'inscrit également dans cette logique. Ne pas l'arborer me permettait de maintenir une position intermédiaire, d'être ni totalement intégrée à l'équipe, ni strictement extérieure.

Cette recherche de positionnement s'est également accompagnée d'un travail réflexif sur les émotions et les attentes avec lesquelles j'étais moi-même entrée sur le terrain. Les premières semaines de l'enquête ont été marquées par un sentiment de colère, de frustration et parfois de malaise. En entrant dans une structure d'urgence sociale, je m'attendais à un espace entièrement structuré par la gravité des situations rencontrées. Or, j'ai été frappée par le contraste entre la précarité visible de certaines personnes fréquentant l'ESGR et la sociabilité plus ordinaire des jeunes bénévoles de PDM. Au milieu des bâtiments délabrés, la séparation nette entre les files d'attente pour le restaurant solidaire et la domiciliation postale, et au milieu un groupe de jeunes bénévoles rassemblés sous un barnum qui échangeaient autour de leurs partiels m'a paru totalement dissonante. J'avais le sentiment d'un décalage presque choquant entre la précarité visible des bénéficiaires et la relative « insouciance » étudiante des bénévoles.

Il m'a fallu alors déconstruire l'idée qu'un tel lieu devait être homogène dans sa gravité et que toute forme de continuité avec la vie ordinaire des bénévoles était inadéquate ou indécente. De plus, avant même d'entrer sur le terrain, j'avais tendance à considérer que les psychologues bénévoles n'étaient peut-être « pas à leur place » dans un tel contexte, et qu'ils risquaient de reconduire, malgré eux, une domination symbolique sur les bénéficiaires. La scène décrite ci-dessus, observée lors de mes premiers jours de terrain m'a alors semblé confirmer ces appréhensions. Elle cristallisait à mes yeux, l'écart social et culturel entre aidants et aidés. Cependant, la poursuite de l'enquête a progressivement complexifié cette première lecture. En multipliant les observations et les discussions avec les bénévoles, notamment lors des temps de bilan organisés après les permanences, le contraste qui m'avait initialement frappée s'est petit à petit transformé en objet d'analyse. Il révélait moins une inadéquation qu'une co-présence de mondes sociaux hétérogènes, contraints de cohabiter dans un espace restreint.

Enjeux éthiques

Conduire une enquête ethnographique dans un contexte d'assistance sociale suppose une attention particulière aux outils ethnographiques mobilisés. Loin d'être un simple cadre d'observation, le terrain constitue un espace structuré par des rapports de pouvoir, des hiérarchies institutionnelles et des situations de vulnérabilité[8]. Dans ce contexte, le choix des outils méthodologiques ne peut être dissocié d'une réflexion éthique et politique sur ma place d'enquêtrice et sur les effets de ma présence. Dès le début de l'enquête, il m'est apparu que le recours à des outils trop visibles (prise de notes directe, enregistrement vidéo, photographie) risquait d'accentuer les asymétries déjà existantes entre acteurs institutionnels et bénéficiaires. Dans un lieu d'urgence sociale, marqué par la précarité et la discontinuité des trajectoires, il me semblait que ces outils pouvaient produire un effet de réification des personnes, voire de mise en spectacle.

J'ai également renoncé à certains dispositifs participatifs envisagés initialement. L'idée d'un carnet collectif avec les bénéficiaires ou de supports créatifs (dessins, photos) supposait un espace-temps propice à l'élaboration et à la continuité des échanges. Or, l'ESGR fonctionne avant tout comme un lieu de passage, structuré par l'urgence et la gestion des besoins et permet difficilement la mise en place d'un tel projet. J'ai donc privilégié des prises

[8] Bien que le qualificatif de « terrain sensible » ne s'applique pas forcément sur ce terrain, je me suis tout de même inspirée de son approche méthodologique attentive à l'étude des relations de pouvoir (cf. Legoux et Lassailly-Jacob, 2012)

de notes différées, réalisées lors de moments d'isolement ou *a posteriori*, et des enregistrements vocaux personnels que je retranscrivais ensuite.

Certains choix méthodologiques ont par ailleurs été réinterrogés au cours même de l'enquête. J'ai notamment expérimenté, durant une période limitée, l'enregistrement de certains échanges sans que les personnes en soient informées. Cette pratique m'est apparue initialement comme une réponse pragmatique à la difficulté de restituer fidèlement la richesse des interactions. Elle me permettait de me concentrer pleinement sur ce que me disait une personne sans avoir à retenir les points importants de la discussion pour pouvoir les écrire plus tard. Elle me paraissait également être une bonne façon de préserver le caractère spontané des échanges et de limiter l'effet qu'aurait pu produire la présence visible d'un dispositif d'enregistrement. Toutefois, cette solution a rapidement fait apparaître les problèmes éthiques et relationnels qu'elle soulevait. Dans un contexte marqué par de fortes asymétries sociales et par la vulnérabilité de certaines personnes rencontrées, l'enregistrement à leur insu risquait de reconduire une forme d'appropriation de leur parole sans que les conditions de son utilisation soient clairement établies. J'ai donc choisi d'abandonner cette méthode en cours de terrain. Ce choix implique d'accepter une part d'incomplétude dans la restitution des échanges et de reconnaître que toute enquête est traversée par des pertes, des oublis et des reconstructions. Il participe ainsi d'une conception de l'anthropologie attentive aux effets de pouvoir qu'elle engage et soucieuse de ne pas redoubler, par ses propres dispositifs, les formes de domination qu'elle analyse.

Enfin, par souci de confidentialité et de protection des personnes évoquées, tous les noms ont été changés, à l'exception de celui du fondateur de PDM, Gilbert Lacanal qui n'a pas jugé nécessaire de changer son nom, dans la mesure où il est facilement trouvable sur internet dès qu'on cherche des informations sur l'ONG. Avec son accord, j'ai donc conservé son nom[9].

Les observations réalisées au sein de l'ESGR m'ont progressivement amenée à interroger les tensions qui émergent lorsque des expériences de souffrance, des représentations parfois différentes du soin et les cadres institutionnels disponibles se rencontrent dans un même espace. Ce mémoire s'organise ainsi autour d'une triple tension.

[9]Dans la suite du mémoire, je le désigne uniquement par son prénom, par souci de cohérence avec la manière dont sont nommées les autres personnes citées, dont l'identité a elle été anonymisée.

La première concerne le lien entre statut administratif et souffrance psychique. Comme le montrent Petit et Wang (2018), la question de l'accès des personnes migrantes aux soins en santé mentale ne renseigne pas uniquement sur la qualité et les modalités de l'offre de soin disponible. Elle permet également de lire, plus largement, les politiques migratoires et les conditions d'incorporation des personnes migrantes dans les sociétés d'installation. Cette perspective invite à se demander si, et comment, les catégories administratives participent à organiser les conditions d'existence dans lesquelles la souffrance peut se développer.

La deuxième tension concerne les outils et les catégories mobilisés pour comprendre cette souffrance. Les pratiques de soin en santé mentale sont appréhendées comme elles-mêmes construites dans des cadres historiques et culturels particuliers. La rencontre avec les personnes dont les trajectoires, les représentations ou les expériences diffèrent de celles des professionnels amène alors à interroger la portée et les limites de ces outils.

Enfin, la troisième tension concerne les réponses développées sur le terrain face à ces différentes difficultés. Face à des situations qui ne correspondent pas toujours aux cadres institutionnels prévus, les acteurs de PDM expérimentent différentes formes d'ajustement. L'aller-vers, la pair-aidance et les bricolages observés constituent autant de tentatives pour créer les conditions d'une rencontre et d'un accompagnement là où les conditions habituelles du soin ne sont pas toujours réunies.

À partir de ces différents éléments, ce mémoire cherche donc à répondre à la question suivante : comment les conditions administratives et sociales qui organisent l'accueil des personnes migrantes, participent-elles à façonner les souffrances psychiques, et comment les pratiques utilisées par l'ONG Psychologues Du Monde tentent-elles d'y répondre dans un contexte marqué par l'urgence sociale, la pluralité des trajectoires, des représentations et des savoirs du soin ?

Pour répondre à cette double question, la première partie interrogera le rapport entre statuts administratifs et souffrance psychique. Nous examinerons la façon dont les catégories administratives conditionnent l'accès au soin, et la manière dont l'attente, l'instabilité résidentielle et la peur peuvent devenir des facteurs pathogènes à part entière. Il s'agira également de replacer les expériences traumatiques dans des histoires migratoires longues et complexes.

La deuxième partie se concentrera sur la rencontre de soin elle-même. Nous interrogerons l'espace dans lequel celle-ci se produit, la philosophie de l'accueil qui structure

les pratiques de PDM et les représentations qui entourent la souffrance, le psychologue et les différentes manières de concevoir l'aide.

Enfin, la troisième partie s'intéressera aux pratiques qui émergent de cette rencontre. Les pratiques d'aller-vers et de pair-aidance nous permettront d'interroger la rencontre entre savoirs professionnels et savoirs expérientiels. Et, à travers la notion de bricolage, nous verrons comment les acteurs tentent de faire du soin dans des situations où les ressources et les conditions nécessaires ne sont pas toujours réunies.

Partie I - Production de la souffrance : statut administratif et santé mentale

Chapitre 1 : Une santé à géométrie variable : statuts juridiques et accès aux droits

a) Qu'est ce qu'un « migrant » ?

Avant d'aborder les droits auxquels peuvent prétendre les personnes migrantes en France, il convient de s'arrêter sur les catégories qui les désignent. Loin d'être de simples étiquettes descriptives, ces termes semblent porteurs de représentations sociales, de rapports de pouvoir et de logiques d'inclusion ou d'exclusion qui précèdent et conditionnent tout accès aux droits.

À partir du XIXe siècle, la catégorie d'« étranger » désigne, d'un point de vue juridique, toute personne ne possédant pas la nationalité française (Trouillet, 2014). Entre les années 1950 et 1970 émerge la figure du « travailleur immigré », qui renvoie à l'image d'un homme seul, originaire des campagnes des pays du sud de l'Europe ou du bassin méditerranéen, dépourvu de nationalité française et employé dans l'industrie (Tripier, 2004, cité par Akoka, 2024). Contrairement à la catégorie d'« étranger » qui peut être associée à des positions sociales plus élevées, le « travailleur immigré » est assigné à une position socialement dominée. L'individu y est avant tout défini par sa fonction productive, « prêt à être consommé et renvoyé » à l'image d'une marchandise (Sayad, 1991, cité par Akoka, 2024).

À partir des années 1970, la représentation du travailleur temporaire destiné à retourner dans son pays d'origine cède progressivement la place à celle de l'« immigré » installé durablement en France avec sa famille (Akoka, 2024). Le terme s'institutionnalise en 1991 avec la définition du Haut Conseil à l'intégration qui désigne comme « immigré » « toute personne née étrangère, dans un pays étranger, qui vit en France ». Contrairement à l'« étranger », la catégorie d'« immigré » renvoie à un état non modifiable, à une personne qui, même naturalisée, continue d'être définie par son origine et maintenue dans une forme d'altérité sociale (Akoka, 2024). Dans les années 90, la juridicisation croissante de la question migratoire et le durcissement des politiques d'asile conduisent à une multiplication de catégories fondées sur le statut administratif ou juridique des personnes (Trouillet, 2014). L'usage de termes tels que « clandestin », mais aussi de désignations ethnicisées ou

racialisées comme « Arabe », « Maghrébin » ou « Africain », témoigne d'une crispation générale sur l'idée d'origine (*Ibid*)[10].

Le terme de « migrant », tel qu'il s'est imposé dans les discours publics, médiatiques et institutionnels depuis les années 2000, met davantage l'accent sur le mouvement, le passage ou la circulation, que sur un statut juridique ou une condition sociale (Green, 2002, cité par Akoka, 2024). À la différence des catégories administratives telles que celles d'« étranger » ou d'« immigré », ce terme n'a pas de position juridique stable. Il désigne une personne engagée dans un processus de mobilité, indépendamment des raisons, des modalités ou de la durée de son déplacement. En apparence plus neutre[11], cette catégorie tend néanmoins à homogénéiser des trajectoires migratoires pourtant très diverses et à assigner les individus à une condition transitoire définie avant tout par leur déplacement. Comme les catégories qui l'ont précédée, elle renvoie le plus souvent à une position socialement dominée et à des populations perçues comme extérieures à la communauté nationale, tout en contribuant à invisibiliser la diversité de leurs expériences et de leurs conditions de vie (Akoka, 2024). Pour la sociologue Karen Akoka, ces différentes classifications ne sont pas de simples catégories descriptives mais des constructions politiques qui traduisent une vision hiérarchisée du monde et contribuent à légitimer certaines mobilités plutôt que d'autres. Ainsi, une personne de nationalité allemande ou américaine installée en France sera rarement qualifiée de « migrante » mais d'« expatriée ».

Pour toutes ces raisons, les membres de Psychologues Du Monde ont fait le choix de ne pas employer le terme « migrant » mais de parler de « nouveaux arrivants ». Selon Gilbert Lacanal, psychologue et fondateur de l'ONG, cette appellation permet de ne pas réduire la personne à une particularité : « Imagine on t'appelle sdf, essaye de t'en défaire après. » « Je reçois même pas des migrants ici, moi je suis comme Hannah Arendt je reçois des nouveaux arrivants. ».

---

[10] À l'inverse, la catégorie de « sans-papiers » est mobilisée par les acteurs associatifs et militants afin de renverser le stigmate associé à la clandestinité et de mettre en lumière la précarisation produite par les politiques migratoires elles-mêmes (Terray, 2013, cité par Akoka, 2024).

[11] Cherchant à se distancier des représentations stigmatisantes attachées à « l'immigré-émigré », plusieurs chercheurs en sciences sociales ont adopté ce terme, d'apparence plus neutre, pour mettre en valeur l'*agency* des personnes, leurs « savoir-circuler » et leur capacité à construire des liens par-delà les frontières (Akoka, 2024). Toutefois, certains auteurs, comme Abdelmalek Sayad, soulignent que cette focalisation sur le mouvement risque paradoxalement d'invisibiliser les conditions sociales, économiques et politiques qui rendent ces mobilités possibles ou nécessaires (Sayad, 1991, cité par Akoka, 2024). Face à ces limites, d'autres chercheurs, tels que Karen Akoka ou Michel Agier, préfèrent le terme d'« exilé », qui permet de dépasser l'opposition entre « migrant » et « réfugié » tout en réintroduisant la dimension politique du déplacement.

Le terme de « nouvel arrivant » renvoie à une conceptualisation développée par Hannah Arendt, dans son œuvre *Nous autres réfugiés* (1943)[12]. La philosophe, elle-même apatride durant une partie de sa vie, y critique les logiques étatiques d'exclusion fondées sur la nationalité. Selon elle, le statut de réfugié ou de migrant tend à réduire les individus à leur condition juridique, niant leur humanité et leur singularité. En parlant de « nouveaux arrivants », elle propose de penser l'arrivée comme un commencement potentiel, un moment d'insertion dans une communauté politique fondée sur le droit d'avoir des droits. Elle propose ainsi de sortir de l'imaginaire associé au terme de « migrant », un « élément non individualisé d'un ensemble (Rodier 2013), enfermé dans le mouvement, [qui] efface les origines, les destinations, les statuts politiques et économiques ne donnant substance qu'à la circulation » (Akoka, 2024)[13].

Si cette appellation a le mérite de replacer la personne avant le statut, il me semble qu'elle risque néanmoins d'effacer la dimension politique d'une condition qui est précisément produite par des choix politiques. Dans ce mémoire, j'ai donc choisi d'utiliser le terme de « personnes migrantes », « personnes » pour garder la singularité et l'humanité de ceux dont il est question, et « migrantes » pour maintenir visible la condition de mobilité et les rapports de pouvoir qui la traversent.

Si PDM choisit de s'écarter de ces catégories pour privilégier une approche centrée sur les personnes plutôt que sur leur statut migratoire, celles-ci n'en demeurent pas moins déterminantes dans le contexte français. En effet, les droits, les conditions d'accueil et les parcours administratifs des personnes migrantes sont largement structurés par les catégories juridiques du droit des étrangers et du droit d'asile. Il est donc nécessaire de les présenter afin de mieux comprendre le cadre dans lequel s'inscrit l'action de l'association.

[12] « Tout d'abord, nous n'aimons pas que l'on nous traite de « réfugiés ». Nous nous baptisons « nouveaux arrivants » ou « immigrés ». » (Arendt, 1943) (https://droit.cairn.info/revue-pouvoirs-2013-1-page-5?lang=fr)

[13] La chercheuse Karen Akoka consacre un chapitre à l'émergence du terme « migrant » et à l'univers symbolique qui l'entoure : « Les transformations des catégories [...] de l'étranger au travailleur immigré, à l'immigré puis au migrant, montrent à la fois la nature construite et politique de ces catégories, mais aussi leur performativité, ou pour le dire comme Cécile Canut (2016), combien « dire c'est faire la politique migratoire » (Akoka, 2024)

b) Statuts et droits d’accès aux soins

En France, les personnes migrantes peuvent, à leur arrivée sur le territoire, prétendre à différentes formes de protection juridique. Le statut de réfugié est accordé aux étrangers ayant subi, dans leur pays d'origine, des persécutions fondées notamment sur la race, la religion, la nationalité, le genre ou les opinions politiques. Lorsqu'une personne ne remplit pas les critères de ce statut mais qu'elle est exposée, en cas de retour, à des risques graves tels que la peine de mort, la torture ou des menaces sérieuses contre sa vie, elle peut bénéficier d'une protection subsidiaire, généralement accordée pour une durée de quatre ans renouvelable. Ces deux formes de protection relèvent du droit d'asile et sont attribuées par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA). Par ailleurs, une protection temporaire peut être mise en place dans des situations exceptionnelles d'afflux massif de populations fuyant des conflits armés ou des violations graves et répétées des droits humains, comme c'est le cas pour les ressortissants ukrainiens depuis 2022. Cette mesure, décidée au niveau du Conseil de l'Union Européenne, est accordée pour une durée limitée d'un à trois ans.

Une personne migrante présente en France depuis plus d'un an peut ainsi se trouver dans des situations très diverses : en situation régulière ou irrégulière, pour une durée déterminée ou non, en attente d'une décision relative à sa demande d'asile, bénéficiaire du statut de réfugié, ou encore dépourvue de titre de séjour après avoir été déboutée de sa demande. Chacun de ces statuts va alors conditionner différemment les droits d’accès à la santé d’une personne migrante. Les demandeurs d'asile et les réfugiés sont couverts par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS, anciennement CMU-C), sous condition d'une présence sur le territoire français d'au moins trois mois sans interruption, à l'exception des mineurs. Les personnes migrantes sans titre de séjour bénéficient quant à elles de l'Aide Médicale d'État (AME), qui leur permet d'accéder sans frais à la majorité des services de santé, sous réserve d'un séjour ininterrompu de trois mois en situation irrégulière et de ressources financières ne dépassant pas un plafond fixé à 862 euros par mois en 2025[14]. Un étranger peut également bénéficier d'une carte de séjour temporaire si son état de santé

[14] La demande d’AME doit être déposée physiquement par le demandeur dans une caisse primaire d’assurance maladie. Or, toutes les caisses ne possèdent pas de guichet AME et les bénéficiaires doivent parfois se rendre dans des établissements très éloignés de leur lieu de résidence, entraînant des coûts de déplacement.

nécessite une prise en charge médicale et si l'offre de soins dans son pays d'origine ne lui permet pas de bénéficier d'un traitement approprié (Bouscaillou, Guégan et Salomon, 2020).

Pour les toutes les personnes hors de ces dispositifs, soit parce qu'elles n'en ont pas le droit soit parce qu'elles ne le demandent pas, il existe le Dispositif d'accès aux Soins Urgents et Vitaux (DSUV), qui finance une prise en charge hospitalière pour les patients dont le pronostic vital est engagé. Les personnes sans couverture sociale peuvent également se rendre dans les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), présentes dans certains hôpitaux publics, ou bénéficier de consultations proposées par des associations telles que Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières ou La Case Santé à Toulouse. Les Équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) interviennent quant à elles auprès des personnes les plus vulnérables, dans une démarche d'« aller vers » visant à articuler les équipes psychiatriques et les acteurs de première ligne accueillant ces publics[15].

Sur le terrain toulousain, la prise en charge des personnes migrantes s'organise à travers un réseau complexe d'acteurs institutionnels, associatifs et citoyens. Cette pluralité d'intervenants rend souvent difficile la compréhension du dispositif pour les personnes concernées qui ne savent souvent pas vers qui se tourner. Par exemple, la distinction entre les assistants sociaux, les éducateurs spécialisés, les bénévoles, les agents de mairie ou encore les moniteurs-éducateurs est loin d'être évidente, même pour les professionnels de santé, comme me le confiait un des psychologues de PDM.

L'un des pôles principaux de coordination de cette prise en charge est le Service des Directions des Solidarités et de la Cohésion Sociale de la Mairie de Toulouse, qui orchestre un certain nombre d'actions en lien avec les problématiques d'hébergement, d'accès aux droits et d'accompagnement social. Pour autant, l'EMPP constitue, à ce jour, le seul dispositif institutionnel présent dans le champ de la santé mentale à destination des personnes précaires. Les autres structures sont principalement des associations qui s'orientent vers les personnes migrantes et proposent des accompagnements sous forme de permanences ou d'interventions directement dans les centres d'accueil. C'est le cas de PDM qui œuvre depuis 2004 pour faciliter l'accès à l'accompagnement psychologique pour les personnes les plus vulnérables et valoriser l'intervention des psychologues.

[15] https://creaiors-occitanie.fr/activite-des-equipes-mobiles-de-psychiatrie-precarite-empp-doccitanie/

c) Le dispositif contesté de l'Aide Médicale d'État (AME)

Parmi tous les dispositifs qui composent le système d'accès aux soins, l'Aide Médicale d'État occupe une place singulière. Non pas qu'elle soit la plus importante sur le plan de la couverture sanitaire, mais parce qu'elle est la plus contestée, la plus discuté et la plus régulièrement remise en question depuis sa création. L'AME n'est pas seulement un dispositif de soin parmi d'autres, c'est un objet politique qui cristallise de façon particulièrement visible les tensions autour de la question de qui mérite d'être soigné aux frais de la collectivité. L'histoire de ses contestations successives révèle la logique d'une santé conditionnelle dont les modalités sont toujours susceptibles d'être durcies, restreintes, renégociées selon les tendances politiques du moment. Il semble aussi que ces débats instrumentalisent la question de la santé pour alimenter un discours anti-immigration. Pour toutes ces raisons, il me semble important de nous attarder un peu plus sur ce dispositif, afin de mieux comprendre les enjeux politiques d'une prise en charge des plus vulnérables et les conséquences sur les personnes migrantes.

Originellement, l'aide médicale a été mise en place en 1893 sous le nom d'Assistance médicale gratuite (AMG), permettant aux malades les plus démunis de bénéficier de soins gratuits. Après la Seconde Guerre mondiale, elle se transforme en Sécurité sociale et concerne tous les résidents français remplissant les conditions légales d'attribution. Dans les années 1980, l'épidémie de VIH révèle les limites de ce dispositif, mettant en lumière l'absence de prise en charge des populations migrantes. Face à l'urgence sanitaire, conjuguée à la mobilisation des professionnels de santé et des associations, la Sécurité sociale crée en 1999 la Couverture médicale universelle (CMU) (Izambert, 2020, p. 44). Désormais, les citoyens français les plus précaires et les étrangers en situation régulière pourront bénéficier d'une couverture maladie.

Cette réforme s'accompagne en 2000 de la création de l'AME, financée par l'Etat et destinée exclusivement aux étrangers en situation irrégulière. Cette décision trace alors une frontière nette entre les étrangers en situation régulière bénéficiaires de la CMU, et les étrangers en situation irrégulière bénéficiaires de l'AME, dont la prise en charge n'inclut pas les soins ophtalmologiques, dentaires et auditifs. La fracture ne s'opère alors plus entre français et étrangers, mais entre différentes catégories d'étrangers, toutes dépendantes d'une décision administrative. Depuis lors, l'AME fait l'objet de remises en question récurrentes, dans un contexte où le nombre de ses bénéficiaires a pourtant triplé en l'espace de vingt ans

(Barbanel et Dupuy, 2025). Contrairement à ce qu'avance le sénateur Vincent Delahaye, cette augmentation ne serait pas la conséquence d'une hausse des migrations irrégulières, ni celle d'un « effet d'appel d'air » des prestations sociales françaises (Beltran, 2009), mais le résultat de « politiques de retrait de titres de séjour qui se sont accélérées ces dernières années », auxquelles s'ajoute la réduction de la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie de douze à six mois pour les personnes déboutées du droit d'asile (Izambert, 2020, p. 45).

Sans être supprimée, l'AME a connu de nombreuses réformes restrictives, telles que l'exclusion du remboursement de certains médicaments, ou l'instauration de délais de carence pour des soins spécifiques. L'historienne Caroline Izambert met notamment en garde contre la banalisation des formes de tri entre patients fondées sur leur couverture sociale, leur nationalité ou encore leur maîtrise de la langue. Elle souligne que ces pratiques de tri sont « profondément contraires à l'éthique médicale et au code de la santé publique » (Izambert, 2020, p.46). Ces inégalités d'accès et de traitement soulèvent des questions qui dépassent le seul registre de la santé physique et invitent à s'interroger sur leurs effets plus larges sur le bien-être des personnes concernées. La complexité des démarches administratives, la précarité du statut et les conditions d'accueil interrogent ainsi leurs effets sur la santé mentale des personnes concernées.

Chapitre 2 : L'attente, la peur, l'errance : les facteurs pathogènes du parcours migratoire

L'arrivée en France ne marque pas la fin des épreuves pour les personnes migrantes. Dans de nombreux travaux, le milieu urbain et les contextes de mobilité spatiale ont été décrits comme potentiellement pathogènes, en raison des violences et des ruptures que les individus doivent gérer dans leur processus d'adaptation à un nouvel environnement social (Petit et Wang, 2018). Pour les personnes migrantes, cette dimension pathogène prend une forme spécifique, étroitement liée aux conditions d'accueil et aux politiques migratoires du pays d'installation. Pour beaucoup, c'est le début d'une nouvelle forme de souffrance, celle que produisent les institutions elles-mêmes. Comme le souligne Slimane Touhami, « les difficultés plurielles vécues à différents temps du parcours migratoire peuvent ainsi entraîner, pour les candidats à un avenir meilleur, des conséquences sanitaires avec, notamment sur le plan psychique, de lourds effets pathogènes. Stress post-traumatique, stress acculturatif ou encore syndrome d'Ulysse constituent quelques-unes des catégories nosographiques les plus

fréquemment repérées » (Touhami, 2022, p. 57). L'attente administrative, l'instabilité résidentielle et la peur constituent trois dimensions étroitement imbriquées d'une condition post-migratoire qui agit comme un facteur pathogène à part entière.

a) L’attente

Le processus d'assignation d’un statut juridique constitue en soi une épreuve temporelle majeure. Après le dépôt d'une demande d'asile auprès de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), la décision finale est rendue par les magistrats de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), ou par la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) en cas de recours. Les délais de traitement en première instance étaient en moyenne de six à sept mois en 2023, mais les procédures de recours portent fréquemment ce délai à dix-huit mois, voire plusieurs années. Dès lors que le jugement est prononcé, il acquiert une valeur de vérité absolue aux yeux de l'ordre juridique et du discours politique. Avant cela, les demandeurs d’asile se retrouvent dans une grande période d’attente, un temps « interstitiel » (Tisato, 2017) qu’il faut combler et occuper.

L'attente constitue l'une des expériences les plus structurantes de la condition des demandeurs d'asile en France. Loin de se réduire à un simple délai procédural, elle configure en profondeur le rapport au temps, à l'espace et à soi des personnes qui la traversent. Dans une enquête menée auprès de demandeurs d'asile hébergés en Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA), l'anthropologue Carolina Kobelinsky décrit des quotidiens « marqués par l'attente » et « contraints à l'inactivité », dans lesquels « la dilatation du temps s'articule à une rétractation de l'espace » et réduit considérablement les marges d'action des individus (Kobelinsky, 2012, p. 183). Cette expérience de temps suspendu, d'immobilité et de présent « bloqué » est le produit d'une assignation administrative qui prive les personnes de toute maîtrise de leur présent.

Cette rétractation de l'espace que décrit Kobelinsky trouve un écho plus large dans les travaux de Michel Agier sur les camps de réfugiés. L'anthropologue montre que les différents dispositifs d'accueil et de tri des populations déplacées (zones de transit, centres de rétention, camps…) remplissent tous la même fonction de contrôler et trier les personnes en les maintenant dans un espace-temps suspendu (Voldman, 2009, p.123). Cette période provisoire, qui devrait par définition être temporaire, tend à s'éterniser, au point de devenir ce que Agier nomme un « présent sans fin ». Le CADA, sans être un camp au sens strict qu'étudie Agier, semble participer de cette même logique de mise à l'écart spatiale et temporelle. En assignant

les demandeurs d'asile à un lieu et à une attente dont ils ne maîtrisent ni la durée ni l'issue, il produit les mêmes effets de rétractation du présent. Cette dimension politique de l'attente rejoint par ailleurs une réflexion plus ancienne d'Abdelmalek Sayad sur la condition de l'immigré qui est non seulement dominé socialement, mais aussi nié politiquement, flottant dans un entre-deux inconfortable, « entre l'être et le non-être » (Sayad, 1990).

Le sociologue et cinéaste Davide Tisato (2017) fait le même constat auprès des résidents d'une CADA de Montpellier. Il décrit une « période d'attente faite d'ennui, d'impuissance, de solitude et d'anxiété », dont le temps « mort » « influe fortement sur leurs émotions et leurs sentiments » (Tisato, 2017, p. 125). Slimane Touhami fait la même observation en CADA : « le quotidien en CADA peut aussi être associé à une expérience du vide [...] certains informateurs ont pu pointer, dans des échanges informels, le manque d'animations proposées aux adultes avec pour conséquences, l'ennui et le désœuvrement, portes d'entrées à une rumination néfaste pour les plus fragiles » (Touhami, 2022, p.63). Le chercheur Audran Aulanier (2021) prolonge ce constat en montrant que ce n'est pas uniquement la durée longue de la procédure qui se trouve affectée, mais chaque moment du quotidien qui est relié à la situation administrative. L'ennui, les pensées incessantes, l'incapacité à se projeter dans un avenir, ainsi que le calendrier imposé par l'OFPRA (rendez-vous de préparation à l'audience, attente de la convocation) constituent autant de facteurs qui pèsent sur la santé mentale des demandeurs d'asile (Aulanier, 2021, p. 14). C'est précisément cette aliénation de l'attention qui « rend fou », selon l'expression recueillie par Saglio-Yatzimirsky (2018) dans ses entretiens, en ce qu'elle fait perdre aux personnes le contrôle de leur propre temporalité. Le problème n'est pas seulement d'attendre longtemps, mais d'être privé, comme le formule Kobelinsky, de « toute maîtrise du présent », ce qui rend impossible toute projection dans l'avenir. Fabrice, psychologue à Psychologues Du Monde (PDM), fait la même observation :

> « Quand on a des questions qui touchent à ton bien-être, à ta survie et que tu n'as pas de réponse, c'est extrêmement angoissant. Quand tu es devant une administration qui est un monstre kafkaïen, que tu ne comprends pas, que tu ne sais pas sur quelle ficelle tirer, c'est extrêmement angoissant. Donc, forcément, ces gens-là se trouvent face à des difficultés qui les dépassent, qu'ils ne comprennent pas et sur lesquelles ils sentent qu'ils ont très peu de pouvoir d'action.»

À l'Espace Social du Grand Ramier (ESGR), cette dimension de l'attente se matérialise de façon particulièrement visible dans l'organisation même du lieu. Chaque jour,

de nombreuses personnes viennent faire la queue pour manger et récupérer leur courrier, et les files d'attente pour la cantine solidaire et la domiciliation postale de la Croix-Rouge structurent alors l'espace. Ce n'est pas tant l'immobilité des corps qui traduit ici l'attente, comme c'est le cas dans les CADA décrits par Kobelinsky, mais la régularité de leur venue à la domiciliation postale pour voir si une réponse est arrivée. J'ai observé à plusieurs reprises des personnes non francophones tendre un courrier reçu à un bénévole de PDM pour tenter de comprendre ce qu'il signifiait. La réception d'un document administratif n'est pas la fin de l'attente mais souvent le début d'une nouvelle étape car il faut d'abord comprendre ce qui est demandé, à qui il faut l'envoyer, dans quel délai, puis attendre la validation de la pièce reçue, puis le traitement du dossier, puis la réponse. L'attente s'enchaîne à l'attente, parfois sur des mois, parfois sur des années.

Cette désynchronisation entre le temps des personnes et le temps des institutions est particulièrement frappante dans les pratiques de soin. Une psychologue bénévole à PDM relevait lors d'une réunion de bilan que l'institution n'est pas adaptée au rythme des personnes qu'elle accueille. Ce constat rejoint celui de Touhami, qui observe en CADA et en MECS qu'« une catégorie d'observations a trait aux effets négatifs de l'institution sur l'état sanitaire de migrants vulnérabilisés par l'exil. Plusieurs informateurs font référence au temps « qui manque » à la relation [...] Cette primauté du quantitatif sur le qualitatif se retrouve aussi en MECS, avec une priorisation des chantiers qui peut laisser de côté la question « psy » (Touhami, 2022, p. 62). Là où les administrations demandent aux demandeurs d'asile de « construire un projet de vie » pour s'insérer dans la société française, beaucoup de personnes fraîchement arrivées éprouvent une grande difficulté à se projeter. Comment penser un avenir lorsque le présent lui-même demeure incertain ? Tant que la personne ne sait pas si elle pourra rester sur le territoire, où elle vivra dans les mois à venir, si elle pourra travailler ou encore retrouver sa famille, la construction d'un projet apparaît comme une injonction particulièrement difficile à satisfaire. Le temps administratif impose ainsi une temporalité paradoxale, où il faut attendre une décision tout en étant sommé de se projeter, de s'insérer et de construire son avenir.

b) L'instabilité des logements

La précarité juridique s'articule, pour beaucoup de demandeurs d'asile, à une précarité résidentielle qui aggrave considérablement l'expérience de l'attente. Après des parcours migratoires longs et complexes, marqués par des séparations familiales, des pertes et des

expositions à la violence, les personnes sont souvent confrontées à des épisodes de sans-abrisme à leur arrivée en France[16]. Si la législation française reconnaît aux demandeurs d'asile le droit à un hébergement dans des structures dédiées (CADA, HUDA), la réalité révèle un système d'accueil structurellement surchargé, avec de nombreuses personnes contraintes de vivre dans des campements aux conditions indignes (Tisato, 2017, p. 122). Pour Aulanier, sans logement stable offrant une « habitabilité » minimale, il devient très difficile de trouver des activités, de diriger son attention vers autre chose que la procédure, ou de sortir de cette aliénation temporelle qui épuise les demandeurs d'asile (Aulanier, 2021, p. 13).

Beaucoup de demandeurs d'asile passent de longues heures à déambuler dans les rues, à arpenter les parcs sans véritable point de chute, pour s'occuper ou se « changer les idées » (Tisato, 2017, p. 130). Kobelinsky décrit à ce titre une géographie de l'errance faite de déambulations plus ou moins forcées et de creux d'attente qui maintiennent les corps dans un entre-deux, « confinés entre ennui et espoir » (Kobelinsky, 2012). Ce paradoxe de corps en mouvement mais socialement immobilisés caractérise une condition où ni l'arrêt ni le déplacement ne sont pleinement possibles.

L'instabilité résidentielle a également des répercussions directes sur la possibilité d'une prise en charge psychologique continue. Bertini *et al.* (2020) posent la question de manière concrète : comment un protocole thérapeutique peut-il se maintenir lorsqu'un patient retourne vivre dans la rue entre chaque consultation ? L'instabilité des conditions de vie rend difficile tout projet de soin suivi, médical comme psychologique. Ces situations « hors cadre » révèlent les limites des protocoles thérapeutiques classiques face à des formes de précarité qui les rendent structurellement inapplicables. Pour exemple, un des pair-aidants de PDM me parle un matin d'un homme macédonien qu'il cherche à aider depuis plusieurs semaines :

> « C'est lui qui vit depuis 6 ans ici dans un chantier de démolition, il est handicapé total et il a aucune chance de monter un dossier mdph. C'est extraordinaire quelle force de vivre handicapé, 6 ans dehors… c'est un luchador. Tous les samedis je le trouvais là à saint aubin au marché aux puces avec une quantité de marchandise après peut être en vendant des cigarettes par ci par là mais sinon c'est fight. Je n'ai pas vu une telle motivation de vivre jamais, de mon âge, dans toute mon expérience de ma vie. »

[16] Les femmes et les mineurs isolés se trouvent dans ce contexte, particulièrement exposés aux risques de violence et d'exploitation (Bertini *et al*., 2020).

L'instabilité résidentielle peut également produire des effets indirects et moins visibles sur la santé mentale, en perturbant des rythmes de vie qui avaient été construits comme stratégies de survie. J'ai rencontré à l'ESGR une femme qui, pendant la période où elle vivait à la rue, avait pris l'habitude de marcher toute la nuit et de chercher des endroits où dormir le jour, car il était trop dangereux pour elle de dormir dehors la nuit en tant que femme seule. Lorsqu'elle a finalement eu accès à un logement provisoire, elle a conservé ce rythme de vie (dormir le jour, vivre la nuit) qui a eu pour conséquence de réveiller les autres résidents et qui a mené à son expulsion. Il semble que ce que les institutions ont perçu comme un comportement inadapté était peut-être en réalité le maintien d'une stratégie de protection construite dans l'urgence, que le passage à un environnement sécurisé n'avait pas encore pu défaire. On peut ainsi voir dans cet exemple comment l'instabilité résidentielle laisse des traces psychiques et comportementales qui persistent bien au-delà de la situation qui les a produites.

c) La peur comme régulatrice de l'accès aux soins

Le recours aux structures de soins s'accompagne bien souvent d'un sentiment de peur. La crainte de l'expulsion pour les personnes sans titre de séjour, ou plus largement la peur d'une exposition au regard des autorités pour les demandeurs d'asile, conduit fréquemment ces personnes à attendre que leurs souffrances soient devenues insupportables pour consulter un médecin (Barbanel et Dupuy, 2025). Par conséquent, l'attente d'obtention de l'AME couplée à la peur de consulter aggrave les pathologies au point que leur prise en charge, une fois les droits ouverts, s'avère bien plus lourde et coûteuse qu'elle ne l'aurait été précocement.

L'éloignement géographique des guichets administratifs et des structures de soins vient amplifier ce phénomène. Comme le montrent Barbanel et Dupuy (2025), se déplacer pour consulter augmente le risque d'être contrôlé dans les transports ou dans l'espace public. La géographie même de l'accès aux droits devient un facteur de vulnérabilité supplémentaire, transformant chaque déplacement en prise de risque potentielle. Aulanier (2021) rappelle que le demandeur d'asile n'est jamais pleinement à l'abri du sentiment de menace, ni dans un hébergement collectif où il peut craindre d'être identifié par des personnes issues de son pays d'origine, ni dans l'espace public où il redoute le contrôle policier. L'espace social se transforme ainsi en espace de surveillance permanent, entretenant un état de vigilance constant qui semble profondément incompatible avec tout processus d'amélioration de la santé mentale.

La rencontre avec Gisèle, une femme française d'origine gabonaise à la rue depuis six mois, bénéficiaire de PDM à l'ESGR illustre comment certaines personnes peuvent mobiliser des ressources psychiques dans des moments de vie difficile. Elle me confie s'étonner elle-même de ne pas avoir « sombré » ou de ne pas être « devenue folle » tant les situations qu'elle a vécues et observées depuis qu'elle est à la rue lui semblent extrêmes. Ce témoignage, loin de relativiser la souffrance produite par la précarité, montre que la résistance psychique n'est pas uniforme, et certaines personnes développent des ressources internes que les dispositifs de soin institutionnels ne savent pas toujours reconnaître ni mobiliser. C'est ce que constate Fabrice, psychologue bénévole à PDM :

> « Les migrants on les traite mal, on les accepte mal. C'est vrai, leur situation est difficile, elle est douloureuse, dévastatrice pour certains. Certains vont faire face au racisme, au rejet, mais là-dedans, il y a quand même les caractéristiques individuelles qui font que certains vont s'en sortir mieux que d'autres. Je parle là de ressources personnelles, et chaque cas après est ensuite particulier. »

Ce que l'attente, l'instabilité résidentielle et la peur ont en commun, c'est de produire des conditions de vulnérabilité qui ne sont pas individuelles mais structurelles. Elles ne résultent pas des caractéristiques psychologiques des personnes migrantes, mais des politiques migratoires, des logiques administratives et des conditions d'accueil qui leur sont imposées. En ce sens, elles constituent des facteurs de souffrance psychique dont l'origine est sociale et politique avant d'être clinique.

Cependant, réduire la souffrance psychique des personnes migrantes à ces seuls déterminants post-migratoires serait commettre une double erreur, celle d'ignorer que ces personnes arrivent en France avec des histoires déjà traversées par des violences multiples, et celle de croire qu'une réponse purement administrative ou purement clinique pourrait suffire à y répondre. Car la souffrance que portent beaucoup des personnes rencontrées à l'ESGR et accompagnées par PDM ne commence pas à la frontière française mais s'inscrit dans des trajectoires longues, complexes et stratifiées, que le contexte d'accueil vient alourdir sans en être l'unique origine.

Chapitre 3 : Les multiples traumatismes de l’exil

a) Les trois temporalités du traumatisme

Pour rendre compte de la complexité des souffrances psychiques des personnes migrantes, la psychologue et anthropologue Saglio-Yatzimirsky propose une grille de lecture qui distingue trois temporalités du traumatisme selon le moment du parcours migratoire auquel elles se rattachent : les traumatismes pré-migratoires, péri-migratoires et post-migratoires (Baubet et Saglio-Yatzimirsky, 2021). Cette distinction ne vise pas à cloisonner des expériences, mais à rendre visible la pluralité des strates qui composent la souffrance d’une même personne et à rappeler que ce que les intervenants rencontrent sur le terrain n'est jamais le produit d'une cause unique.

Les traumatismes pré-migratoires sont liés aux violences vécues dans le pays de départ, les persécutions politiques, guerres, tortures, emprisonnements, mais aussi violences familiales, mutilations ou viols. Ces expériences précèdent la migration et en constituent souvent la cause directe. Elles touchent à l'intime et au corps ce qui peut rendre leur verbalisation particulièrement difficile, notamment dans un contexte de soin étranger où les codes culturels, les représentations du corps et les normes de pudeur peuvent être très différents de ceux du pays d'accueil. La psychiatre et anthropologue Claire Mestre (2022) souligne à ce titre les violences spécifiquement genrées que subissent de nombreuses femmes migrantes (viols, mutilations génitales, violences conjugales…) qui constituent des traumatismes particulièrement complexes à aborder dans le cadre d'une consultation psychologique classique en France, d’autant plus si l'intervenant est un homme ou lorsqu'aucun espace de confidentialité réelle ne peut être garanti.

Parmi les personnes accompagnées par PDM à l'ESGR, plusieurs situations illustrent concrètement cette dimension. Un psychologue de l'ONG évoque le cas d'une famille palestinienne arrivée en France après un long parcours migratoire. Le père a réussi à faire venir sa famille par regroupement familial mais les traces de ce qu'ils ont traversé sont visibles chez chacun des membres. L'un des enfants souffre d'hospitalisme, il a passé les neuf premiers mois de sa vie à l'hôpital, n'a jamais été scolarisé, et chaque fois qu'un avion passe au-dessus de sa tête il est terrorisé. Un autre a été scolarisé mais parle très peu et un troisième membre de la famille est en fauteuil roulant. Ils vivent pour l'instant dans un hôtel avec d'autres familles, dans des conditions d'instabilité résidentielle qui rendent toute prise en charge thérapeutique quasiment impossible.

Les traumatismes péri-migratoires renvoient quant à eux aux violences vécues sur le chemin de l'exil, aux traversées dangereuses, aux détentions arbitraires, aux violences des passeurs ou encore aux séparations familiales brutales. Ces expériences sont souvent les moins visibles dans les dispositifs de soin, pour deux raisons. D'une part, elles surviennent dans un entre-deux géographique et juridique (ni dans le pays d'origine ni dans le pays d'accueil) qui les rend difficilement saisissables par les institutions. D'autre part, elles sont fréquemment omises ou minimisées par les personnes elles-mêmes, soit parce qu'elles les jugent moins « légitimes » que les persécutions politiques pour obtenir une protection, soit parce que les revivre dans un récit serait insupportable.

Les travaux ethnographiques récents mettent en lumière une dimension particulièrement préoccupante de ces traumatismes péri-migratoires que sont les violences sexuelles subies par les femmes sur les routes de l'exil. Comme le souligne la sociologue Karen Akoka, les femmes qui voyagent clandestinement et seules sont « quasi systématiquement victimes d'abus et d'agressions sexuelles » au cours de leur traversée (Laacher, 2010, cité par Akoka). Ces violences ne donnent pourtant droit à aucune protection juridique spécifique car les politiques d'asile protègent les femmes contre les violences commises dans leur pays d'origine par les membres de leur communauté, mais pas contre celles qu'elles subissent sur les routes imposées par les politiques de fermeture des frontières (Schmoll, 2019, cité par Akoka). Cette invisibilité juridique s’ajoute à une invisibilité psychologique dans la mesure où ces violences sont rarement évoquées spontanément en consultation, et les intervenants ne disposent pas toujours des outils culturels et relationnels pour créer les conditions dans lesquelles elles pourraient être abordées. Parmi les situations rencontrées à l'ESGR, le récit de deux femmes illustre cette dimension péri-migratoire. L’une est algérienne et est arrivée à l'ESGR en tant que seule survivante d'une embarcation qui a fait naufrage en mer Méditerranée. La seconde est angolaise, a subi des violences sexuelles et a traversé les frontières, cachée dans un conteneur. Ces deux femmes ont connu en chemin la mort des autres et la survie dans des conditions de danger extrêmes.

Plusieurs professionnels perçoivent d'ailleurs une aggravation de ces traumatismes péri-migratoires au fil du temps, qu'ils relient autant à l'évolution du contexte géopolitique qu'à leurs propres observations de terrain. Slimane Touhami rapporte ainsi les propos d'un éducateur spécialisé en MECS : « Avant le parcours pour venir en France était douloureux mais moins chaotique et moins tragique que ce que connaissent nos jeunes. [...] Il y a 17 ans, ils n'avaient pas ce parcours-là. Soit, ils arrivaient par avion... Bref, ils n'avaient pas ce

parcours aussi douloureux et aussi traumatique ou de maltraitance sur leurs parcours » (Touhami, 2022, p. 60).

Les traumatismes post-migratoires, enfin, correspondent à ce que nous avons analysé dans le chapitre précédent à travers la précarité administrative, l'instabilité résidentielle, la peur et les discriminations vécues dans le pays d'accueil. Les placer dans cette catégorie permet de les inscrire dans une continuité avec les deux premières. Ils ne sont pas une expérience isolée mais la troisième strate d'une souffrance qui s'est constituée progressivement, tout au long d'un parcours. C'est cette continuité qui rend si difficile, pour les intervenants, de traiter les traumatismes post-migratoires sans tenir compte de ce qui les précède.

b) Une souffrance multifactorielle

La distinction en trois temporalités est analytiquement utile pour illustrer que ce qui caractérise fondamentalement la souffrance des personnes en exil est la superposition et l'imbrication de ces strates. Dans la réalité des consultations à PDM, une même personne peut porter simultanément des séquelles de violences subies dans son pays d'origine, des traumatismes liés à sa traversée, et les effets psychiques de mois ou d'années d'attente administrative en France. Cette superposition semble poser une première difficulté aux intervenants, celle du « par où commencer ? ». Faut-il d'abord stabiliser la situation matérielle et administrative avant d'aborder la souffrance psychique ? Ou peut-on travailler sur le psychique même dans des conditions de vie instables ? La réponse de Gilbert, fondateur de PDM, s'articule autour de la notion d'autonomie. Pour lui, l'objectif premier de l'accompagnement n'est pas de traiter les traumatismes dans leur profondeur mais de donner aux bénéficiaires les moyens de se repérer et de se débrouiller dans leur environnement immédiat. Comme nous le verrons dans la deuxième partie de ce mémoire, donner à une personne les ressources pour trouver de la nourriture, comprendre un courrier administratif, ou trouver le chemin d'une structure d'aide, c'est déjà renforcer son estime d'elle-même et sa capacité à agir sur sa situation. Cette posture semble à la fois une réponse pragmatique aux contraintes du terrain et une philosophie de l'accompagnement qui refuse de séparer le soin psychique des conditions matérielles de vie.

Cette approche rejoint le constat de Saglio-Yatzimirsky selon lequel la superposition des traumatismes rend difficile toute approche thérapeutique standardisée et appelle des

dispositifs de soin particulièrement souples et attentifs à la singularité des histoires individuelles (Baubet et Saglio-Yatzimirsky, 2021). Mais elle soulève aussi une tension que les acteurs de terrain ne peuvent pas résoudre seuls. Si la souffrance psychique est produite en partie par des conditions structurelles (politiques migratoires, logiques administratives, précarité) alors soigner les individus sans transformer ces conditions revient à traiter des symptômes sans s'attaquer aux causes.

c) Le traumatisme comme catégorie culturellement située

La notion de traumatisme sur laquelle repose le cadre de Saglio-Yatzimirsky est elle-même une construction historique et culturelle qui mérite d'être interrogée. Si le traumatisme est aujourd'hui souvent présenté comme une réalité médicale objective, les catégories qui permettent de le définir restent le produit de contextes sociaux, politiques et institutionnels spécifiques. Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*DSM-V*), publié par l'Association américaine de psychiatrie, constitue aujourd'hui la principale référence internationale en matière de classification des troubles mentaux. Fondé sur des critères symptomatiques standardisés et présentés comme universels, il s'est progressivement imposé comme la grille de lecture dominante dans les pratiques cliniques occidentales, y compris en France. Pourtant, comme le montrent Didier Fassin et Richard Rechtman dans *L'Empire du traumatisme* (2024), ces catégories ne sont pas le simple reflet de la réalité, mais le résultat d'une histoire et de choix politiques qui façonnent les manières de nommer et de reconnaître la souffrance psychique.

L'histoire du syndrome de stress post-traumatique (*Post-Traumatic Stress Disorder*, *PTSD*) illustre particulièrement bien cette construction. Introduit dans le *DSM-III* en 1980, ce diagnostic apparaît dans un contexte marqué par les revendications des vétérans de la guerre du Vietnam, qui demandaient la reconnaissance des séquelles psychiques laissées par le conflit. Comme le montrent Fassin et Rechtman, l'intégration du *PTSD* dans le *DSM* n'est pas née d'une observation clinique neutre et universelle, mais d'une négociation politique entre des acteurs aux intérêts divergents, dans un contexte social très précis. Pour les mouvements américains opposés à la guerre, le *PTSD* permettait de dénoncer la violence du conflit tout en reconnaissant les soldats comme victimes des circonstances plutôt que comme les seuls responsables des violences commises. A l'inverse, pour les autorités militaires et politiques, il offrait la possibilité de réinterpréter les actes des combattants à travers les conséquences psychiques de la guerre, contribuant ainsi à atténuer leur responsabilité morale (Fassin et

Rechtman, 2024, p. 114). La reconnaissance du *PTSD* ouvrait dès lors un droit à réparation pour les anciens combattants tout en rendant possible leur réintégration sociale (*Ibid*., p. 117). Le traumatisme apparaît ainsi moins comme une catégorie exclusivement médicale que comme une catégorie politique, dont les effets dépassent largement le champ de la psychiatrie.

Cette lecture n'implique pas pour autant de disqualifier toute utilisation clinique du *PTSD*. Au contraire, les observations réalisées à PDM montrent que les professionnels mobilisent cette catégorie avec prudence et réflexivité. Gilbert explique ainsi qu'il s'en sert avant tout comme d'un repère clinique lui permettant d'évaluer l'évolution de la souffrance psychique et d'orienter, lorsque cela paraît nécessaire, certaines personnes vers des centres spécialisés :

> « Je m'en sers, si tu veux, comme référentiel conceptuel et théorique. Je sais qu'une personne qui vit une situation traumatique a des réactions normales à des situations exceptionnelles. [...] Je me sers au moins un peu de la durée pour évaluer à quel moment la personne en est. Et si éventuellement je travaille sur ces hypothèses, on a des centres experts du PTSD à qui je les adresse. ».

Le *DSM-V* apparaît ici moins comme un protocole rigide que comme une boussole clinique, mobilisée de manière pragmatique parmi d'autres outils d'évaluation. Cette posture contraste avec une lecture strictement normative du manuel tel qu'il est enseigné dans la formation des psychologues en France, et rappelle que les catégories psychiatriques peuvent faire l'objet d'usages situés, adaptés aux réalités du terrain.

Les enjeux deviennent toutefois différents lorsque ces catégories dépassent le cadre thérapeutique pour investir celui de la procédure d'asile. Dans ce contexte, la souffrance psychique ne constitue plus seulement un objet de soin, mais devient également un élément de preuve. En France, toute personne sollicitant une protection internationale doit convaincre l'OFPRA de la réalité des persécutions qu'elle déclare avoir subies. Cette exigence repose largement sur la capacité du demandeur à produire un récit cohérent, individualisé et émotionnellement crédible de son histoire. Or cette manière d'exprimer la souffrance renvoie à des présupposés culturels très proches de ceux qui structurent la clinique occidentale, comme la verbalisation des émotions, la mise en récit de soi, la continuité biographique et la cohérence narrative.

Fassin et Rechtman montrent précisément que le traumatisme est progressivement devenu ce qu'ils nomment une « épreuve de véridiction de l'asile ». Absent de la procédure

d'évaluation il y a deux décennies, le certificat médico-psychologique fait désormais partie intégrante de la politique de la preuve que les institutions françaises mettent en place dans leur procédure de sélection des candidats au statut de réfugié (Fassin et Rechtman, 2024, p. 269). Tout comme les stigmates physiques, les séquelles psychologiques de la violence subie sont désormais susceptibles d'authentifier le récit du demandeur d'asile. La relation causale établie par un expert entre des signes constatés et des persécutions alléguées apporte la preuve que ces dernières ont bien eu lieu, donnant aux officiers de l'OFPRA ou aux juges de la CNDA[17] l'attestation dont ils ont besoin pour trancher sur la véracité des déclarations. Si l'on accorde aujourd'hui plus de crédit à l'expertise médicale et psychologique dans les procédures d'asile, c'est précisément parce qu'on en concède de moins en moins à la parole du demandeur, toujours soupçonné de tricher avec son histoire et d'être en fait un travailleur clandestin (*Ibid*, p.270).

Le traumatisme ne remplace pas la confiance accordée au demandeur mais la supplée, dans un contexte de défiance croissante des institutions à l'égard de ceux qu'elles sont censées protéger. Comme le souligne un membre du Comede[18] cité par Fassin et Rechtman, « la logique administrative est incompatible avec la logique thérapeutique ». Les cliniciens sont amenés à produire des certificats qui, tout en relevant du soin, participent à la sélection administrative des demandeurs d'asile. Ils deviennent ainsi, parfois malgré eux, des acteurs de la politique de l'asile. Ce que cette évolution semble révéler, c'est une nouvelle forme d'inadéquation culturelle. Non seulement les outils cliniques occidentaux peinent à saisir des souffrances qui s'expriment dans d'autres registres que ceux qu'ils ont appris à identifier, mais ces mêmes outils sont désormais réquisitionnés pour servir une logique administrative de tri et de sélection qui n'a rien de thérapeutique. La souffrance psychique des demandeurs d'asile se trouve ainsi doublement contrainte : elle doit d'abord exister dans les formes que le *DSM-V* permet de nommer, puis être mise en récit dans les formes que l'OFPRA accepte de reconnaître. Comme le formule Fassin (2006b), c'est de cette « vérité « performative » du jugement institutionnel que dépendent les vies de milliers de demandeurs d'asile. Non seulement ils doivent souffrir, mais ils doivent souffrir d'une façon qui soit reconnaissable et crédible aux yeux d'institutions dont les critères d'évaluation sont eux-mêmes culturellement et politiquement situés.

---

[17] Cour Nationale du Droit d'Asile

[18] Le comité pour la santé des exilés (comede) est une association française de soutien aux personnes exilées créée en 1979. Elle a pour objectif d' « agir en faveur de la santé des exilés et défendre leurs droits ». https://www.comede.org/

Ce que la première partie de ce mémoire a mis en lumière, c'est un double tension. D'un côté, les personnes migrantes arrivent en France avec des souffrances psychiques réelles, multiples et stratifiées, que les politiques d'accueil contribuent à aggraver plutôt qu'à atténuer. De l'autre, les outils dont disposent les professionnels de santé mentale pour y répondre (catégories cliniques, protocoles thérapeutiques, cadres institutionnels) sont eux-mêmes culturellement situés et souvent inadéquats aux réalités qu'ils prétendent traiter. Entre une souffrance qui déborde les cadres et des cadres qui peinent à la contenir, c'est dans cet espace de tension que se situe la rencontre de soin. Cette rencontre ne se produit pas dans l'abstrait, elle prend corps dans des lieux, des espaces, des interactions concrètes entre des acteurs aux logiques parfois divergentes. C'est à cette dimension incarnée et située de la rencontre que nous allons maintenant nous intéresser, en entrant dans le détail de ce qui se joue à l'ESGR et au sein de PDM.

Partie II - La rencontre de soin : entre urgence sociale et cadres culturels

Chapitre 4 : L'Espace Social du Grand Ramier (ESGR) : un espace de soin malgré lui

a) Géographie d'un centre social

L'appellation « îles du Grand Ramier » concerne l'ensemble des îles situées au sud du centre-ville de Toulouse, entre les deux bras de la Garonne, s'étalant du pont saint Michel jusqu'aux abords du quartier de Pech David. Autrefois cœur de la poudrerie nationale de Toulouse, l'île du Ramier a vu se succéder dès le XXe siècle l'usine hydroélectrique, le laboratoire de Banlève, la grande soufflerie, le Parc des sports, le stadium et le Parc des expositions. L'Espace Social du Grand Ramier (ESGR) se situe sur l'îlot de Banlève, dans la partie Nord du Grand Ramier, entre la déchèterie et un ancien garage automobile. Cette structure municipale a été créée en 1997 par la mairie de Toulouse, dans les anciens appartements du directeur de la structure EDF située à proximité, aujourd'hui obsolète. Son objectif est de gérer « des prestations relevant de l'action sociale à destination d'usagers sans ressources et de bénéficiaires de minima sociaux isolés domiciliés dans la Ville de Toulouse »[19]. Deux structures ont été implantées : le Restaurant Social géré par des agents de mairie, et le service de domiciliation postale géré par la Croix Rouge. Autour de ce noyau fixe gravite, au fil de la semaine, une pluralité d'intervenants associatifs et d'ONG, qui viennent proposer des prestations ponctuelles ou régulières (campagnes de sensibilisation, consultations médicales ou soins de première nécessité (CLAT, AIDES), atelier bien-être en partenariat avec la boutique Solidaire, accompagnement à la scolarisation…). Ce va-et-vient constant d'acteurs sociaux fait de l'ESGR un nœud central du réseau associatif mobilisé auprès des plus précaires, mais également un lieu de cohabitation contrainte entre dispositifs publics, logiques humanitaires et politiques urbaines.

La structure est accessible en tramway en descendant à la station « Ile du Ramier ». Il faut ensuite longer le parc du Ramier, puis passer un petit pont pour arriver devant l'entrée de l'ESGR. En bord de route, un grand portail coulissant ouvert indique que l'endroit est accessible et une pancarte de la mairie de Toulouse indique « Espace Social du Grand Ramier ». Une ancienne toulousaine est implantée au milieu d'une grande cour entièrement

[19] Ministère de la justice, 2022 https://www.cours-appel.justice.fr/toulouse/inauguration-du-point-justice-de-lespace-social-du-grand-ramier

bétonnée et entourée d'une clôture métallique donnant sur la rue. Du lundi au vendredi, hors période hivernale, environ 800 personnes y transitent chaque jour entre 10h30 et 14h. La majorité des bénéficiaires sont des hommes seuls, parfois accompagnés de chiens, mais on y trouve également de nombreuses familles, ainsi que des femmes accompagnées de poussettes ou d'enfants plus âgés. L'hétérogénéité des profils rendrait impossible toute tentative de dresser un portrait-type des personnes fréquentant l'ESGR.

En faveur d'une convention gratuite d'occupation des locaux, la Croix Rouge cohabite avec le Restaurant Social géré par la mairie de Toulouse. Des algécos ont été ajoutés pour que chaque service ait un espace dédié. En entrant dans la cour, une première file de personnes attend le long du restaurant pour récupérer un repas chaud pour le midi et un repas froid pour le soir. Toute la nourriture distribuée provient du réseau des cantines des écoles de la ville. Des agents de mairie s'affairent derrière une vitre en plexiglas, laissant juste une ouverture pour faire passer le sac de nourriture. Certains d'entre eux m'ont expliqué que cette vitre a été installée pour limiter les comportements violents des bénéficiaires envers les agents. Juste à côté, une porte mène à la salle de restaurant et aux bureaux des assistantes sociales situés derrière les cuisines. Durant toute l'ouverture du restaurant, un ou deux agents de mairie restent devant cette porte pour s'assurer du bon fonctionnement de la remise des repas.

De l'autre côté de la cour, côté rue, l'ancienne toulousaine a été sommairement réhabilitée. Des escaliers extérieurs métalliques en colimaçon ont été installés pour permettre l'accès à l'étage sur une terrasse partiellement en ruines où une passerelle extérieure, délimitée par des rubalises, mène à l'intérieur. C'est là que s'est installée la Croix Rouge avec au rez-de-chaussée la domiciliation postale, et à l'étage une permanence sociale uniquement sur rendez-vous. Enfin à l'arrière du bâtiment, les locaux initialement aménagés pour des douches publiques, aujourd'hui démontées, ont été mis à disposition des divers prestataires sociaux et associations qui interviennent tout au long de la semaine. A l'intérieur, un couloir sans fenêtre dessert des toilettes et trois autres pièces. Des chaises et des tables sont empilées et stockées ici, et un casier en métal est posé dans un coin pour que les bénévoles puissent ranger leurs affaires. Dans la plus grande pièce, là où se réunissent les bénévoles de PDM pour les réunions de fin de permanences, l'espace porte encore les signes de son usage initial. Les murs sont recouverts en partie de carrelage, la tuyauterie est toujours apparente et une odeur d'égout flotte dans l'air, obligeant les bénévoles à aérer la pièce. Derrière les barreaux en fer installés à chaque fenêtre, on aperçoit la cour centrale de l'ESGR.

L’aménagement est rudimentaire avec une table et des chaises d’écoliers au milieu, plusieurs bibelots installés sur des étagères, ainsi qu’un tableau, un ukulélé avec des cordes cassées ou encore un jouet pour enfants, signe d’une tentative de personnalisation. Cette pièce semble s'apparenter davantage à un « non-lieu », au sens où l’entend Marc Augé[20] (1992), qu’à un lieu d'accueil[21]. Malgré les tentatives de personnalisation, l’état général du local reflète un certain désengagement des politiques publiques et des acteurs municipaux à l’égard de ce type de dispositifs, et les conditions d’accueil pour les entretiens psychologiques apparaissent particulièrement précaires en comparaison avec d’autres structures dédiées à l’accompagnement. Le local fonctionne comme une zone intermédiaire, un espace tampon entre les institutions (telles que la Croix-Rouge, l’hôpital ou certaines ONG) et la rue, plutôt que comme un endroit d’hospitalité.

En revenant dans la cour principale, aménagée de quelques jardinières d’herbes aromatiques laissées à l’abandon, une table a été installée sous un barnum, au croisement des différentes files d’attente. C’est là que s’établissent les membres de PDM pour aborder et informer les personnes qui passent. Cet espace semble agir alors comme une « interface sociale », un carrefour, un lieu de contact direct entre bénévoles et bénéficiaires où se jouent des interactions brèves, souvent tournées vers l’orientation, l’information ou le soutien immédiat. C’est le point névralgique des circulations et interactions car le site est avant tout un lieu de passage, où les bénéficiaires viennent chercher une aide ciblée (un repas, un service, une information) mais ne restent pas. L’ESGR n'est pas conçu comme un lieu de repos, il n’y a ni bancs, ni abris, ni espaces d’aménagement confortable. Beaucoup de personnes s'assoient à même le sol tout autour du site pour manger ou vont dans le parc du Ramier à proximité du bâtiment. Il est possible pour les personnes sans domicile fixe de manger sur place mais cela nécessite une inscription préalable et un rendez-vous avec l’une des assistantes sociales de la structure. L’accès au soin alimentaire apparaît ainsi conditionné

[20] Il décrit des espaces transitoires, impersonnels et standardisés, emblématiques d’une surmodernité qui reconfigure notre rapport à l’espace, au temps et aux relations sociales dans des espaces marchands ou non marchands.

[21] En commentaire de Marc Augé, Marc Abélès ajoute : « C'est que le monde où nous vivons, par opposition aux sociétés traditionnelles, est caractérisé par un triple excès : un temps surchargé d'événements, un espace où l'on passe sans cesse d'une échelle à l'autre, du village au planétaire, et dont la circulation et la délocalisation sont les figures familières ; en contrepoint de ces phénomènes, une concentration forte sur le moi-sujet. Cette surabondance événementielle et spatiale, cette individualisation des références, définissent ce qu'Augé désigne comme la surmodernité. » (Abélès, 1994)

par une procédure administrative, filtrée par la logique de gestion des flux et non par celle de l'urgence sociale.

Pour les agents municipaux, l'île du Ramier constitue un emplacement stratégique par sa proximité avec la ligne de tramway qui facilite l'autonomie des usagers, et l'espace disponible qui permet aux associations de déployer leurs dispositifs sans encombrer le centre-ville. Si l'installation de ce centre en périphérie de la ville répond à une certaine logistique, elle s'inscrit néanmoins dans une stratégie urbaine plus large de « nettoyage social » des centres-villes[22]. En revalorisant les quartiers centraux et en repoussant les dispositifs d'aide en dehors de ces zones, les pouvoirs publics déplacent la visibilité des populations précaires sans pour autant améliorer durablement leur situation. Ce choix politique n'est pas sans rappeler les mots du sociologue Luc Boltanski en commentaire de ceux d'Hannah Arendt :

> « Les gens heureux et les malheureux peuvent habiter la même terre sans que les premiers ne voient les seconds, soit en raison d'une cécité en quelque sorte physique suscitée par une séparation subtile des espaces de déplacement [...], soit encore [...] du fait d'une cécité morale, l'écart des conditions créant un fossé qui empêche la formation, dans la classe de « ceux qui ne souffrent pas », d'une représentation de la souffrance des malheureux. » (Boltanski, 1993).

L'ESGR est ainsi un lieu de concentration et de gestion de l'indésirable, où se croisent chaque jour des acteurs venus de divers horizons, porteurs de conceptions parfois contradictoires de l'aide ou de la responsabilité individuelle.

b) Pluralité d'acteurs et représentations multiples de l'aide sociale

Parmi la pluralité d'acteurs intervenant à l'ESGR, plusieurs profils se dessinent, reflétant la diversité des statuts, des missions, et surtout des représentations de l'aide sociale. Les agents de mairie, fonctionnaires territoriaux, assurent le bon déroulement de la distribution des repas au sein de la cantine solidaire. L'un d'eux me confiait : « c'est déjà ça, si on peut aider un peu ». À l'inverse, un entretien mené avec l'ancienne responsable du restaurant solidaire en poste durant sept ans, révèle une position beaucoup plus critique.

[22] cf. Arrêté municipal du 12/09/2019 interdisant l'implantation de tentes de camping ou « tout autre habitation légère de loisir » dans le « centre historique et touristique de la Ville de Toulouse » https://metropole.toulouse.fr/sites/toulouse-fr/files/2023-12/2019_12septembre_anti_bivouac.pdf

Celle-ci se montrait particulièrement agacée par la gratuité de certaines prestations, notamment les douches à son époque, qu'elle considérait comme une incitation à l'assistanat. Elle dénonçait aussi l'attitude de certains bénéficiaires, jugés exigeants voire agressifs, notamment lorsqu'ils critiquaient les repas qu'ils ne payaient pas. Son discours semblait davantage méritocratique que celui des employés, où la reconnaissance de la précarité s'accompagne d'attentes de gratitude ou d'une attitude particulière de la part des usagers. Ces divergences de points de vue traduisent l'absence de consensus sur ce que devrait être, ou non, l'action sociale au sein de l'ESGR. Tandis que certains intervenants estiment que l'aide est insuffisante, d'autres considèrent au contraire qu'elle va trop loin, révélant ainsi une tension permanente entre logiques de solidarité, exigences de gestion, et représentations morales de la pauvreté.

S'ajoutent ensuite les intervenants extérieurs et les bénévoles qui viennent ponctuellement proposer des services ciblés (campagne de vaccination, distribution de produits d'hygiène, soins infirmiers, consultations médicales, etc.). Chacun de ces acteurs agit en fonction de ses propres logiques d'intervention, souvent ancrées dans une vision particulière de l'aide sociale. Pour certains, il s'agit de répondre à une urgence humanitaire, pour d'autres, d'accompagner les personnes vers une insertion durable, ou encore de défendre des droits face aux carences de l'État.

Cette diversité de postures se reflètent également dans les nombreuses représentations de la santé mentale. Pour les professionnels de santé ou les associations spécialisées, la santé mentale constitue une première grille d'analyse, pensée dans une perspective clinique où il s'agit de diagnostiquer, d'orienter vers des dispositifs de soin, ou de répondre à des urgences psychiques aiguës. D'autres acteurs, en revanche, envisagent la santé mentale de manière moins directe, comme un enjeu social lié aux conditions de vie, à l'isolement, ou à l'épuisement que produit la précarité au quotidien. Dans ces cas, le mal-être est perçu non pas comme une pathologie à traiter médicalement, mais comme un symptôme de cette précarité qui découle, comme nous l'avons vu précédemment, de conditions environnementales difficiles, de parcours migratoires complexes ou encore de violences institutionnelles vécues. La prise en charge psychologique se fait alors conjointement ou après la mise en place de mesures de première nécessité, comme se nourrir et trouver un logement.

c) Entre aide institutionnelle et humanitaire

Cette hétérogénéité de points de vue reflète plus largement des positionnements institutionnels, moraux et politiques très différents face à la question de l'altérité, notamment entre le monde institutionnel et le secteur humanitaire. Comme le souligne Claudia, psychologue bénévole à PDM ayant une expérience significative dans les milieux associatifs et humanitaires, les institutions sociales se caractérisent par un cadre rigide, imposant aux usagers de se conformer à des normes administratives et temporelles peu adaptées à leur réalité. À l'inverse, l'approche humanitaire se distingue par une plus grande flexibilité, permettant de mieux s'ajuster à la singularité des situations individuelles, tout en assumant plus ouvertement une posture politique. La rigidité institutionnelle constituerait ainsi un frein à l'adéquation entre l'offre d'accompagnement et les besoins concrets des personnes, en particulier sur le plan de la temporalité de la prise en charge. Comme le souligne Didier Fassin (2018), l'action humanitaire repose sur une « politique de la vie », où l'intervention se justifie par l'urgence de préserver l'existence, tandis que l'action sociale s'inscrit dans une « économie morale » de la gestion des populations, marquée par le contrôle et la normalisation.

Cette tension est particulièrement visible dans les pratiques de PDM à l'ESGR, où se côtoient des références à l'action humanitaire, ainsi qu'aux dispositifs d'insertion sociale. En effet, si l'ONG emprunte certains concepts et principes issus du monde humanitaire, comme l'urgence, la mobilité, ou encore la notion d'intervention en contexte de vulnérabilité extrême, elle s'inscrit néanmoins dans un cadre institutionnel relevant du travail social. L'humanitaire s'inscrit ainsi aussi bien dans des contextes d'urgence (guerres, famines…) que dans des dispositifs de gestion des vulnérabilités sur le long terme.

Comme l'a montré Francine Saillant, la présence de structure humanitaire sur le sol français agit parfois comme un substitut aux lacunes ou à l'absence de politiques publiques, venant pallier les manquements de l'État à l'égard de certaines populations précaires (Saillant, 2007). Elle propose une lecture critique de cette organisation de l'humanitaire qu'elle qualifie de « structure d'englobement », c'est-à-dire un système qui opère un grand partage, bien connu, entre un « Nous » (ceux qui aident, définissent le juste et l'injuste) et un « Eux » (les « vulnérables de tous genres », ceux qui sont aidés). Pour dépasser ce dualisme, Saillant invite à s'intéresser aux « entre-lieux » de l'action humanitaire, des espaces mouvants où les acteurs ne maîtrisent pas toujours les codes ou les discours dominants, où les pratiques dévient des objectifs institutionnels, et où les structures et les territoires s'entremêlent. En somme, elle plaide pour une reconnaissance de formes d'humanitaire « vu

d'en bas et de près » (Saillant, 2007). Comme nous le verrons dans la troisième partie de ce mémoire, les pratiques de l'aller-vers et le système des pairs-aidants au sein de l'ONG PDM, semblent s'inscrire dans cette perspective critique de l'humanitaire et esquissent des tentatives de redistribution de pouvoir entre aidants et bénéficiaires.

Chapitre 5 : Soigner autrement : la philosophie de l'accueil à Psychologues Du Monde

L'ONG Psychologues du Monde (PDM) intervient à l'ESGR deux matinées par semaine, les mardis et jeudis matin. Sa mission est de « faciliter l'accès à l'accompagnement psychologique, de valoriser l'intervention des psychologues, d'en expliciter la pertinence et d'en garantir la qualité ». L'action de PDM se centre sur « la dimension psychique des personnes tant sur le plan individuel que collectif et se déploie lors d'interventions en France et à l'international avec des évaluations, accompagnement et soutien psychologique mais aussi à travers des formations auprès des acteurs concernés, professionnels ou bénévoles »[23]. Elle est composée d'une trentaine de bénévoles, dont environ cinq psychologues professionnels, une quinzaine de pair-aidants, le double d'étudiants en psychologie, et depuis peu un psychiatre. Les étudiants en psychologie sont majoritairement des femmes, alors que les pair-aidants et les psychologues sont majoritairement des hommes[24].

Les étudiants et les pair-aidants assurent l'accueil des personnes à l'extérieur, et redirigent vers l'intérieur celles qui souhaitent réaliser un entretien avec un psychologue. Ils viennent à la rencontre des bénéficiaires, qu'ils abordent le guide social de la Mairie de Toulouse à la main.

a) La personne avant le statut

> « Tolérer, ça veut dire élever haut cette singularité plutôt que te réduire à... » « Voilà la posture Psychologues Du Monde, c'est être du côté de la personne. » (Gilbert Lacanal, fondateur de PDM)

[23] https://psychologuesdumonde.com/fr/a-propos

[24] Le genre des personnes rencontrées, bénéficiaires comme bénévoles, n'a pas été retenu ici comme un axe d'analyse systématique. Il m'a semblé, peut-être à tort, que le rôle occupé par chacun (psychologue, pair-aidant, bénévole étudiant) structurait davantage les interactions observées que les effets propres au genre. Cette dimension mériterait sans doute d'être développée dans un travail ultérieur, tant les rapports de genre traversent probablement, eux aussi, les postures d'aide analysées dans ce mémoire.

Gilbert Lacanal est psychologue et fondateur de PDM. Bien qu'il soit passé par la formation académique, il s'est surtout formé lors de ses nombreux voyages, notamment sur le continent africain. Il fonde PDM en 2004, d'abord en Occitanie, puis en Ile de France, puis crée une antenne à Haïti en 2015 et en Tunisie en 2016. L'un de ses futurs projets est de développer une équipe de psychologues itinérants capables d'intervenir « partout où il n'y a pas de psychologue ». Cette volonté d'aller vers les personnes qui n'ont pas accès aux dispositifs habituels du soin semble constituer un prolongement de la philosophie qu'il cherche à insuffler à l'association, celle d'appréhender l'autre en dehors des catégories sociales et identitaires qui pourraient lui être assignées.

> « Moi tu m'entendras jamais employer le terme de patient. Je reçois des personnes. Je vais à l'hôpital, je vais pas voir le malade, je vais voir une personne. Je vais en prison, je vais pas voir un prisonnier, je vais voir une personne. Ici, je reçois pas des Asiatiques, des Africains, etc., je reçois des personnes. »

Ce refus d'essentialiser l'Autre à partir de son origine, de sa situation ou de son statut institutionnel, s'inscrit dans une logique que Gilbert qualifie d'« être du monde » et qu'il tente de transmettre au sein de l'ONG. Il ne s'agit pas seulement, dans son discours, de préférer un vocabulaire à un autre, mais de déplacer le regard pour que l'individu puisse être considéré dans sa singularité avant d'être défini par une catégorie administrative, médicale ou sociale[25]. Comme le souligne Didier Fassin (2001), les processus de catégorisation à l'œuvre dans les dispositifs de santé et d'aide tendent à constituer des catégories normatives. Le « malade », le « demandeur d'asile » ou le « bénéficiaire » ne sont pas des catégories totalement neutres et contribuent à définir la manière dont les personnes sont perçues et prises en charge. En se positionnant « du côté de la personne », et non d'un statut ou d'une identité assignée, Gilbert tente d'échapper à cette logique classificatoire.

Pour autant, cette volonté de ne pas réduire les personnes à leur statut ne signifie pas que les différences sociales, administratives ou culturelles disparaissent au moment de la rencontre. Au contraire, celles-ci continuent de structurer les situations auxquelles les bénévoles sont confrontés. Le demandeur d'asile reste soumis à une procédure administrative, la personne sans logement demeure confrontée à l'instabilité résidentielle et la personne ne parlant pas français peut rencontrer des difficultés particulières pour accéder aux

[25] Cette posture rejoint certains principes de l'approche phénoménologique, populaire dans le milieu psychiatrique, notamment dans l'importance accordée à l'expérience vécue, à la rencontre intersubjective et la reconnaissance de l'autre comme sujet à part entière.

soins. La philosophie de PDM ne consiste alors pas à faire comme si ces différences n'existaient pas, mais plutôt à ne pas les laisser envahir complètement la définition de la personne. Pour Gilbert, tolérer la singularité de l'autre c'est donc la reconnaître et la valoriser, plutôt que chercher à la neutraliser.

b) La transmission comme pratique

La philosophie de l'accueil portée par Gilbert ne se limite pas à un positionnement éthique individuel, mais constitue également le fondement d'une pratique de transmission qui structure l'ensemble du fonctionnement de PDM. Pour Gilbert, « tu n'es pas psychanalyste, neuropsychologue, cognitiviste, tu es avant tout psychologue ». Cette affirmation traduit une prise de position dans le champ de la psychologie française, en rejetant la spécialisation précoce qu'il reproche à la formation universitaire, où les étudiants « ont déjà tous une spécificité dès la licence ». À cette logique de spécialisation, il oppose une conception de la psychologie comme discipline ouverte, fondamentalement relationnelle et interculturelle : « L'interculturalité est dans la psychologie, sinon elle n'est pas ».

Cette conception de la formation donne une place particulière à l'expérience. Si les bénévoles étudiants en psychologie arrivent à PDM avec des connaissances acquises au cours de leur cursus, l'association constitue pour eux un espace dans lequel ces connaissances peuvent être confrontées à des situations réelles. Gilbert se décrit lui-même comme « un peu marginal » par rapport aux autres psychologues français et reconnaît être critiqué par certains enseignants en psychologie qui lui reprochent de critiquer l'université et d'exposer les étudiants à des situations trop difficiles. En accueillant principalement des étudiants en psychologie comme bénévoles, il cherche ainsi à leur offrir une ouverture à une approche « transculturelle », inspirée notamment des travaux de psychologues nord-américains encore peu présents dans les cursus français, et de ceux la pédopsychiatre et psychanalyste Marie-Rose Moro, avec qui il a travaillé.

À PDM, cette approche ne s'enseigne donc pas principalement par les textes. Elle se construit au contact du terrain, à travers les situations rencontrées, les échanges entre bénévoles et les interrogations qu'elles suscitent. Cette dimension est particulièrement présente lors des réunions de fin de permanence à l'ESGR. Après chaque matinée, les bénévoles de PDM et les différents acteurs associatifs qui se joignent parfois à PDM (Melting Pote, médiateurs de l'hôpital Joseph Ducuing…) se réunissent pour faire le point sur le

nombre d'interactions effectuées, les sujets abordés et les entretiens menés. C'est aussi un espace de réflexion collective sur les situations rencontrées où chacun est invité à prendre la parole s'il le souhaite. Ces situations deviennent alors des supports de réflexion et d'apprentissage collectifs en questionnant les pratiques et en invitant les bénévoles à interroger leurs propres postures. À la fin de chaque réunion, Gilbert demande ainsi si quelqu'un a vécu une situation qui lui a appris quelque chose. Cette question récurrente rappelle que l'apprentissage est réciproque, que les bénéficiaires ne sont pas seulement des personnes à accompagner, mais aussi des acteurs susceptibles d'enseigner quelque chose à ceux qui les rencontrent.

Cette dynamique de transmission ne se limite d'ailleurs pas aux temps de réflexion collective. Elle se prolonge dans les interactions quotidiennes entre les différents acteurs de l'association, où les savoirs circulent dans plusieurs directions. C'est notamment ce qui apparaît dans les relations entre psychologues et pairs-aidants. Si les psychologues transmettent leurs outils et leur manière d'appréhender les situations, les pair-aidants semblent leur apporter en retour des connaissances expérientielles, culturelles et linguistiques qui enrichissent leur pratique. C'est le cas par exemple de Youssef, pair-aidant à PDM, qui me raconte un jour un entretien auquel il a participé. Sollicité pour assurer la traduction lors d'un entretien entre deux psychologues de PDM et un homme soudanais hébergé dans un centre d'urgence, il a demandé au cours de l'échange l'autorisation de poser lui-même quelques questions. À l'issue de l'entretien, l'une des psychologues lui a dit pour le taquiner : « Tu es psychologue, toi ? », car ses interventions avaient été jugées pertinentes et, surtout, il avait réussi à instaurer un climat de confiance suffisant pour faire sourire l'homme, qui lui a ensuite montré spontanément sa chambre. Celui qui était initialement présent pour traduire devient lui-même un interlocuteur de l'entretien. Le contraste entre le rôle initialement attribué au pair-aidant et la place qu'il prend progressivement dans l'entretien invite à interroger la proximité culturelle, linguistique et expérientielle dont disposent les pair-aidants comme des ressources complémentaires à celles des psychologues.

De plus, si « être du côté de la personne » signifie refuser de réduire une personne à une catégorie, cela peut également signifier reconnaître qu'elle n'est jamais dépourvue de ressources. La personne accompagnée n'est alors pas uniquement celle qui reçoit une compétence détenue par le professionnel mais peut elle-même détenir des savoirs, des expériences et des capacités d'agir qui deviennent utiles dans la relation. La philosophie de

PDM semble ainsi se prolonger vers une conception de l'accompagnement qui cherche à déplacer la frontière entre celui qui aide et celui qui est aidé.

C'est à partir de cette question des capacités d'agir que se prolonge l'analyse. Car reconnaître la personne comme sujet singulier et comme détentrice de ressources ne signifie pas seulement modifier le regard porté sur elle. Cela conduit également à interroger les formes concrètes que peut prendre son implication dans l'accompagnement, ainsi que les pratiques qui permettent, ou non, de soutenir son autonomie.

c) La valorisation de l'autonomie

Au cours d'une autre réunion de bilan, la discussion porte sur le cas d'une femme algérienne d'environ soixante ans, sans papiers, bénéficiaire de l'AME, ne parlant pas français. Son époux, qui était en situation régulière, est décédé à l'hôpital huit mois auparavant et son fils est en situation de handicap. Zahyd, pair-aidant d'origine algérienne et demandeur d'asile, s'est porté volontaire pour servir de traducteur et aider cette femme. Il raconte qu'il l'a accompagnée à plusieurs reprises dans une association située à Saint-Michel afin de l'aider dans ses démarches. Pourtant, malgré ces accompagnements répétés, la femme ne parvient toujours pas à retrouver seule le chemin. La situation donne alors lieu à une discussion sur les limites de l'accompagnement et sur le risque que celui-ci devienne progressivement indispensable à la personne qu'il cherche à aider.
L'un des psychologues intervient :

> « L'accompagnement ça peut être quelque chose de très énergivore parce qu'une personne comme ça, vu le nombre de démarches qu'elle a, tu peux te trouver complètement pris dans un processus qui n'en finit plus [...]. Pour qu'elle ait de l'autonomie, c'est vraiment lui permettre d'apprendre le français, de trouver aussi des personnes dans son environnement qui l'accompagnent [...]. Sinon, tu peux être tous les jours avec elle. »

Ce qui est mis en évidence dans cet échange n'est pas seulement l'aide nécessaire, mais la manière dont cette aide peut elle-même devenir contre-productive lorsqu'elle se prolonge dans le temps. Pour les membres de PDM, accompagner quelqu'un chaque jour peut permettre de répondre à ses besoins immédiats, mais peut aussi créer une relation dans laquelle la personne ne peut plus effectuer seule certaines démarches. L'enjeu devient alors de

trouver une manière d'aider qui ne se transforme pas en dépendance. Cette préoccupation revient régulièrement dans les discours de Gilbert, qui mobilise notamment la comparaison avec une personne sans-abri à qui l'on donne un euro plutôt que les ressources lui permettant de trouver quotidiennement de quoi se nourrir. Dans cette perspective, l'aide ponctuelle ne permettrait de répondre qu'au besoin du moment, tandis que la véritable assistance consisterait à transmettre les moyens nécessaires pour que la personne puisse progressivement se débrouiller toute seule. Pour Gilbert, aider consisterait alors moins à faire « à la place de » qu'à créer les conditions d'une plus grande autonomie.

Cette conception rejoint une orientation aujourd'hui largement présente dans les pratiques sociales et médico-sociales, qui consiste à privilégier l'autonomisation des personnes plutôt que des formes d'assistance susceptibles de générer de la dépendance. Derrière cette posture, une critique implicite de la charité semble se dessiner, entendue comme une réponse ponctuelle qui soulage parfois davantage celui qui donne que celui qui reçoit (Boltanski[26], 1993). Le geste d'aide peut ainsi produire une relation asymétrique dans laquelle celui qui aide possède les ressources, et celui qui reçoit en est privé.

Pour autant, l'autonomie telle qu'elle est envisagée par les psychologues de PDM ne semble pas se réduire à une injonction à « se débrouiller seul ». Dans la situation de cette femme algérienne, par exemple, le psychologue ne propose pas simplement à Zahyd de cesser de l'accompagner. Il suggère plutôt de diversifier les ressources dont elle dispose : apprendre le français, identifier des personnes dans son entourage ou connaître plusieurs lieux susceptibles de l'aider. L'autonomie ne semble alors pas signifier l'absence de relations d'aide. Elle peut au contraire reposer sur la capacité à mobiliser plusieurs personnes et plusieurs dispositifs sans dépendre exclusivement d'un seul accompagnateur. Il existe ainsi une différence importante entre être autonome et être seul.

C'est précisément à partir de cette distinction que cette notion mérite d'être interrogée. Si l'objectif de PDM est de donner aux personnes les moyens d'agir par elles-mêmes, encore faut-il se demander quelles sont réellement les ressources dont elles disposent pour le faire. L'apprentissage du français, la connaissance des institutions, la possibilité de se déplacer ou encore la capacité à identifier les interlocuteurs pertinents constituent des ressources inégalement distribuées. Elles ne dépendent pas uniquement de la volonté individuelle, mais aussi de la trajectoire sociale, de la situation administrative, de

[26] Boltanski distingue deux régimes de réponse morale : la charité (don unilatéral) vs la justice (reconnaissance des droits et de la responsabilité politique). (Boltanski, 1993)

l'âge, de la santé, du réseau relationnel ou encore des conditions matérielles dans lesquelles les personnes vivent. Ce décalage s'observe également dans le fonctionnement ordinaire des institutions françaises, où même pour des personnes familières du système administratif, il peut être très difficile de s'y retrouver. Comme le montre Nicolas Duvoux dans son analyse des politiques d'insertion françaises, l'injonction à l'autonomie portée par les institutions est « inégalement appropriable par les individus selon leur dotation initiale en capitaux, culturel et social notamment » (Duvoux, 2009, cité par Martinache, 2010).

Ce que Duvoux nomme « l'autonomie contrariée », une situation où l'encadrement institutionnel finit par entretenir chez les personnes « le sentiment d'être dépossédées de toute initiative propre, au nom même de l'autonomie », trouve un écho particulier dans le contexte de l'ESGR, où les personnes accompagnées sont précisément celles dont les ressources pour répondre à cette injonction sont les plus limitées (*Ibid*). Dans ce contexte, demander à une personne de devenir autonome suppose donc déjà qu'elle dispose des moyens nécessaires pour comprendre et utiliser les ressources auxquelles elle est censée accéder.

La question n'est alors pas de remettre en cause la volonté des bénévoles de favoriser l'autonomie, mais cette posture soulève tout de même une tension : que signifie concrètement l'autonomie pour les bénéficiaires eux-mêmes ? S'agit-il d'un véritable processus d'émancipation ou d'une norme élaborée par les institutions et les professionnels de l'aide, au risque de projeter sur les personnes accompagnées une conception occidentale de l'individu autonome ? Cette question rejoint les analyses de Robert Castel sur les transformations de l'État social à partir des années 1980. Il montre comment les politiques de solidarités se sont progressivement déplacées vers une logique d'« activation », dans laquelle les individus sont invités à devenir les principaux responsables de leur insertion. Dans ce cadre, l'autonomie peut cesser d'être le résultat de protections collectives (accès au logement, à la santé, à un revenu ou à la formation) pour devenir une condition préalable à l'accès à l'aide (Castel, 2013).

Le discours des bénévoles de PDM ne suit pas exactement cette logique, dans la mesure où ils reconnaissent la nécessité d'accompagner les personnes et cherchent précisément à éviter que l'aide ne se transforme en une relation de dépendance. Mais leur valorisation de l'autonomie s'inscrit malgré tout dans un environnement institutionnel où cette notion est devenue une valeur centrale des politiques sociales. Ceux qui ne parviennent pas à répondre à cette exigence doivent démontrer leur mérite ou leur volonté de s'insérer pour continuer à bénéficier d'un accompagnement. Dans cette perspective, l'autonomie risque

de devenir moins un levier d'émancipation qu'un nouvel impératif moral, particulièrement difficile à atteindre pour les personnes les plus précaires.

La question de l'autonomie permet ainsi de mettre en évidence une première dimension des pratiques de PDM. Accompagner ne consiste pas uniquement à apporter une réponse à un besoin identifié, mais également à réfléchir à la manière dont cette aide peut préserver ou renforcer les capacités d'agir des personnes. Cette conception de l'accompagnement suppose toutefois que les acteurs puissent s'accorder, au moins en partie, sur ce que signifie « aider » et sur les formes que cette aide peut prendre. Or, cette évidence devient moins certaine lorsque la rencontre se déroule dans un contexte marqué par la pluralité des langues, des trajectoires migratoires et des manières de comprendre la souffrance.

Chapitre 6 : Qu'est-ce qu'un psychologue ? Représentations culturelles du soin psychique

Au fur et à mesure de mon enquête à PDM, j'ai progressivement constaté que la signification de ce qu'était « soigner » n'était pas quelque chose de fixé et que la définition pouvait varier considérablement d'une personne à une autre. Les discussions avec les bénévoles et les pair-aidants ne renvoyaient pas seulement à des différences de pratiques, mais faisaient émerger des conceptions parfois très différentes de ce que devrait être une personne capable d'aider quelqu'un qui souffre. Comme nous allons le voir, certains associaient le psychologue à une figure professionnelle et institutionnelle, d'autres à une personne susceptible d'écouter, d'orienter ou de rassurer, tandis que certains remettaient plus directement en question la légitimité même du psychologue à intervenir.

Il ne s'agit pas ici de chercher à opposer une « psychologie occidentale » à des conceptions qui lui seraient extérieures. Les personnes rencontrées à PDM ont des trajectoires singulières, ont vécu des expériences migratoires différentes et entretiennent elles-mêmes des rapports variables avec la psychologie, la religion, la médecine ou les pratiques thérapeutiques de leur pays d'origine. Les échanges réalisés sur le terrain invitent plutôt à considérer ces représentations comme plurielles et évolutives.

a) Le cadre occidental du psychologue et ses présupposés culturels

La question de l'adéquation culturelle de la psychologie occidentale aux souffrances des personnes issues d'autres contextes culturels ne s'est longtemps posée, dans la littérature scientifique, qu'à travers le prisme des relations entre pays occidentaux et pays non-occidentaux. Les débats sur l'exportation des modèles psychologiques vers les pays dits « en développement » ont constitué le cadre dominant dans lequel cette question a été pensée, laissant dans l'angle mort celle des personnes non occidentales qui arrivent dans les pays occidentaux et se retrouvent confrontées à des dispositifs de soin pensés sans elles et pour d'autres qu'elles. Comme le constate Slimane Touhami en CADA et en MECS : « une lecture en creux des entretiens montre qu'il y a peu de références à la dimension culturelle de la maladie, alors même qu'elle en constitue le marqueur cardinal [...] » (Touhami, 2022, p. 65).

Dans sa thèse publiée en 2019, la psychologue britannique Katriona Taylor s'est alors intéressée à l'acceptabilité et l'utilité de la psychologie occidentale au sein des cultures non occidentales. Elle rappelle que la psychologie, telle qu'elle est connue en Occident, s'est d'abord développée durant les périodes d'esclavage et de colonisation, ce qui invite les praticiens à adopter une vigilance particulière pour ne pas reproduire dans leurs pratiques des logiques qui s'apparentent au colonialisme (Chakkareth, 2010, cité par Taylor).

Parmi les présupposés les plus structurants de la psychologie occidentale qu'identifie Taylor est la conception individualiste du soi. Alors que la psychologie occidentale conçoit le sujet comme une entité autonome et délimitée par l'enveloppe corporelle, la notion de personne dans les cultures « collectivistes », comme elle les nomme, englobe l'ensemble de la société et des cercles sociaux (Kirmayer, 2007, cité par Taylor). Dans la pratique psychothérapeutique classique, la souffrance est d'abord une expérience individuelle, verbalisable par un sujet autonome dans le cadre d'une relation duelle avec un thérapeute. Or pour une personne dont la conception du soi est fondamentalement relationnelle et collective, ce cadre peut être non seulement inadapté mais profondément déstabilisant.

En France, ces débats sont à l'origine du développement de l'ethnopsychiatrie, courant fondé par Georges Devereux dans les années 1970 et prolongé par Tobie Nathan dans les années 1980-1990. L'approche complémentariste de Devereux propose d'articuler les cadres d'interprétation culturels des patients à la pratique psychanalytique, postulant que toute conduite humaine peut être analysée simultanément depuis un cadre ethnologique et depuis un cadre psychologique sans que les deux ne se contredisent. Pour lui, l'ethnopsychiatrie « doit être une démarche métaculturelle, c'est-à-dire qui ne se limite pas à l'ethnographie d'une société, mais qui transcende les différences grâce à une compréhension générale de la

culture, au sens d'une théorie générale de la culture » (Devereux, cité par Petit et Wang, 2018). C'est dans cet esprit que l'ethnopsychiatrie, la psychologie transculturelle, la psychothérapie et la psychanalyse ont progressivement emprunté des connaissances anthropologiques pour appréhender le psychisme à travers les différences culturelles. Mais comme le rappellent Petit et Wang, être sensible à la variabilité culturelle n'équivaut pas à réduire l'interprétation du psychisme à des explications culturalistes. Les études contemporaines sur la santé mentale en contexte migratoire sont ainsi invitées à sortir d'une dichotomie entre l'Occident et le reste du monde, pour prendre en compte l'ensemble des sphères du monde contemporain. Comme le souligne Rechtman, « d'une période historique à une autre, mais aussi d'un groupe social à un autre, on n'exprime pas son intimité avec les mêmes mots, on n'use pas des mêmes expressions, on n'utilise pas la même gestuelle » (Rechtman, 2018, cité par Petit et Wang, 2018).

En 1994, Tobie Nathan pousse cette logique encore plus loin. Il développe des consultations ethnopsychiatriques dans lesquelles les thérapeutes travaillent avec les systèmes de représentation culturelle des patients, en utilisant, entre autres, le chamanisme, maraboutisme, ou la sorcellerie, comme ressources thérapeutiques à part entière. Concrètement, une séance réunit un grand groupe de co-thérapeutes, généralement une dizaine à une quinzaine de professionnels d'horizons différents (psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, parfois anthropologues ou linguistes), disposés en cercle ou demi-cercle autour du patient, pendant que le thérapeute principal se place face à lui. Un interprète, ou « médiateur ethnoclinicien », est présent pour traduire et permettre au patient de s'exprimer dans sa langue maternelle. Le patient vient le plus souvent accompagné de sa famille et d'un référent institutionnel qui connaît déjà la situation (travailleur social, médecin traitant, etc.). La séance elle-même dure d’une heure à trois heures et se déroule en plusieurs temps : un moment d'attente (« incubation ») avant d'entrer, la consultation proprement dite, puis un temps de discussion en équipe après le départ du patient, où les co-thérapeutes reviennent sur le contre-transfert et élaborent une lecture théorique commune (De Jonckheere et *al*, 2011).

Bien que ces approches aient constitué une avancée importante en reconnaissant que les représentations culturelles de la souffrance et du soin ne sont pas des superstitions à écarter mais des systèmes cohérents qu'il faut prendre au sérieux, elles ont néanmoins fait l'objet de nombreuses critiques. Dans *Les politiques de l'ethnopsychiatrie* (2000), Didier Fassin a notamment reproché à l'ethnopsychiatrie de Nathan de reconduire une forme d'essentialisme culturel en enfermant les patients dans leur appartenance culturelle supposée, traitant la culture comme un bloc homogène et figé, plutôt que comme un ensemble de

ressources dynamiques que les individus mobilisent selon les contextes. Autrement dit, en pratiquant une forme de « culturalisme thérapeutique », l'ethnopsychiatrie risque paradoxalement de nier la singularité des trajectoires individuelles au nom de la reconnaissance des différences culturelles, reproduisant ainsi, sous une forme inversée, l'écueil qu'elle cherchait à dépasser.

Ces débats théoriques invitent ainsi à prendre au sérieux la pluralité des manières de comprendre et de prendre en charge la souffrance psychique. Véronique Petit (2019) a montré comment, au Sénégal, les personnes peuvent naviguer entre différents systèmes thérapeutiques selon des logiques de complémentarité en mobilisant le médecin, le marabout et le tradi-thérapeute en fonction de ce que chacun peut apporter à la situation. Le recours à plusieurs formes de soin ne relève alors pas nécessairement d'une opposition entre des pratiques considérées comme « modernes » et d'autres qui seraient « traditionnelles », mais peut constituer une autre manière cohérente de répondre aux différentes dimensions d'une même souffrance.

De son côté, Papa Mamadou Diagne (2016) a documenté des formes de prise en charge communautaire des personnes souffrant de troubles psychiques à Dakar. La gestion de la santé mentale s'organise autour de deux systèmes coexistants, la psychiatrie institutionnelle d'un côté et les soignants locaux (marabouts et guérisseurs) de l'autre. Diagne montre que ces deux systèmes ne s'excluent pas mais se complètent, les familles naviguant entre les deux selon des logiques propres qui mêlent représentations culturelles de la maladie, contraintes économiques et considérations pratiques. Les systèmes locaux de soin s'appuient sur des catégories classificatoires de la maladie mentale, liées aux esprits ancestraux, au maraboutage, à la sorcellerie ou aux génies islamiques, qui diffèrent radicalement de la conception biomédicale du déséquilibre mental (Diagne, 2016, p. 7). Ces étiologies constituent des explications socialement acceptables, ancrées dans des croyances culturelles et religieuses partagées, et donnent lieu à des pratiques thérapeutiques cohérentes avec leurs propres présupposés. La question n'est donc pas de savoir si ces pratiques sont « aussi efficaces » que la psychologie, mais de comprendre comment elles fonctionnent dans leurs propres termes, et ce que leur existence dit sur les limites de la prétention universaliste de la psychologie occidentale.

Comme l'a observé Slimane Touhami dans des entretiens menés auprès de soignants intervenants auprès des migrants en institution à Toulouse, le positionnement politique et les opinions des différents professionnels interrogés se déploient « entre un universalisme fermé, qui prône une même égalité de traitement au risque de la cécité face à la différence, et un

culturalisme excluant qui se légitime au nom du respect de l'Autre » (Touhami, 2022, p. 55). C'est dans cet espace de tension entre universalisme clinique, relativisme culturel et pluralisme thérapeutique que s'inscrivent les pratiques des psychologues de PDM. Comment ces tensions théoriques se traduisent-elles concrètement dans le travail quotidien d'un psychologue intervenant à l'ESGR ? C'est ce que questionne l'entretien mené avec Eric, psychologue bénévole au sein de l'ONG.

b) Soigner dans l'urgence : la pratique interculturelle vue par un psychologue de l'ONG

Eric est psychologue retraité, membre de PDM depuis presque dix ans. Lorsqu'il décrit son intervention de psychologue au sein de l'ONG, à l'ESGR, Eric commence par rappeler une différence fondamentale avec le fonctionnement classique d'un cabinet :

> « Dans le cadre de notre intervention à l'ESGR, nous, on propose un service à la demande, sans rendez-vous, et sans discrimination. Ces gens-là sont souvent en transition, donc pour qui c'est difficile d'avoir dans leur vie une permanence, une continuité dans leurs actions. C'est difficile pour eux des fois de trouver à manger, c'est difficile pour eux des fois d'avoir accès à un médecin, donc le contact avec le psychologue, même s'il est sans rendez-vous à la demande, ce n'est pas quelque chose qui est une première priorité. »

Le psychologue apparaît ici dans un environnement où sa présence n'est pas évidente. Les personnes qui fréquentent l'ESGR viennent d'abord pour manger, récupérer leur courrier, chercher une information ou résoudre une difficulté administrative. Dans cet espace, le soin psychique doit donc trouver sa place parmi d'autres préoccupations. Cette situation conduit PDM à adapter le cadre de son intervention aux conditions de vie des personnes, plutôt que de leur demander de s'adapter aux exigences d'un protocole thérapeutique classique. Cette adaptation se manifeste dès le premier contact. Le protocole du premier entretien à PDM ne vise pas à évaluer d'abord la souffrance psychique mais à dresser une cartographie des besoins primaires de la personne : « Est-ce qu'elle a de quoi manger ? Est-ce qu'elle est logée ? Est-ce qu'elle est en danger ? Est-ce qu'elle a un problème médical ? ». En plaçant les conditions matérielles d'existence au même niveau que la souffrance psychique, cette grille d'analyse reflète une conception du soin différente de la logique du cabinet classique. Elle

reconnaît implicitement que la souffrance psychique ne peut être traitée indépendamment des conditions qui la produisent.

Cette manière de concevoir l'intervention rejoint ce qui a été observé dans les chapitres précédents concernant les effets de la précarité. Mais elle déplace également la définition même du travail du psychologue. À l'ESGR, un psychologue n'est pas uniquement celui qui écoute une souffrance déjà formulée. Il doit aussi déterminer comment entrer en relation avec une personne qui ne vient pas nécessairement pour un entretien psychologique et parfois même qui ne sait pas exactement de quoi il s'agit. Cette difficulté apparaît dans les représentations que certaines personnes rencontrées ont du psychologue. Éric rapporte ainsi :

> « La première image qu'on voit en général, on associe le psychologue au fou. Donc, moi, je ne suis pas fou, je n'ai pas besoin d'un psychologue. Donc, ça fait peur en général, ce nom-là. Et après, il y a un autre aspect qui est une approche culturelle. On a des gens qui viennent de cultures totalement différentes pour qui le psychologue est quelque chose d'étrange, qu'ils ne connaissent pas. »

Pourtant, cette première représentation peut se modifier au cours de la rencontre. Éric rapporte avoir entendu des personnes lui dire : « Ah, mais je n'avais jamais imaginé que parler avec un psy, c'était comme ça. » La question devient encore plus complexe lorsque les personnes mobilisent, pour parler de leur souffrance, des catégories qui ne correspondent pas à celles de la psychologie. Éric explique :

> « Je mets un peu tout ce dont tu viens de parler dans les croyances, les esprits, les cultures de maraboutage, de sort. Je mets également dans cette catégorie-là les religieux. Dans notre approche à PDM, il n'y a aucune discrimination, donc je ne vais jamais remettre en cause la croyance de la personne que j'ai en face. Pour moi, mon objectif, c'est que cette personne aille mieux, quel que soit le moyen qu'elle ait et qu'il soit à sa portée pour aller mieux »

Il illustre cette posture par le récit d'une rencontre avec une personne ayant survécu à un naufrage, qui associait les vagues qui emportaient les autres passagers à « un monstre qui absorbait tout », dans un langage, dit-il, « tout à fait influencé par le rapport de sa culture à la mer ». Il conclut :

> « Les psychologues occidentaux auraient pu appréhender ce discours à partir d'une théorie psychanalytique qui est un langage comme un autre. Tu vas te concentrer sur le ressenti, quelle que soit l'interprétation qui est derrière. C'est le narratif qui est important.

> Si le narratif est dans le langage avec les entités qui sont importantes pour la personne, qu'importe. »

Ce qui importe alors n'est plus de déterminer la « vérité » de l'interprétation, mais de comprendre ce qu'elle permet à la personne de dire de son expérience. Le psychologue ne renonce pas pour autant à sa position professionnelle, il accepte simplement que le récit de la souffrance puisse être construit dans un autre langage que celui de la psychologie.

Cette posture laisse cependant une question ouverte. Lorsque le psychologue accepte une représentation sans la remettre en cause, la reconnaît-il comme une manière légitime de comprendre le monde, ou l'intègre-t-il simplement comme un langage alternatif d'une souffrance que la psychologie reste seule à pouvoir traiter vraiment ? C'est précisément cette question que les discours des pair-aidants permettent d'approfondir. Certains portent eux-mêmes des conceptions différentes de la personne, de la souffrance et de ce qui peut permettre d'aller mieux.

c) Représentations plurielles du soin : ce que disent les pair-aidants

Si Eric a intégré ces tensions dans sa pratique professionnelle, qu'en est-il de ceux qui interviennent au sein de PDM sans formation en psychologie ? Les représentations que les pair-aidants portent de la souffrance, du soin et de la figure du psychologue révèlent des divergences qui ne semblent pas relever seulement de la pratique clinique, mais de conceptions fondamentalement différentes de la personne, de la maladie et de ce qui guérit.

Amadou, pair-aidant camerounais en demande d'asile, raconte que là d'où il vient[27], la spiritualité est très présente et que des gens peuvent devenir « fous » du jour au lendemain, et que c'était rare qu'ils « guérissent ». Il donne l'exemple d'un homme qu'il connaissait qui s'est mis d' « un coup » à déambuler nu dans la rue. Il exprime ensuite un rapport à la parole qui contraste fortement avec le présupposé central de la pratique psychologique : « Moi je parle pas trop tu vois, c'est pas dans mon éducation. ». Cette remarque fait écho aux travaux de Taylor sur l'idée que la verbalisation de la souffrance est non seulement possible mais nécessaire et thérapeutique. Pour Amadou, cette évidence n'en est pas une. Il ajoute que pour les gens de « chez lui », la figure du psychologue est associée à une forme d'intrusion : « on pense que le psychologue va rentrer dans notre tête ». Mais surtout, sa conception de la folie et de ses causes échappe entièrement aux classifications occidentales : « Quand quelqu'un est

[27] Je n'ai malheureusement pas de données précises sur l'endroit d'où il vient…

considéré comme fou, on soupçonne d'abord un sort. Et quand le sort l'a pris, c'est fini. ». Il ajoute que les « fous » sont considérés comme des morts, et décèdent, la plupart du temps, peu de temps après. La folie n'est pas ici un état interne modifiable par un travail psychique, mais une emprise externe d'ordre spirituel, dont l'annulation relève d'un autre ordre de réalité que la psychologie ne peut, *a priori*, pas atteindre. Même constat pour Louis, pair-aidant jésuite originaire du Centre-Afrique, titulaire d'une licence de philosophie obtenu avant sa migration et actuellement en procédure d'appel suite au refus de sa demande d'asile. Il dit que dans son pays aussi on ne parle pas de psychologie mais on peut être « fou ».

Victor, pair-aidant roumain à PDM depuis environ 2 ans, pose quant à lui la question de la légitimité du psychologue à soigner. Il est assez critique des psychologues de PDM et assure que si c'était lui le président de l'ONG, il ne laisserait pas « n'importe qui » devenir bénévole et prendrait des personnes qui ont « vécu des choses ». Pour lui, la formation académique en psychologie ne confère pas en elle-même la capacité à accompagner des personnes en souffrance :

> « Non ! Si tu te considères psychologue après 2 ans, 3 ans, quand terminé, et tu n'as pas eu une vie de grande expérience, de pauvreté, de complication dans les méandres de la vie comme ça. Si tu te considères psychologue c'est exactement comme si tu baises une fille virtuelle. C'est pareil, un baiser virtuel. Tu veux être psychologue, tu t'appelles psychologue, t'as 10 ans de carrière déjà. Là ton expérience elle arrive de s'accumuler par l'intermédiaire de contact, mais ça ne te donne pas le droit de dire que t'as fait une expérience dans le domaine de ça. Non, il faut que ça t'implique toi. »

Autrement dit, la légitimité à accompagner une personne en souffrance ne s'acquiert pas, selon Victor, par les livres ni par les années de formation, mais par l'expérience vécue. Les psychologues qui sortent de l'école, dit-il, « voient le monde à travers des lunettes de réalité virtuelle ». Pour lui, ce sont les artistes qui sont « les vrais psychologues », parce que leur pratique est ancrée dans une expérience existentielle authentique. Il se perçoit lui-même comme « plus humain » que les psychologues de PDM, moins froid, moins enfermé dans un cadre formel, et estime que les bénéficiaires préfèrent lui parler parce qu'ils peuvent dire ce qu'ils veulent sans craindre d'être catégorisés. Il exprime ainsi de la frustration face à l'interdiction de mener des entretiens formels :

> «Ça m'énerve parce que j'ai pas le droit de faire d'entretien, c'est normal, j'ai compris ça parce que je n'ai pas… mais je suis bon psychologue »

La discussion avec David et Joseph, deux pair-aidants togolais, ouvre quant à elle sur un système thérapeutique cohérent et structuré que les catégories psychiatriques occidentales peinent à appréhender dans sa complexité. David explique le fonctionnement du vaudou comme système d'orientation thérapeutique :

> « Si tu as un problème, tu vas consulter. C'est le fa, l'oracle, qui va t'orienter vers la divinité en fonction de tes besoins. Et c'est le vaudou qui te dira « va à l'hôpital ».

Cette manière de décrire les pratiques thérapeutiques invite ainsi à nuancer une opposition trop nette entre médecine dite « traditionnelle » et médecine biomédicale. Ce que David donne à voir n'est pas tant le choix entre deux systèmes exclusifs qu'une circulation entre plusieurs possibilités de soin, qui peuvent être mobilisées conjointement. Cette articulation rappelle les observations de Véronique Petit (2019) au Sénégal, où les recours au médecin, au marabout ou au tradi-thérapeute peuvent également s'inscrire dans des trajectoires thérapeutiques complémentaires. Il ne s'agit cependant pas de considérer que les pratiques décrites par David seraient identiques à celles observées au Sénégal, mais plutôt de relever une même difficulté à penser les pratiques thérapeutiques à partir d'une opposition stricte entre « traditionnel » et « moderne ». Dans les deux cas, l'enjeu semble davantage résider dans la manière dont les personnes composent avec plusieurs registres de soin que dans le choix exclusif de l'un d'entre eux.

De plus, la migration ne signifie pour autant l'abandon de cette pratique :

> « Comment ils font les gens en France quand ils veulent consulter un vaudou ? Ils vont te mettre en contact avec un prêtre de là-bas par téléphone. Tu donnes ton nom, ta date de naissance, et ils consultent pour toi. »

La consultation peut désormais passer par le téléphone et mettre en relation une personne installée en France avec un prêtre resté dans le pays d'origine. Ce déplacement est intéressant dans la mesure où il montre que les pratiques thérapeutiques ne sont pas nécessairement attachées à un territoire unique et peuvent se poursuivre à distance, en s'appuyant sur les réseaux sociaux et technologies dont disposent les personnes. Cette situation conduit ainsi à considérer les trajectoires de soin comme des pratiques qui se transforment avec la migration plutôt que comme des pratiques qui seraient simplement abandonnées ou conservées à l'identique.

Le témoignage de Youssef, pair-aidant tunisien, vient nuancer cette image en rappelant que les représentations non occidentales du psychologue ne forment pas un bloc homogène. Pour lui, la situation en Tunisie est différente de celle que Amadou décrivait pour le Cameroun :

> « En Tunisie c'est un peu ouvert sur l'Europe. En Algérie t'as la mentalité, quand tu vas voir un psy t'es fou. Même les Tunisiens, y en a pas mal qui sont comme ça et là y a les nouvelles générations. »

Youssef illustre que les représentations du psychologue sont en évolution, y compris dans des contextes où elles étaient jusqu'à récemment très défavorables. L'idée d'un choc culturel univoque entre une psychologie occidentale et des cultures non occidentales qui lui seraient imperméables est une simplification que le terrain de PDM ne confirme pas.

Ce que l'ensemble de ces témoignages donne à voir, c'est la coexistence au sein d'une même ONG de représentations du soin psychique qui sont fondamentalement hétérogènes, en mouvement, et irréductibles à une opposition simple entre Occident et non-Occident. Ces représentations plurielles trouvent un écho particulier dans la trajectoire de Gilbert lui-même, dont l'expérience africaine a façonné sa posture thérapeutique.

d) Du psychologue au « sorcier blanc »

Gilbert m'a raconté certains de ses voyages en Afrique, notamment au Togo, Ghana, Bénin, ainsi qu'à Haïti. Il a été invité dans des villages par des marabouts, des sorciers ou encore des prêtres vaudou où il a pu assister à des pratiques thérapeutiques particulières, qui ont progressivement enrichi son expérience et sa pratique de psychologue : « Moi j'ai été enseigné sur le terrain, j'ai pas été enseigné par des livres ou par ci ou par ça. ». Ces voyages ne constituent pas pour lui un simple élargissement de sa culture générale. Ils semblent avoir contribué à déplacer certaines des évidences sur lesquelles reposait sa conception initiale du soin, en l'amenant notamment à s'interroger sur ce qui fait qu'une pratique peut être considérée comme thérapeutique. Il m'a partagé quelques récits de terrains.

Le premier récit se déroule en Afrique[28] lors d'une consultation avec une mère qui a perdu son deuxième fils dans un accident de voiture : « Tu vois le topo en France c'est 10 ans de canapé la mère le fils ils s'en sont pas remis et tout ». Elle est venue consulter le marabout

[28] Il ne m'a pas donné de localisation plus précise.

qui, après avoir écouté son récit, a pris un coquillage et s'est adressé à la mère et le fils « voilà c'est réglé, on vous avait jeté un sort, je viens d'enlever ce sort ». Une fois qu'ils sont partis, le marabout a expliqué à Gilbert que le destin leur avait jeté un sort, qu'il les avait libérés de ça et qu'ils pouvaient maintenant partir en paix. Ce qui semble retenir Gilbert dans cette scène n'est pas tant la question de savoir si le sort existe réellement que la manière dont le marabout donne une forme intelligible à une expérience de souffrance, en opposition au « 10 ans de canapé ». Ici, la thérapie ne s'incarne pas dans un long récit personnel, mais dans un geste, une action qui permet de transformer la situation dans laquelle se trouvent les personnes et de les libérer.

Un second récit se déroule cette fois en France. Gilbert évoque le cas d'une femme ayant perdu son bébé lors de la traversée en bateau et dont l'enfant mort « revenait la nuit téter son sein ». Au cours des consultations, elle finit par lui dire que l'esprit de son père et de sa mère s'étaient mis à s'occuper de l'enfant qu'ils avaient accueilli :

> « Un jour elle revient, elle me dit « ça y est, je l'ai revu, il a grandi, c'est mon père et ma mère qui s'occupent de mon bébé ». Et elle est repartie. Trois mois après, elle était enceinte, elle faisait un gamin. »

Là encore, Gilbert ne cherche pas, dans son récit, à déterminer la réalité objective de cette présence. Il rapporte plutôt la transformation de la situation de la femme à partir du moment où celle-ci trouve une manière de donner sens à ce qu'elle vit.

Un troisième récit encore se déroule au Ghana, dans un camp de réfugiés où il a été invité par des guérisseurs locaux. Alors qu'il écoute une personne pendant une séance, celle-ci le considère immédiatement comme un sorcier, car si quelqu'un s'occupe de son problème c'est que nécessairement il pratique lui-même la sorcellerie. Gilbert raconte :

> « Ce que je ne savais pas c'est que quand on a amené son message et sa plainte au sorcier et qu'on lui a dit, il a le pouvoir de s'en saisir et ça libère de ça. Donc les gens venaient me voir, me parlaient et repartaient en disant « le sorcier blanc m'a guéri ».

Le terme de « sorcier blanc » est particulièrement intéressant dans la mesure où il ne correspond évidemment pas à la manière dont Gilbert se définit lui-même. Pourtant, plutôt que de corriger cette interprétation, il semble l'accepter comme une manière pour les personnes rencontrées de rendre son intervention compréhensible à partir de leurs propres catégories. Le psychologue devient alors, dans leur système de représentation, une figure qui

peut être rapprochée de celles qu'ils connaissent déjà comme capables d'agir sur la souffrance. En se laissant nommer ainsi, Gilbert accepte d'inscrire sa pratique dans le système de représentation de ses interlocuteurs, plutôt que de leur demander de s'inscrire dans le sien.

Cette situation permet de revenir sur ce que Gilbert entend lorsqu'il affirme avoir été « enseigné sur le terrain ». Ce qu'il apprend au cours de ces expériences n'est pas uniquement l'existence de pratiques thérapeutiques différentes des siennes. Il apprend également à suspendre, au moins temporairement, la nécessité de déterminer ce qui est vrai ou faux selon ses propres catégories :

> « Quand t'es psy tu te demandes pas si c'est vrai ou c'est pas vrai. Moi, la psychologie africaine m'a appris ça, ce à quoi ils croient. Moi j'enlève les sorts si tu penses que c'est un sort, je te l'enlève. »

Cette phrase ne signifie pas nécessairement que Gilbert adhère lui-même à l'existence des sorts. Elle semble plutôt marquer une distinction entre croire soi-même à une représentation et accepter de travailler à partir de celle-ci. La croyance de la personne devient ainsi une donnée de la relation thérapeutique, indépendamment de la position personnelle du psychologue à son égard. Ce déplacement est important car il ne s'agit plus pour le professionnel d'amener nécessairement la personne vers une interprétation considérée comme plus rationnelle ou plus correcte de son expérience, mais de chercher à comprendre ce que cette interprétation permet de faire dans la situation présente.

Cette manière de concevoir le soin rejoint les débats évoqués précédemment autour de l'ethnopsychiatrie et de la psychologie transculturelle. Elle permet notamment de comprendre pourquoi la question de la « vérité » des représentations culturelles n'est peut-être pas la plus pertinente pour saisir ce qui se joue dans la relation thérapeutique. Ce qui importe davantage est la manière dont une représentation organise l'expérience de la personne, lui permet de nommer ce qui lui arrive et éventuellement de trouver une issue à une situation de souffrance.

Pour autant, cette posture ne va pas sans poser de nouvelles questions. En acceptant de travailler à partir des catégories de l'autre, Gilbert semble chercher à éviter une position dans laquelle le psychologue serait celui qui détiendrait le monopole de l'interprétation légitime. Mais cette démarche suppose également de savoir comment entrer dans le système de représentation de l'autre sans le réduire à quelques traits culturels supposés caractéristiques. Le risque serait alors de remplacer une forme d'ethnocentrisme par un

culturalisme qui considérerait, par exemple, qu'une personne togolaise « croit au vaudou » ou qu'une personne africaine interprète nécessairement sa souffrance à travers des catégories spirituelles. Or les récits de Gilbert montrent plutôt des situations singulières, dans lesquelles les personnes composent avec plusieurs manières de comprendre ce qui leur arrive.

C'est peut-être précisément ce que permet de penser la figure du « sorcier blanc ». Gilbert n'est pas devenu sorcier au sens où il aurait adopté les pratiques ou les croyances des personnes qu'il rencontrait. Il accepte plutôt, dans certaines situations, d'occuper une place qui lui est attribuée par l'autre et qui lui permet de rendre son intervention intelligible. Il ne s'agit toutefois pas de considérer que les personnes rencontrées seraient dupes de cette situation, ou qu'elles prendraient littéralement Gilbert pour un sorcier. Elles savent probablement qu'elles n'ont pas affaire à un sorcier telle qu'elles l'entendent, mais à une personne qui vient d'un autre contexte avec des pratiques différentes. Le terme de « sorcier blanc » semble alors moins désigner une croyance naïve qu'une manière de qualifier, avec les catégories disponibles dans leur propre univers de sens, les effets produits par la rencontre avec cet intervenant. Cette place intermédiaire brouille alors les frontières habituelles entre les catégories. Le psychologue peut ainsi être perçu comme sorcier, le soin psychologique peut prendre place dans un univers de représentations qui n'est pas celui de la psychologie occidentale, et une pratique professionnelle peut être réinterprétée à partir d'un autre système thérapeutique.

Les expériences racontées par Gilbert semblent ainsi avoir progressivement contribué à déplacer sa définition du psychologue. Il n'est plus seulement celui qui applique un ensemble de connaissances et de techniques à une personne considérée comme patiente, mais devient celui qui doit être capable de comprendre dans quel univers de sens sa propre intervention vient prendre place. Les voyages et les expériences de Gilbert apparaissent alors comme une forme d'apprentissage de l'altérité, qui vient compléter, et parfois déplacer, les savoirs acquis dans sa formation académique.

Cette conception permet également de comprendre pourquoi PDM accorde une place particulière aux expériences et aux savoirs qui se construisent en dehors des parcours professionnels classiques. Si le psychologue peut apprendre de ceux qu'il accompagne, et si les catégories à partir desquelles il comprend la souffrance peuvent elles-mêmes être discutées, alors la hiérarchie entre savoir professionnel et savoir expérientiel devient moins évidente. C'est cette question de la circulation des savoirs, et de la manière dont les différents

acteurs peuvent contribuer à redéfinir les pratiques du soin que nous retrouverons dans la suite de l'analyse, notamment à travers la figure des pair-aidants.

Les chapitres précédents ont mis en lumière une double tension. D'un côté, les personnes migrantes arrivent en France avec des souffrances psychiques réelles, multiples et stratifiées, que les politiques d'accueil semblent contribuer à aggraver plutôt qu'à atténuer. De l'autre, les outils dont disposent les professionnels de santé mentale pour y répondre sont eux-mêmes culturellement situés et souvent inadéquats aux réalités d'un terrain interculturel. Entre une souffrance qui déborde des cadres et des cadres qui peinent à la contenir, c'est dans cet espace de tension que se situe la rencontre de soin à PDM.

Mais il y a peut-être quelque chose de plus fondamental encore que cette inadéquation des outils. En débattant de la meilleure façon d'adapter la psychologie à d'autres contextes culturels, l'ethnopsychiatrie, comme ses critiques, posent la question de la nécessité et de la légitimité universelle du soin psychologique lui-même. Jean-Pierre Olivier de Sardan, dans ses travaux sur l'anthropologie du développement, a montré comment les actions humanitaires et de développement importent fréquemment des technologies, des institutions et des savoirs sans que les populations locales en aient exprimé le besoin, en supposant que la demande existe là où elle a été construite par les intervenants eux-mêmes (Olivier de Sardan, 2001). Ce qu'il nomme le « malentendu développementiste », la supposition que les populations partagent les objectifs et les catégories des acteurs du développement, s'applique particulièrement bien à l'exportation des modèles de soin psychologique. Le psychologue, la consultation individuelle et la parole comme outil thérapeutique principal constituent un dispositif qui présuppose une demande, une conception du soi et une représentation de la souffrance qui ne sont pas universelles.

Les travaux anthropologiques sur le pluralisme thérapeutique montrent à cet égard que dans de nombreux contextes non occidentaux, le recours au tradithérapeute, au marabout ou au représentant religieux n'est pas un « manque » de psychologie occidentale que viendrait combler le progrès, mais une forme de soin cohérente, dotée de sa propre efficacité symbolique et ancrée dans des représentations du monde et de la personne qui ont leur logique propre. C'est précisément ce que les échanges avec Gilbert et les pair-aidants ont révélé dans la partie précédente. La question n'est pas seulement de savoir comment adapter

les outils de la psychologie, mais de comprendre ce que les personnes attendent réellement, et si ce qu'elles attendent correspond à ce que la psychologie peut offrir.

C'est dans cet espace d'incertitude que PDM a développé des pratiques qui ne cherchent pas à résoudre cette tension mais à la traverser. L'aller-vers, la pair-aidance et les bricolages du quotidien sont autant de tentatives de faire du soin en dehors des cadres et autrement. C'est ce que nous allons maintenant analyser dans cette troisième partie.

Partie III - Pratiques interculturelles de soin : ajustements, bricolages et résistances

Chapitre 7 : L'aller-vers interculturel : présence et malentendus

> Un homme franchit le portail de la cour de l'ESGR. Il porte un sac à dos et se dirige doucement vers la file d'attente du restaurant solidaire. Son regard balaye méthodiquement les recoins de la cour jusqu'à croiser celui de Justine, bénévole à PDM. Habillée d'une doudoune violette, elle s'avance vers lui d'un pas assuré, le guide de l'urgence sociale à la main. « Bonjour Monsieur, vous cherchez quelque chose ? » L'homme ne semble pas parler français mais arabe. Justine interpelle alors un de ses collègues arabophones qui les rejoint directement. Il échange avec lui puis lui présente l'association et lui demande s'il serait intéressé de parler avec un psychologue. L'homme décline en continuant sa route vers le restaurant. Pendant ce temps, les autres bénévoles en retrait observent la scène. Certains discutent entre eux, d'autres continuent à surveiller les allées et venues dans la cour.

a) Une pratique ancienne aux origines occidentales

Les pratiques d'aller-vers en intervention sociale sont loin d'être récentes. Dès le XIXe siècle, la démarche d'aller vers les populations vulnérables prenait la forme d'une « visite au domicile du pauvre » (Pichon et Ravon, 2006) visant à « parvenir aux personnes indigentes dans leur propre environnement afin de pouvoir distinguer les « faux » des « réels besoins » (Baillergeau et Grymonprez, 2020). Cette logique, d'abord hygiéniste et moralisatrice, se démocratise à la fin du XIXe siècle au sein des *settlement houses* britanniques, des maisons d'accueil permettant l'immersion des intervenants sociaux dans le quotidien des personnes précaires. Parallèlement, aux États-Unis, le mouvement des *charity organization societies* développe une approche plus scientifique, fondée sur des « visites amicales » des classes moyennes auprès des plus pauvres.

Dans les années 1980, sous l'effet de la montée des exclusions et de la perte de confiance dans les institutions, des formes alternatives émergent, comme le travail de rue, les maraudes et les équipes mobiles. Dans les années 2000-2010, l'aller-vers devient un objectif affiché des politiques sociales pour lutter contre le non-recours aux droits. Il ne s'agit plus seulement de porter secours mais de « rétablir un lien entre les personnes et les services sociaux » (Avenel dans Parisse et Porte, 2022). Aujourd'hui, l'aller-vers s'est largement diffusé dans le champ du travail social et de la santé mentale, au point d'être intégré dans les

politiques publiques de lutte contre la pauvreté. En 2018, la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté en fait explicitement l'un de ses leviers principaux[29]. Il est également devenu une pratique centrale dans le secteur humanitaire, mobilisée par des organisations comme Médecins du Monde ou Médecins Sans Frontières pour atteindre des populations en rupture avec les institutions ou vivant dans des espaces difficiles d'accès. Dans ce contexte humanitaire, l'aller-vers ne désigne plus seulement une posture éthique individuelle mais une stratégie d'intervention organisée, dotée de protocoles et de formations spécifiques. C'est dans cet héritage à la fois social et humanitaire que s'inscrit la pratique de PDM à l'ESGR, même si, comme nous allons le voir, ses acteurs en proposent des interprétations très différentes selon leurs trajectoires et leurs références culturelles.

b) Aller-vers et présence dans l'espace

Dans le champ de la santé mentale, l'aller-vers ne se réduit pas à une simple démarche proactive (qui anticipe les attentes et prend l'initiative de l'action), mais c'est avant tout une posture éthique qui nécessite, comme le souligne François Chobeaux, de se rendre disponible mentalement, émotionnellement et professionnellement, sans forcer la relation (Chobeaux, 2025). C'est une philosophie qui place la rencontre au centre de l'action, et qui implique une attention particulière à la temporalité de l'autre, à sa singularité, sous une forme de « présence discrète ». A PDM, elle se traduit concrètement par la présence de bénévoles dans la cour de l'ESGR lors de chaque permanence, disponibles pour accueillir, informer et orienter les personnes qui transitent par le lieu.

Mais à l'ESGR, cette « présence discrète » se heurte au contrainte spatiale qu'impose la petite cour centrale et bien circonscrite. Dans ce lieu, les bénévoles de PDM sont structurellement identifiables car ils sont les seuls à faire du sur place dans cet espace de circulation constante. Les doudounes violettes aux couleurs de l'ONG, les badges avec les prénoms, la table installée sous un barnum au milieu de la cour sont autant de marqueurs visuels qui signalent leur appartenance institutionnelle et qui rendent difficile toute forme d'effacement dans l'espace.

C'est précisément cette tension que certains pair-aidants semblent avoir intégrée et résolue à leur façon. Plutôt que de se positionner sous le barnum avec les autres bénévoles, certains choisissent de s'installer légèrement à l'écart, appuyés contre leur vélo près de la

[29] Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, Gouvernement français, 2018 https://www.gouvernement.fr/la-strategie-nationale-de-prevention-et-de-lutte-contre-la-pauvrete

grille, ou adossés à la rambarde à côté du restaurant solidaire. Ils ne portent pas de signe distinctif, ni doudoune floquée, ni badge, et ne s'avancent pas systématiquement vers les personnes qui passent. D'autres pair-aidants, en revanche, restent sous le barnum avec les bénévoles étudiants et portent leur badge, mais n'initient pas non plus le contact de façon proactive. Ce qui est frappant, c'est que cette question du positionnement dans l'espace et du rapport à la visibilité institutionnelle ne semble pas être une des préoccupations principales des bénévoles étudiants en psychologie. Ils donnent plutôt l'impression d'avoir pleinement intégré la légitimité de leur présence et pratiquent l'aller-vers d'une façon qui, parfois, m'a rappelé les ambassadeurs humanitaires qui arrêtent les passants dans la rue pour récolter de l'argent.

Cette différence de positionnement ne semble pas seulement relever de préférences individuelles ou de manières différentes de concevoir l'aller-vers. Elle paraît aussi renvoyer aux positions sociales et institutionnelles occupées par les différents acteurs. Pour les étudiants en psychologie, la présence sous le barnum et les signes qui permettent de les identifier comme bénévoles de PDM semblent aller de soi dans la mesure où ils incarnent une fonction d'aide dont la légitimité est relativement peu questionnée dans cet espace. Pour les pair-aidants, dont les trajectoires les rapprochent davantage de celles des personnes accueillies, cette même visibilité peut au contraire être investie différemment. Leur position intermédiaire entre aidants et personnes accompagnées leur permet peut-être de percevoir avec davantage d'acuité la manière dont une présence institutionnelle peut être reçue par ceux à qui elle s'adresse.

La question de l'aller-vers dépasse ainsi progressivement celle de la seule rencontre entre un bénévole et une personne. Elle conduit à s'interroger sur ce que signifie, pour une organisation occidentale et majoritairement blanche, d'aller à la rencontre de personnes dont les trajectoires migratoires et les positions sociales s'inscrivent dans des rapports d'inégalité sociale et historique, que l'égalité prônée par les institutions françaises ne suffit pas à rééquilibrer. Si l'aller-vers repose sur l'idée d'une rencontre qui se veut horizontale et disponible, cette horizontalité ne va pourtant pas de soi. Les vêtements, les badges, la disposition de l'espace ou encore la manière d'interpeller les personnes rendent visibles des rapports de position qui précèdent la rencontre elle-même. Dès lors, réfléchir à la réception de l'aller-vers implique également de prendre en compte l'histoire et les rapports de pouvoir dans lesquels s'inscrivent les pratiques humanitaires contemporaines.

c) La dimension coloniale de l'humanitaire français

Cette question de la domination ne peut être dissociée de l'histoire plus longue de l'aide humanitaire et des rapports de pouvoir qui continuent de la traverser. La dimension coloniale de l'humanitaire français a notamment été interrogée par la revue *Humanitaire*, financée par Médecins du Monde, dans une table ronde publiée en 2010, intitulée « Faut-il « désoccidentaliser » l'humanitaire ? ». Les différents chercheurs réunis (anthropologue, sociologue, historien…) soulignent que le mouvement humanitaire international reste largement dominé par des ONG issues des pays occidentaux. Dès lors, même lorsque leurs interventions sont guidées par des intentions de solidarité, elles peuvent contribuer à reproduire des rapports de pouvoir hérités de l'histoire coloniale. Marcel Kabanda, historien rwandais participant à la table ronde, résume cette ambivalence en comparant l'humanitaire contemporain à une situation où « les affranchis font appel au maître », l'aide pouvant ainsi rappeler aux pays aujourd'hui indépendants qu'ils ne parviendraient pas à s'en sortir sans l'intervention occidentale (Faut-il « désoccidentaliser » l'humanitaire ?, 2010, p. 5).

Cette réflexion permet de revenir aux situations observées à l'ESGR, où la présence des bénévoles de PDM ne produit pas nécessairement les mêmes effets selon les personnes qu'ils rencontrent. Une bénéficiaire originaire du Gabon avec laquelle j'ai pu échanger, distinguait ainsi parmi les personnes noires fréquentant l'ESGR, deux manières de percevoir la présence des bénévoles blancs, tout en précisant qu'il ne s'agissait pas pour elle d'une règle générale. Selon elle, certaines personnes pouvaient avoir le sentiment d'être observées « comme des bêtes de foires », tandis que d'autres pouvaient au contraire considérer que puisque ce sont les blancs qui « ont créé tel ou tel truc », alors ils seront plus en mesure de les renseigner. La présence des bénévoles peut ainsi être perçue à la fois comme une ressource, susceptible de faciliter l'accès à certaines informations ou à certains dispositifs, mais aussi comme une manifestation d'un rapport social dans lequel certaines personnes peuvent se sentir en situation d'infériorité.

L'enjeu n'est donc pas de déterminer à l'avance si l'aller-vers est une pratique qui recrée des formes de dominations ou, au contraire, une forme de rencontre horizontale. Il s'agit plutôt de prendre en compte les rapports de pouvoir dans lesquels elle s'inscrit et la manière dont ceux-ci peuvent être réinvestis, déplacés ou parfois reconduits dans les interactions quotidiennes. Dans cette perspective, il semble d'autant plus important pour les bénévoles de questionner la réception et l'impact que peut avoir la pratique de l'aller-vers.

De plus, pour François Rubio, directeur juridique de Médecins du Monde, les ONG françaises, à partir des années 1970, « ont reproduit un parfait modèle colonial, que même les autres organisations avaient déjà abandonné » (Faut-il « désoccidentaliser » l'humanitaire ?, 2010, p. 9). L'anthropologue Bernard Hours pointe quant à lui une tension entre les contraintes technocratiques de l'action humanitaire et un discours culturaliste qui, sous couvert de reconnaissance des différences, risque de reconduire des formes d'essentialisme (*Ibid*, p. 6). Appliqué au contexte de PDM à l'ESGR, ce constat invite à regarder autrement la scène d'ouverture de ce chapitre. Justine qui s'avance vers l'homme arabophone, guide de l'urgence sociale à la main, reproduit sans le savoir une gestuelle de l'aide qui s'inscrit dans une histoire, une certaine façon d'aller vers l'autre, de l'interpeller, de lui proposer des ressources qu'il n'a pas demandées. Ce n'est pas un jugement sur ses intentions, mais un constat sur les formes que prend l'aide et sur ce que ces formes disent des rapports de pouvoir qui les sous-tendent, même dans les espaces qui cherchent le plus à les déconstruire. Comme le soulignent Pichon et Ravon (2006), l'aller-vers n'est pas seulement une technique d'intervention, mais une relation sociale qui engage des représentations de l'autre, de ses besoins, et de la légitimité à y répondre.

Cette dimension corporelle et relationnelle de l'aller-vers est explicitement reconnue par Eric, psychologue bénévole à PDM, qui souligne que l'aller-vers est avant tout une rencontre entre des personnes avec toutes leurs caractéristiques physiques, attitudes, couleur de peau, silhouette et âge. Pour lui, il n'existe pas une seule manière de pratiquer l'aller-vers, mais autant de façons qu'il y a de personnes qui le pratiquent :

> « Entre Youssef et moi, la première approche sera très différente. Youssef est tunisien, typé, avec une attitude plus décontractée, alors que moi je suis blanc, âgé, les cheveux grisonnants. »

La relation d'aide est d'abord une relation incarnée, dans laquelle les corps parlent avant les mots. La couleur de peau, l'âge, la posture de celui qui s'avance vers une personne en difficulté ne sont pas des détails, mais semblent déterminer en partie si la rencontre est possible et sur quel mode elle s'engage. Dans un contexte où beaucoup des bénéficiaires de l'ESGR viennent de pays anciennement colonisés par des puissances européennes, et où beaucoup ont traversé des expériences de violence institutionnelle ou de contrôle policier, le corps d'un homme blanc d'âge mûr et celui d'un homme jeune d'origine tunisienne ne s'inscrivent pas dans le même registre de représentations. Youssef peut incarner une proximité

de trajectoire, d'apparence, de rapport au monde, que Pascal ne peut pas offrir, quelles que soient sa bienveillance et sa formation.

Ce constat rejoint directement celui de la table ronde sur la désoccidentalisation de l'humanitaire, sur le fait que les pratiques humanitaires sont occidentales, mais les corps qui les portent le sont aussi. Plusieurs participants soulignent que changer les pratiques sans interroger qui les met en œuvre ne suffit pas à transformer les rapports de pouvoir qu'elles engagent. À l'ESGR, la présence de Youssef et des pair-aidants issus de la migration n'est donc pas seulement un outil d'accessibilité linguistique ou culturelle, mais semble constituer une réponse partielle, imparfaite, à cette question que PDM ne formule pas toujours explicitement mais que ses pratiques posent quotidiennement.

d) Être là sans imposer : l'aller-vers réinterprété par les pair-aidants

C'est précisément ce rapport à la légitimité de l'aller-vers que les pair-aidants de PDM interrogent dans leurs pratiques quotidiennes. Joseph et David sont deux hommes togolais, arrivés en France il y a quelques années par avion. Aujourd'hui demandeurs d'asile sans titre de séjour, ils sont engagés dans l'association PDM depuis plusieurs mois et participent régulièrement aux permanences organisées à l'ESGR. Contrairement aux bénévoles étudiants en psychologie, Joseph et David ne pratiquent pas systématiquement l'aller-vers. Lors des permanences, ils restent souvent dans un coin de la cour, téléphone à la main, et laissent les personnes venir à eux si elles le souhaitent. Ils portent parfois un badge avec leur prénom, mais ne se distinguent pas par des signes extérieurs d'appartenance à l'association. Pour eux, le simple fait d'être présent sur le lieu constitue déjà une forme d'aller-vers. Il n'y a pas de contradiction entre rester à distance et être disponible car leur présence à l'ESGR incarne déjà une disponibilité, mais sans insistance. Comme l'explique Joseph, ils ne viennent pas à l'ESGR pour appliquer un protocole d'intervention, mais pour être une figure de repère pour des personnes qui partagent avec eux une trajectoire et une appartenance : « Si on peut aider d'autres frères noirs… ».

Victor, pair-aidant roumain, formule cette posture autrement. Pour lui, aller vers les gens de manière trop directe peut être mal perçu. Il compare cela à « une petite puce » qui viendrait se poser sur le front d'une personne pour se faire remarquer. « Les gens, s'ils ont besoin, ils viennent tout seuls », explique-t-il. Ce refus de l'aller-vers tel qu'il est pensé dans les milieux professionnels français ne semble pas être lié à un désengagement, mais à une autre conception de la relation d'aide, fondée sur la retenue et le respect de l'initiative de

l'autre. Pour Victor, imposer sa présence à quelqu'un qui ne l'a pas demandée, même avec les meilleures intentions, c'est déjà une forme d'intrusion.

L'éthique du soin nécessite donc, comme l'exige la perspective transculturelle sur laquelle s'appuie Gilbert, de reconnaître que les cadres de pensée du soignant sont culturellement situés, y compris sa conception de ce que signifie « aller vers » quelqu'un. Pour les pair-aidants de PDM, l'aller-vers n'est pas une pratique à intégrer mais une question à se poser : à quel moment ma présence est-elle une aide, et à quel moment est-elle une intrusion ? Cette question est au cœur de ce que les pair-aidants apportent de spécifique à PDM. Leur posture révèle que l'aller-vers, loin d'être une technique universelle, est une pratique culturellement construite dont les formes varient selon les représentations de l'aide, de l'altérité et de la relation que chacun porte avec lui. Ces façons plurielles d'habiter l'aller-vers révèlent que c'est moins la pratique elle-même qui est en question, que le statut de ceux qui la mettent en œuvre, et notamment celui des pair-aidants. Leur rôle, entre reconnaissance institutionnelle et décalages culturels, mérite maintenant d'être examiné en détail.

Chapitre 8 : La pair-aidance comme espace interculturel

A PDM, le terme de pair-aidants désigne ceux qui ne sont pas étudiants et qui ont choisi de devenir bénévoles pour partager leur expérience personnelle avec les bénéficiaires de la structure. La majorité sont des personnes issues de l'immigration, dont certaines étaient d'abord bénéficiaires de l'ESGR avant de rejoindre l'ONG[30]. Bien qu'ils n'aient aucune qualification institutionnelle en psychologie ou en traduction, beaucoup d'entre eux sont régulièrement sollicités par les psychologues pour servir de traducteur lors des entretiens ou pour établir un premier contact avec des personnes qui ne parlent pas français. Le fait que les pair-aidants ne soient ni professionnels, ni simples bénévoles, ni bénéficiaires les place dans une position particulièrement complexe au sein de l'ONG, que ce chapitre se propose d'analyser à travers la tension entre le modèle institutionnel de la pair-aidance et les façons plurielles dont les pair-aidants de PDM habitent ce rôle.

[30]Le passage de bénéficiaire à pair-aidant, ainsi que les conditions et les récits qui l'accompagnent, n'ont pas pu être explorés spécifiquement dans le cadre de cette enquête. Il constituerait pourtant une piste intéressante pour de futures recherches, notamment pour comprendre comment s'opère ce changement de statut au sein de l'association, et ce qu'il révèle plus largement des trajectoires de sortie de la précarité.

a) Bref historique de la pair-aidance

La pair-aidance désigne un processus d'entraide entre personnes ayant vécu des expériences similaires, par exemple des problèmes de santé mentale, des addictions, des situations d'exclusion ou de précarité, qui mobilisent leur vécu pour accompagner d'autres personnes traversant des épreuves comparables. L'institutionnalisation de cette pratique est un phénomène récent et géographiquement situé.

La première forme documentée de pair-aidance dans le milieu psychiatrique remonte à la fin du XVIIIe siècle. A l'hôpital Bicêtre de Paris, le médecin français Philippe Pinel s'entretient régulièrement avec un patient admis dont sa maladie, jugée incurable, lui confère le statut de surveillant dans le service des « aliénés agités » (Fédération des acteurs de la solidarité, 2022). A partir de leur échange et des notes du patient, Pinel rédige en 1809 le Traité médico-psychologique sur l'aliénation mentale, une approche fondée sur la relation et la confiance avec le patient, plutôt que sur la contrainte (*Ibid*).

Au XXe siècle, la pratique réapparaît dans les années 1930 dans les pays d'Amérique du Nord, au sein des communautés marginalisées qui auto-organisent des réunions de soutien. C'est le cas par exemple des Alcooliques Anonymes en 1935 aux Etats-Unis, l'un des premiers modèles structurés d'entraide entre pairs. Dans les années 1990-2000, des programmes de pair-aidance se développent, notamment au Québec, dans le domaine de la santé mentale et de l'addictologie, s'inscrivant dans un mouvement plus large de valorisation de l'expérience vécue comme ressource thérapeutique et outil d'intervention sociale. Les institutions commencent alors à reconnaître le rôle complémentaire des pairs dans le travail social.

En France, l'émergence de la pair-aidance est plus tardive. Il faut attendre les années 2010 pour que le terme se diffuse et que des formations spécifiques soient mises en place, notamment sous l'impulsion des Agences Régionales de Santé pour professionnaliser ce rôle sous l'intitulé de « médiateur de santé-pair ». Ces pairs-aidants intègrent ensuite des équipes pluridisciplinaires dans divers domaines : handicap, santé mentale, précarité, logement, justice, etc. Leur reconnaissance croissante s'inscrit toutefois dans un contexte de crise structurelle du secteur médico-social, marqué par un manque chronique de moyens, des conditions de travail dégradées et une délégation accrue de certaines missions à des acteurs non-professionnels. Le développement des métiers de la pair-aidance peut ainsi être interprété, selon certains auteurs, comme un symptôme de la précarisation des champs du travail social et sanitaire, voire comme une forme de délégation implicite de la responsabilité

publique à des acteurs eux-mêmes précarisés (Fédération des acteurs de la solidarité, 2022). La pair-aidance telle qu'elle est institutionnalisée en France est donc une pratique construite dans un cadre occidental précis, avec ses propres présupposés sur ce qu'est l'aide et ce qu'est l'expérience légitime.

b) Pair-aidance et interculturalité : des « passeurs » entre deux mondes ?

Dans le contexte spécifique de l'accompagnement des personnes migrantes, le recours aux pair-aidants prend une dimension particulière. Face à l'augmentation du nombre de personnes migrantes arrivant sur le territoire français et à la saturation des dispositifs de soin, certaines associations comme les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ou les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) ont progressivement intégré des formes de pair-aidance dans leur pratique. Il s'agit notamment de proposer « un soin adapté et personnalisé sans mettre en place un soin spécialisé à telle ou telle catégorie administrative ou ethnique » (Chambon, Traverso, Zeroug-Vial, 2020). Dans cette perspective, les pair-aidants sont souvent envisagés comme des intermédiaires susceptibles de faciliter la rencontre entre les professionnels et les personnes accompagnées, par exemple lorsque la langue, la méfiance envers les institutions ou les expériences antérieures rendent cette rencontre difficile.

A PDM, cette fonction d'intermédiaire apparaît notamment dans les situations où les pair-aidants sont sollicités pour traduire. Youssef intervient régulièrement lors des entretiens psychologiques avec des bénéficiaires arabophones. Pourtant, dans les situations qu'il m'a racontées, son rôle ne se réduit pas à celui d'un interprète chargé de rendre les échanges compréhensibles, mais modifie également les conditions dans lesquelles la rencontre peut avoir lieu. Sa manière de s'adresser aux personnes, son attitude décontractée, mais aussi sa propre trajectoire migratoire et sa familiarité avec certains codes linguistiques et sociaux constituent autant de ressources qui ne sont pas réductibles à la traduction des mots. Cette dimension apparaît dans les propos d'Eric, qui revient sur les différences entre sa propre manière d'aborder une personne et celle de Youssef. Là où lui peut hésiter sur la manière d'entrer en relation, Youssef semble parfois disposer d'une forme de proximité qui lui permet d'établir plus rapidement un contact. Ce qui circule dans la relation n'est alors pas seulement une langue, mais également des manières de s'adresser à l'autre, de comprendre certaines attitudes ou de reconnaître des situations qui peuvent rester moins immédiatement lisibles

pour le psychologue. La traduction apparaît ainsi comme une pratique beaucoup plus large que le simple passage d'un énoncé d'une langue à une autre. Elle engage aussi une interprétation de la situation et une médiation entre différentes manières d'entrer en relation.

Cette situation permet de comprendre pourquoi la figure du « passeur » revient fréquemment dans les réflexions consacrées à la pair-aidance en contexte interculturel. Les pair-aidants peuvent effectivement occuper une position intermédiaire, à la fois proches des personnes accompagnées par leurs trajectoires ou leurs expériences, et intégrés à un dispositif institutionnel dont ils connaissent les codes. Mais cette position ne doit pas nécessairement être comprise comme celle d'une personne située entre deux « mondes » parfaitement distincts. Les trajectoires des pair-aidants sont elles-mêmes faites de déplacements, d'apprentissages et de recompositions. Ils ne sont pas simplement les représentants d'une culture qu'ils viendraient traduire aux professionnels, pas plus qu'ils ne sont devenus des professionnels comme les autres. Leur position semble plutôt tenir à leur capacité à circuler entre plusieurs registres de compréhension et à mobiliser, selon les situations, des ressources issues de leurs différentes expériences.

C'est précisément cette position intermédiaire qui semble intéresser les psychologues de PDM. Le savoir des pair-aidants n'est pas seulement sollicité lorsqu'une difficulté linguistique se présente, mais semble également venir modifier la manière dont les professionnels comprennent une situation. Dans les échanges informels comme dans les réunions de bilan, les pair-aidants peuvent apporter des informations sur certaines pratiques, des manières de faire ou des significations qui ne seraient pas nécessairement accessibles aux psychologues à partir de leur seule formation. C’est par exemple le cas lorsque les pair-aidants David et Joseph expliquent le fonctionnement du vaudou et la façon dont le fa oriente vers la divinité ou vers l'hôpital selon les besoins. Le savoir expérientiel devient alors une ressource pour penser la situation clinique elle-même.

Cette reconnaissance du savoir des pair-aidants s'inscrit dans un mouvement plus large de reconfiguration des rapports entre savoirs experts et savoirs profanes, que Fassin et Memmi (2004) ont notamment analysé. Pour autant, cette reconnaissance n'est pas dépourvue d'ambivalence. Comme le montrent Chambon et *al*. (2020), la professionnalisation de la pair-aidance peut progressivement transformer une expérience subjective en une compétence institutionnellement reconnue. Ce qui constituait initialement un savoir issu d'une trajectoire personnelle peut alors être traduit dans des catégories professionnelles, défini par des

missions et intégré à un dispositif organisé[31]. Autrement dit, l'institution reconnaît le vécu des pair-aidants, mais à condition qu'il soit formulé dans ses propres catégories et ses propres langages.

L'enjeu n'est donc pas seulement de savoir si les pair-aidants sont reconnus comme des détenteurs de savoirs, mais de regarder ce qui se produit lorsque ces savoirs entrent dans un espace professionnel déjà structuré par ses propres catégories. À PDM, la position des pair-aidants semble justement se construire dans cet entre-deux, suffisamment proches des personnes accompagnées pour mobiliser des savoirs expérientiels, mais suffisamment intégrés au dispositif pour participer à la définition et à l'ajustement des pratiques. Cette position ne supprime pas les asymétries entre les acteurs, mais elle contribue à les déplacer et à rendre plus poreuses les frontières entre celui qui sait et celui qui est supposé apprendre.

c) Les pairs aidants de Psychologues Du Monde : entre valorisation et exclusion structurelle

Malgré leur reconnaissance croissante, les pair-aidants de PDM occupent une position intermédiaire et ambivalente. Selon un des psychologues de PDM, les pair-aidants « le sont d'abord pour eux-mêmes » car ils trouvent dans ce rôle une fonction, un statut, une reconnaissance qui leur sont précieux : « On leur fait confiance, c'est très valorisant. Ils sont le premier lien entre les bénéficiaires et l'ONG ». Cette description place les pair-aidants au cœur du dispositif comme premiers interlocuteurs, figures de confiance et passeurs indispensables. Pour autant, Eric reconnaît dans un entretien que PDM est « un peu défaillante sur l'encadrement des pair-aidants » et les supervisions mensuelles organisées pour les psychologues et les étudiants en psychologie ne leur sont pas ouvertes. Cette exclusion, qui n'est jamais explicitée lors des réunions de bilan auxquelles j'ai assisté, dessine une frontière invisible entre deux catégories de bénévoles, ceux dont la pratique est encadrée, réfléchie, supervisée collectivement, et ceux qui sont « le premier lien » mais dont le travail ne fait pas l'objet du même accompagnement.

[31] Cette professionnalisation d'une pratique de solidarité fait écho au constat de Marc Hély sur le glissement d'une activité bénévole vers le salariat : « L'institution du volontariat associatif est ainsi symptomatique de la confusion entre bénévolat et salariat qui caractérise le monde associatif, en particulier dans les demandes de requalification d'une activité bénévole en contrat de travail qui se multiplient depuis quelques années, mais tend à s'étendre également dans les pratiques économiques du monde du travail ordinaire. » (Hély, 2009)

Cette tension entre valorisation et exclusion se manifeste également dans les situations concrètes observées sur le terrain. L'exemple de Victor, pair-aidant d'origine roumaine, illustre clairement cette tension. Il entre régulièrement en conflit avec certains psychologues de PDM, en particulier lors des temps de réunion et de coordination. Contrairement aux attentes implicites de l'organisation qui valorise le respect des protocoles, une forme de retenue dans les prises de parole et une certaine technicité dans l'analyse des situations, Victor adopte une posture plus spontanée, parfois perçue comme décalée, il passe du « coq à l'âne », raconte une anecdote personnelle etc. Lors des réunions de bilan, ses interventions suscitent fréquemment des réactions ambivalentes, comme des sourires gênés, des soupirs et un retour rapide au déroulé attendu. Dans une certaine mesure, ce type d'interaction peut mettre en lumière les normes implicites qui régissent les espaces de parole au sein de PDM et la façon dont certains pair-aidants peuvent être placés en position d'extériorité, non pas par manque d'implication, mais parce qu'ils mobilisent d'autres registres d'expression. Ainsi, loin de se réduire à un simple malentendu, ces tensions semblent traduire une asymétrie plus structurelle dans les modalités d'inclusion des pair-aidants dans un cadre plus institutionnel.

Ces désaccords posent plus largement la question de la compréhension du rôle de pair-aidant tel qu'il est conçu et projeté par l'ONG, dans le prolongement de l'histoire et des pratiques institutionnelles de la pair-aidance en France. Le modèle promu par l'organisation repose en effet sur une certaine définition de la pair-aidance, forgée dans un contexte socio-historique précis comme nous l'avons vu. Cependant, au sein de l'association PDM, la diversité des trajectoires, des cultures, des langues et des systèmes de référence des pair-aidants amènent à reconsidérer les contours et les attendus de ce statut. Ce décalage se manifeste notamment dans les pratiques quotidiennes, comme celle de l'« aller-vers », qui suppose une forme d'engagement relationnel et d'investissement émotionnel dans l'espace public. Or, cette pratique peut prendre des significations différentes selon les contextes d'origine et les expériences migratoires. Il devient alors essentiel de se demander : comment les pair-aidants eux-mêmes se saisissent-ils de la notion de pair-aidance ? À travers quels registres culturels, quelles références personnelles et quels ajustements pratiques traduisent-ils ce rôle dans leurs interactions avec les bénéficiaires, les professionnels et l'institution ?

Un jour lors d'une permanence à l'ESGR, un homme d'origine macédonienne s'approche de Victor, accompagné de deux bénévoles étudiants. Victor doit bientôt

l'accompagner à un rendez-vous médical à la Case Santé. Ne parlant pas le macédonien, Victor tente de se faire comprendre en articulant distinctement, en haussant légèrement la voix et en accentuant ses gestes. Il cherche à savoir si l'homme a bien ses papiers sur lui. Pour cela, il agite un document en l'air, se rapproche physiquement de lui et insiste en répétant sa question. Alix, une étudiante bénévole présente, intervient à plusieurs reprises d'une voix posée pour corriger Victor, affirmant que l'homme n'a pas de papiers. Son attitude laisse transparaître une forme de gêne, comme si elle percevait la gestuelle et le ton de Victor comme déplacés ou inadaptés à la situation. Pourtant, Victor connaît bien cet homme avec qui il a déjà interagi à plusieurs reprises, contrairement à Alix qui le rencontre pour la première fois.

Ce qui peut apparaître, du point de vue d'une personne extérieure, comme une manière brusque ou maladroite d'entrer en relation peut aussi être compris comme une manière de faire, construite au fil d'interactions répétées. Victor ne semble pas chercher à respecter une distance particulière avec cet homme : il se rapproche, insiste, utilise son corps et sa voix pour compenser l'absence de langue commune. Alix, au contraire, semble davantage attentive à maintenir une forme de retenue dans l'interaction. Il ne s'agit donc pas seulement de deux façons différentes de communiquer, mais peut-être de deux conceptions de ce que signifie « bien » accompagner quelqu'un. Là où Victor semble privilégier l'efficacité immédiate et la proximité relationnelle, Alix paraît davantage s'appuyer sur des codes interactionnels associés à une posture professionnelle : parler calmement, respecter une certaine distance et ne pas intervenir trop directement dans l'espace de l'autre.

Cette différence de posture apparaît également dans les réactions que suscitent les initiatives de Victor au sein même de l'association. Dans une autre situation, un psychologue de la structure s'agaçait ainsi de son comportement pendant les permanences : « Victor fait n'importe quoi, il comprend rien… Il traîne des gens à la Case santé et après c'est moi qui dois rattraper le coup ! ». Pour les membres de l'équipe, ce genre d'initiative est perçue comme un non-respect des cadres formels et des règles de fonctionnement du modèle associatif. Contrairement aux bénévoles étudiants en psychologie, Victor ne se conforme pas à ces codes implicites du fonctionnement associatif et semble méconnaître les hiérarchies entre les différentes structures partenaires. Les initiatives qu'il met en place, comme mener des entretiens dans la salle de cantine sans autorisation ou accompagner des bénéficiaires dans d'autres structures sans en informer l'équipe, s'inscrivent dans une logique de solidarité plus générale que celle de l'ONG. Pour lui, la pair-aidance est un système d'entraide où il ne

voit aucune contradiction à amener quelqu'un à la Case Santé, même si cette personne est à PDM.

C'est précisément ce décalage que Eric met en lumière lorsqu'il affirme que Youssef possède un « savoir-être compatible avec sa présence en entretien psy », à l'inverse de Victor. Ce « savoir-être compatible » ne semble pas renvoyer à une compétence psychologique mais semble désigner une façon d'être, de se tenir, d'occuper l'espace relationnel, qui correspond aux attentes implicites de la psychologie occidentale. Youssef, qui a grandi dans un pays ouvert à l'influence européenne et qui a développé des codes relationnels proches de ceux des psychologues de PDM, correspond davantage à ce modèle que Victor, dont la trajectoire migratoire et les références culturelles sont très différentes.

Ici, la pair-aidance n'est donc pas simplement une fonction ou un statut, mais un modèle normatif incorporé, une manière d'être, de parler, d'agir avec les bénéficiaires, de naviguer entre engagement personnel et posture professionnelle. Le décalage avec d'autres conceptions engendre des malentendus persistants, et parfois des formes de disqualification qui soulignent les limites d'un modèle de pair-aidance uniformisé qui n'intègre pas toujours la diversité des parcours et des expériences.

d) Vers un savoir expérientiel

Face à des dispositifs institutionnels de l'aide souvent normés et pensés selon des cadres culturels occidentaux, les formes d'engagement observées sur le terrain donnent à voir d'autres manières de concevoir et de pratiquer la solidarité. Chez des acteurs comme Joseph, David, Amadou ou Victor, l'aide ne s'inscrit pas nécessairement dans les catégories mobilisées par les institutions (pair-aidance, médiation, soutien psychologique, aller-vers), mais dans des logiques de relation plus informelles, sensibles, communautaires ou culturelles. Celles-ci ne s'expriment pas toujours dans les mots de la psychologie ou de l'intervention sociale, mais aussi dans les gestes, les regards, les échanges ordinaires ou simplement dans le fait d'être présent. Comme le constatent Einhorn, L., Tremblay, V. et Zeroug-Vial, H. (2019) : « L'expertise ne se situe alors plus à un niveau « technique », mais provient de la connaissance pratique de situations problématiques et d'épreuves expérimentées et « dépassées » par l'intervenant pair ». Le soutien peut ainsi prendre des formes discrètes, qui ne correspondent pas nécessairement à une intervention directe ou institutionnalisée.

Cette manière de concevoir l'aide conduit à revenir sur ce qui fonde la légitimité de celui ou celle qui accompagne. Dans les dispositifs professionnels, cette légitimité repose généralement sur une formation, un diplôme ou une fonction reconnue par l'institution. Sur le terrain, d'autres formes de légitimité semblent cependant pouvoir se construire à partir de l'expérience vécue. C'est notamment ce que Sébastien Joffres désigne par la notion de « savoir expérientiel » un savoir incarné, issu de trajectoires personnelles souvent marquées par des épreuves (exil, violence, marginalisation, précarité) qui devient une ressource relationnelle dans le cadre de l'accompagnement (Joffres, 2022). David et Joseph, par exemple, refusent d'endosser une posture d' « expert » psychologique qu'ils ne reconnaissent pas comme leur. Ils se positionnent en continuité avec des logiques communautaires de solidarité, où l'entraide repose d'abord sur l'identification et la confiance. Leur présence à l'ESGR prend sens à travers leur capacité à incarner un repère culturel et social pour d'autres personnes noires, migrantes, nouvellement arrivées. Cette fonction ne relève pas d'une formation ou d'une expertise professionnelle, mais d'un vécu partagé, de l'arrivée en France, de la désorientation, du racisme, de la solitude. Leur savoir repose sur cette expérience commune qu'ils peuvent mobiliser pour accueillir, orienter et rassurer.

Ce positionnement devient particulièrement intéressant dans les espaces où plusieurs conceptions de l'aide se rencontrent. Dans ces « entre-lieux », pour reprendre l'expression de Francine Saillant (2007), les normes de l'intervention ne semblent jamais complètement données à l'avance. Par exemple, Victor ne conteste pas la nécessité d'un lien mais propose une autre manière de le penser, non comme une intrusion, mais comme une « disponibilité silencieuse ». Ce qui peut apparaître, du point de vue de l'institution, comme un débordement du cadre peut ainsi être compris, depuis sa propre position, comme une manière ordinaire de venir en aide à quelqu'un, en dehors de tout cadre institutionnel. Ces différences de pratiques permettent de revenir sur la place particulière qu'occupent les pair-aidants au sein de PDM. Alors que les dispositifs institutionnels tendent à distinguer les professionnels, les bénévoles et les bénéficiaires, les pair-aidants se trouvent dans une position plus difficile à situer. Ils ne sont ni tout à fait des usagers puisqu'ils participent à l'accompagnement, ni tout à fait des professionnels. C'est cette position intermédiaire que Joffres (2022) associe à la reconnaissance d'une expertise fondée sur l'expérience.

Cependant, cette reconnaissance du savoir expérientiel reste ambivalente. Dans certains contextes, elle est valorisée à condition qu'elle soit traduite dans les catégories professionnelles dominantes, souvent médicales ou psychologiques. Cela peut entraîner une forme de normalisation de la parole des pairs, contraints de parler le langage de l'institution

pour être légitimes. D'ailleurs, les psychologues de PDM questionnent régulièrement la définition de la pair-aidance et le rôle qu'ils en attendent au sein de l'association. Des réunions étaient prévues à ce sujet avant la période estivale dans le but d'en tirer une définition claire et plus précise, afin de mieux définir les attentes et les contours du statut de pair-aidant au sein de l'ONG.

Ce que ces trajectoires et ces pratiques montrent, c'est que la pair-aidance ne se réduit pas à un rôle défini par une institution mais se co-construit depuis des parcours multiples, des trajectoires de vie et des évènements particuliers qui donnent lieu à des savoirs expérientiels. Ces formes d'engagement, souvent discrètes et peu visibles dans les grilles d'analyse classiques, invitent à repenser les catégories de l'action sociale et à prendre au sérieux la pluralité des manières de faire lien et de faire soin. L'aide ne se joue pas uniquement dans les structures officielles, mais aussi dans les marges, les interstices, les initiatives de terrain et les relations informelles. En ce sens, l'aide « par le bas » décrite par Francine Saillant, constitue une critique des logiques dominantes de l'aide, tout en participant pleinement à leur recomposition.

Chapitre 9 : Faire avec ce que l'on a : les bricolages du soin interculturel à Psychologues Du Monde

Face aux obstacles structurels présentés tout au long de ce mémoire, des ressources limitées aux cadres institutionnels qui ne correspondent pas toujours aux réalités rencontrées sur le terrain, les acteurs de PDM sont également confrontés à des situations imprévues. Loin de disposer systématiquement des conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un soin psychologique classique, ils doivent alors faire avec ce qui est disponible sur le moment pour aider les bénéficiaires. C'est cette dimension créative et située des pratiques de l'ONG que ce chapitre se propose d'analyser à travers la notion de bricolage.

a) Le bricolage comme catégorie analytique

Le concept de bricolage, forgé par Claude Lévi-Strauss dans *La Pensée sauvage* (1962), désigne la capacité à produire quelque chose de nouveau à partir d'éléments déjà disponibles, en les combinant de façon créative plutôt qu'en appliquant un plan préétabli. Le bricoleur interroge les pièces dont il dispose pour découvrir ce que chacune pourrait apporter

à l'ensemble qu'il cherche à construire. Michel de Certeau a prolongé cette réflexion dans *L'Invention du quotidien* (1980) en montrant que les pratiques ordinaires des acteurs peuvent s'organiser autour de « tactiques », c'est à dire des manières de faire avec les contraintes imposées, de les contourner ou de les réinterpréter depuis les marges des structures qui les encadrent.

Appliqué au soin en contexte interculturel, le bricolage apparaît comme une forme de créativité qui s'invente précisément là où les cadres institutionnels ne suffisent plus, et qui dit quelque chose d'important sur les limites de ces cadres autant que sur l'ingéniosité de ceux qui y travaillent. À PDM, cette créativité est omniprésente sans jamais se revendiquer comme telle. Les acteurs font avec les ressources disponibles, mobilisant ce qui est là, ce qui est possible dans l'instant, pour produire quelque chose qui ressemble à du soin même quand les conditions ne sont pas réunies.

b) Du bricolage traductif au bricolage thérapeutique

La barrière de la langue constitue l'un des obstacles les plus immédiatement visibles à l'ESGR. La grande diversité linguistique des personnes qui transitent dans ce lieu nécessiterait l'intervention de multiples interprètes formés pour toutes ces langues (arabe, farsi, swahili, peul, mandarin, roumain, russe, urkrainien…). Dans la pratique, une telle organisation est difficilement envisageable dans le cadre de permanences associatives ponctuelles, et les acteurs doivent donc régulièrement chercher d'autres moyens de rendre la communication possible.

Lors d'une permanence, Gilbert cherche ainsi à communiquer avec un homme originaire d'Afrique de l'Ouest dont la langue principale est le peul. En l'absence d'interprète disponible, il se rend dans la cour de l'ESGR et interpelle à voix haute les personnes présentes dans les files d'attente : « Qui parle peul ici ? ». Peu importe que la personne soit qualifiée, ni même qu'elle soit membre de l'association, tant qu'elle est susceptible de faciliter la compréhension. La scène peut sembler anodine, mais elle donne à voir une première manière de « faire avec ». Plutôt que de suspendre l'échange jusqu'à ce qu'un interprète compétent soit disponible, Gilbert cherche dans l'environnement immédiat une personne susceptible de servir d'intermédiaire. Dans l'urgence, c'est donc la possibilité de la rencontre qui prime sur la perfection du dispositif.

Une autre scène illustre cette même logique avec une stratégie différente. Victor m'a demandé un jour si je pouvais l'aider à traduire une discussion avec un homme macédonien

qu'il a déjà vu plusieurs fois. Cet homme vit en France depuis plusieurs années et habite avec sa famille dans une maison en ruine. Il ne parle que le macédonien, ne sait pas écrire et a des problèmes d'élocution dûs à une paralysie du côté droit de son visage. Victor veut l'aider à monter un dossier MDPH mais il ne parle pas et ne comprend pas le macédonien. Or, il parle un peu bulgare, une langue très proche du macédonien, et peut ainsi lire le macédonien une fois écrit même sans le comprendre. Pour l'aider, j'ai alors sorti mon téléphone et ouvert Google traduction. Victor ne parlant pas très bien français, il me dictait oralement ce qu'il souhaitait demander à l'homme, puis j'écrivais dans un français correct la question sur Google traduction qui la traduisait en macédonien, et Victor la lisait oralement à l'homme. Petit à petit, nous avons réussi comme ça à fixer un rendez-vous entre l'homme et Victor pour qu'ils puissent aller tous les deux à la Case Santé voir un médecin.

Ce qui est intéressant ici n'est peut-être pas tant la solution elle-même que la manière dont elle s'est construite. Aucun des acteurs ne disposait isolément des compétences nécessaires pour assurer la traduction et c'est leur combinaison qui a rendu l'échange possible. Ce bricolage, qui mobilise simultanément trois langues, deux personnes et une application, n'est certes pas idéal, mais a permis, l'espace d'un instant, de surmonter un peu la barrière de la langue.

Ces bricolages traductifs ne fonctionnent cependant pas toujours. Lors d'une autre permanence, un homme tchétchène, qui ne parle pas un mot de français, s'approche de Victor et moi. Victor, qui encourage régulièrement les personnes qu'il croise à apprendre le français et à parler, prend son téléphone, appelle une connaissance qui parle tchétchène et tend l'appareil à l'homme. Celui-ci paraît gêné, mais sous l'insistance de Victor, il échange quand même quelques mots et rend très vite le téléphone. Dans cette situation, la solution imaginée par Victor ne permet pas réellement d'établir la relation qu'il espérait créer. La comparaison de ces deux scènes invite ainsi à ne pas envisager le bricolage uniquement à travers ses réussites. Dans les deux cas, Victor cherche une solution à partir des ressources dont il dispose mais une même logique de mise en relation a produit des effets différents. Dans le premier cas, la médiation numérique et linguistique permet progressivement d'organiser un rendez-vous, dans le second, elle semble au contraire accentuer la distance entre les personnes. La différence ne tient donc pas uniquement à la qualité de la traduction, mais aussi de la relation préalable, de la situation et de la manière dont la personne concernée reçoit le dispositif qui lui est proposé.

Cette logique d'ajustement ne concerne d'ailleurs pas uniquement la communication. Elle apparaît également lorsque les acteurs cherchent à adapter les modalités mêmes du soin. Gilbert évoque le cas de deux femmes originaires de la République Démocratique du Congo qu'il reçoit régulièrement. La première a voyagé en avion avec sa fille de deux ans, la deuxième a confié sa fille au pays à sa sœur de dix-neuf ans. Toutes deux sont hébergées dans un foyer pour femmes et rencontrent d'importantes difficultés à communiquer en français : « On sent qu'elles veulent dire quelque chose mais qu'elles ont pas les mots pour le faire ». Dans ces conditions, les rendez-vous ne peuvent pas véritablement prendre la forme d'un entretien psychologique classique. Pourtant, Gilbert continue de leur proposer de se voir régulièrement. Il explique que ces rendez-vous constituent l'une des rares occasions pour elles de sortir du foyer dans lequel elles vivent. Le rendez-vous psychologique devient ici un prétexte thérapeutique pour les inciter à sortir.

On retrouve une logique comparable dans la manière dont Gilbert accueille certaines représentations culturelles de la souffrance. Lorsqu'il « enlève un sort » pour une personne convaincue d'en être victime, ou lorsqu'il accueille le récit d'une femme qui pense que son bébé mort est pris en charge par ses grands-parents décédés, il ne cherche pas nécessairement à faire disparaître ces représentations de l'espace thérapeutique, mais tente plutôt de travailler à partir d'elles. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, son expérience de terrain l'a conduit à considérer que la question de la vérité des représentations culturelles n'était pas un préalable à leur efficacité thérapeutique. Ce qui lui importe davantage c'est la place qu'elles occupent dans l'expérience de la personne.

Le bricolage apparaît alors moins comme l'invention d'une nouvelle technique que comme un déplacement ponctuel des usages habituels du soin. Une croyance, une histoire familiale, une représentation spirituelle ou encore un rendez-vous peuvent être intégrés à la relation de soin dès lors qu'ils permettent de travailler avec ce que la personne apporte. Le génogramme constitue un autre exemple de ce déplacement. Cet outil clinique, conçu pour représenter sur le papier les éléments constitutifs d'une famille, comme les modalités relationnelles et communicationnelles sur plusieurs générations ou les événements du présent, est parfois utilisé à PDM avec des personnes qui n'ont jamais représenté leur famille de cette manière. Un psychologue raconte que le dessin peut alors susciter chez certaines personnes une manière nouvelle de regarder leur environnement familial. L'outil conserve sa fonction première, mais son utilisation dans un contexte différent produit des effets qui ne sont pas nécessairement ceux anticipés au départ. Ces différentes situations ne permettent pas de dire

que le bricolage constitue systématiquement une manière plus pertinente de soigner. Elles montrent plutôt que, dans certaines circonstances rencontrées à PDM, les acteurs sont amenés à déplacer les usages habituels de leurs outils ou à en mobiliser d'autres pour répondre à des situations particulières.

Par ailleurs, il arrive dans certains cas difficiles que les stratégies mises en place ne suffisent pas. Gilbert raconte que, dans certaines situations qu'il considère comme particulièrement difficiles, il lui arrive de conseiller aux personnes de retourner dans leur pays d'origine, estimant qu'il vaut mieux être chez soi entouré de sa famille que d'être enfermé dans un foyer en France. Cette position peut paraître surprenante dans le cadre d'une ONG qui accompagne des personnes migrantes, mais elle témoigne néanmoins d'une limite que Gilbert semble reconnaître à son propre travail. Quand les conditions de vie sont tellement dégradées, que la barrière de la langue est trop grande ou que l'attente elle-même est devenue le principal facteur pathogène, les bricolages ne peuvent pas suffire à trouver une solution. Le bricolage permet alors de faire avec une situation, sans pour autant pouvoir la transformer entièrement.

c) Les bricolages institutionnels

Cette manière de composer avec les contraintes ne concerne pas uniquement les situations de soin. Elle apparaît également dans les relations entre les acteurs de PDM et dans leur manière d'habiter les cadres institutionnels de l'ONG. Victor en constitue un exemple particulièrement visible. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, il manifeste une volonté très forte d'aider les personnes qu'il rencontre à l'ESGR. Il leur répète régulièrement qu'il faut apprendre le français, les encourage à parler, cherche à les orienter vers différentes ressources et mobilise les contacts qu'il a pu développer depuis son arrivée en France. Cette disponibilité l'amène parfois à prendre des initiatives qui dépassent les cadres prévus par l'association.

La scène la plus révélatrice à cet égard est celle de l'interprète macédonienne. Victor a croisé à plusieurs reprises à l'ESGR un homme macédonien qui ne parle pas un mot de français et qui a subi de nombreuses violences qui lui ont laissé des séquelles physiques. Après avoir discuté quelques fois avec lui, Victor a pris l'initiative de contacter une interprète macédonienne professionnelle et de la faire venir à l'ESGR pour rencontrer l'homme, sans en informer l'équipe au préalable. À son arrivée, il l'a présenté à Gilbert qui s'est alors énervé contre lui. L'équipe disposait en effet d'informations que Victor ne connaissait pas. Gilbert

savait notamment que cet homme avait eu des comportements violents et qu'aucun centre d'hébergement n'acceptait de l'accueillir en raison de ceux-ci. L'intervention de l'interprète, organisée avec l'intention de faciliter son accompagnement, n'était donc pas une solution utile.

Cette situation permet de voir comment deux logiques d'action peuvent entrer en tension. Victor agit à partir de ce qu'il sait de la situation et des ressources qu'il est capable de mobiliser immédiatement, alors que l'équipe raisonne à partir d'informations accumulées au fil des consultations et des échanges entre professionnels. Le problème n'est donc pas seulement celui d'une initiative individuelle « mal organisée », mais aussi celui de la circulation inégale des informations au sein de l'association. Victor se trouve ainsi dans une position particulière, dans la mesure où il est suffisamment intégré à l'ONG pour avoir accès à certaines ressources et prendre des initiatives, mais pas suffisamment inclus dans les espaces où circulent toutes les informations relatives aux personnes accompagnées.

Victor me confiera plus tard que ce qui énerve Gilbert, c'est que son investissement auprès des personnes soit trop important. Pour lui, c'est pourtant la seule réponse adaptée face à l'urgence des situations rencontrées et la frustration que l'impuissance génère. Ce qu'il ne comprend pas, c'est pourquoi Gilbert n'est pas aussi agacé que lui face à ces limites de l'aide.

Ce décalage permet de revenir sur une distinction déjà apparue dans les chapitres précédents entre plusieurs manières d'habiter la relation d'aide. Pour Gilbert, la « juste distance » semble constituer une condition de la pratique professionnelle qui permet de rester disponible sans être entièrement absorbé par les situations rencontrées. Pour Victor, au contraire, cette distance peut apparaître comme une limite à l'engagement ou comme de l'indifférence. Là où l'un cherche à contenir l'investissement émotionnel, l'autre semble chercher à répondre à la frustration par davantage d'action. Les tensions qui en résultent ne sont donc pas seulement des conflits de personnalité. Elles renvoient aussi à des conceptions différentes de ce que signifie « aider » dans un contexte d'urgence.

Les réunions de bilan hebdomadaires constituent, à leur manière, un autre espace où ces différentes pratiques peuvent être reprises. En réunissant psychologues, étudiants et pair-aidants après les permanences, elles créent un espace où les situations rencontrées peuvent être reprises collectivement. Ces réunions ne sont ni de véritables supervisions cliniques, ni de simples réunions administratives. Elles permettent plutôt de reprendre collectivement ce qui s'est passé, de confronter les interprétations et parfois de revenir sur certaines initiatives. À ce titre, la réunion de bilan constitue elle-même une forme de

bricolage institutionnel. Elle n'efface pas les hiérarchies entre professionnels, étudiants et pair-aidants, mais elle ouvre un espace où les différentes façons de faire et d'aider peuvent être discutées.

d) Vers une réinvention du soin

Les différentes situations observées montrent ainsi que le bricolage intervient à plusieurs endroits du fonctionnement de PDM. Il apparaît dans les moyens utilisés pour communiquer, dans les modalités du soin, dans les usages des outils cliniques, mais aussi dans les relations entre les différents acteurs de l'association. Pourtant, ces pratiques ont en commun de ne pas être complètement stabilisées. Elles apparaissent lorsque les conditions habituelles de l'intervention ne sont pas réunies et prennent alors des formes différentes selon les personnes et les circonstances. Cette dimension située invite à considérer avec prudence ce que l'on peut tirer des observations réalisées à PDM. Les bricolages rencontrés sur ce terrain ne constituent pas nécessairement un modèle cohérent de soin interculturel, pas plus qu'ils ne permettent à eux seuls de conclure à une transformation générale des pratiques psychologiques auprès des personnes migrantes. Ils donnent plutôt à voir ce qui se passe, dans une association particulière, lorsque les acteurs doivent composer avec des situations qu'ils ne peuvent entièrement anticiper.

Cette caractéristique constitue également une limite. Le bricolage est par définition une réponse située, qui dépend des personnes présentes, des ressources disponibles et du moment précis. Ce qui fonctionne un jour avec une personne ne fonctionnera pas nécessairement le lendemain avec une autre. Cette fragilité est inhérente à la pratique, et elle tranche avec les logiques institutionnelles qui cherchent précisément à standardiser des interventions efficaces et à les reproduire. Le bricolage ne permet pas non plus de résoudre les contraintes structurelles auxquelles les personnes accompagnées sont confrontées. Les acteurs de PDM peuvent chercher un interprète, proposer un rendez-vous, accompagner une personne vers une autre structure ou tenter de travailler à partir de ses propres représentations, mais ils ne peuvent pas changer les politiques migratoires qui produisent l'attente, la précarité administrative et l'instabilité résidentielle. Slimane Touhami relève un constat similaire chez un chef de service de CADA : « On sent bien qu'il y a quelque chose qui nous dépasse », ainsi que des limites matérielles concrètes : « Le fait d'avoir une boîte à outils si faible, on se dit, on n'y va pas », ou encore « On a deux véhicules pour transporter cent personnes » (Touhami, 2022, p. 64-65). Les ajustements observés se déploient ainsi dans

un environnement dont les principales contraintes restent largement extérieures à l'association.

C'est précisément ce constat qui fonde l'appel de Saglio-Yatzimirsky à une réinvention des formes de soutien en santé mentale, à la marge de la psychiatrie et de la psychologie classiques (Saglio-Yatzimirsky, 2019). Ce qu'elle appelle la « créativité » des acteurs de terrain face aux limites des dispositifs classiques n'est pas, pour elle, un simple palliatif, mais le signe que la souffrance psychique des personnes migrantes « déborde des cadres habituels de la psychiatrie, des institutions, des théorisations » et force précisément à l'invention (Saglio-Yatzimirsky et Wolmark, 2018, p. 22). Les pratiques observées à PDM peuvent être envisagées dans cette perspective. Elles ne constituent pas nécessairement un modèle alternatif cohérent et stabilisé, mais plutôt une succession d'ajustements, de tentatives, de déplacements et parfois d'échecs. La question est alors moins de savoir si PDM parvient à construire une nouvelle manière de soigner que d'observer ce qui se transforme lorsque les professionnels, les pair-aidants et les bénévoles sont contraints de composer avec l'incertitude. Les outils psychologiques peuvent être déplacés, les rôles peuvent se chevaucher, les frontières entre soin et accompagnement social peuvent devenir moins nettes, et des savoirs qui ne sont pas issus de la formation académique peuvent acquérir une fonction thérapeutique. Ils participent, à leur échelle et dans leurs limites, à ce que Saglio-Yatzimirsky nomme une « clinique de l'exil », une pratique qui prend au sérieux la singularité des trajectoires migratoires et refuse de les réduire aux catégories diagnostiques disponibles (*Ibid*, p. 25).

Le bricolage apparaît alors moins comme l'opposé du cadre institutionnel que comme ce qui se produit à ses marges, lorsque celui-ci rencontre une réalité qu'il ne peut entièrement anticiper. Il révèle à la fois les ressources dont disposent les acteurs et les limites auxquelles ils se heurtent. Faire « avec ce qu'on a », ce n'est donc pas seulement pallier un manque, c'est aussi produire, dans l'incertitude, de nouvelles manières de faire lien, d'accompagner et parfois de soigner.

Au terme de cette troisième partie, le bricolage apparaît comme une dimension ordinaire du travail mené à PDM. Qu'il s'agisse de trouver un moyen de communiquer, d'adapter les modalités du soin, de mobiliser des outils existants autrement ou encore de

composer avec les cadres institutionnels, les acteurs de l'ONG sont constamment amenés à ajuster leurs pratiques aux situations qu'ils rencontrent. L'aller-vers réinterprété par Joseph, David ou Victor, la pair-aidance habitée de façon plurielle et parfois conflictuelle, les bricolages traductifs et thérapeutiques du quotidien, tout cela ne relève pas d'un projet pensé et organisé, mais d'une adaptation permanente à des conditions qui ne sont pas réunies pour que le soin classique soit possible.

Cette manière de « faire avec » met aussi en évidence une tension qui traverse l'ensemble des pratiques observées. D'un côté, elle témoigne d'une réelle capacité d'adaptation et permet parfois de rendre possible une rencontre ou un accompagnement là où les dispositifs habituels trouvent leurs limites. De l'autre, elle rappelle que ces solutions restent fragiles, dépendantes des circonstances et incapables de répondre à elles seules aux contraintes structurelles qui pèsent sur les personnes accompagnées.

Plus largement, les pratiques observées à PDM montrent un travail permanent d'ajustement, dans lequel les frontières entre soin psychologique, accompagnement social, médiation et solidarité deviennent parfois moins nettes. C'est peut-être dans ces espaces d'incertitude, de négociation et d'improvisation que se joue une partie de la spécificité de l'intervention auprès des personnes migrantes.

Ainsi, les trois parties de ce mémoire auront progressivement mis en évidence les différents enjeux qui traversent cette pratique : les tensions entre les temporalités des personnes et celles des institutions, la nécessité de penser la personne au-delà des catégories qui lui sont assignées, la pluralité des représentations du soin psychique et, enfin, les ajustements auxquels les acteurs ont recours lorsque les cadres existants ne suffisent pas. La conclusion générale propose de mettre ces différents éléments en perspective et de revenir sur ce qu'ils révèlent, plus largement, des possibilités et des limites d'un soin psychologique interculturel en contexte d'urgence sociale.

Conclusion

Au terme de deux années d'enquête ethnographique menée auprès de Psychologues du Monde au sein de l'Espace Social du Grand Ramier à Toulouse, il apparaît que la question de savoir comment le statut administratif des personnes migrantes conditionne leur accès à la santé mentale, et comment des acteurs associatifs comme Psychologues du Monde tentent d'y répondre en contexte interculturel, ne peut recevoir de réponse simple. L'accès à la santé

mentale des personnes migrantes ne dépend pas uniquement de l'existence ou de l'absence de structures de soin. Il se construit à l'intersection d'une multiplicité de dimensions : la situation administrative, les conditions matérielles d'existence, l'histoire migratoire, les représentations de la souffrance, les rapports aux institutions, les ressources relationnelles disponibles et, enfin, les pratiques concrètes des personnes qui tentent d'intervenir auprès d'elles. L'un des principaux enseignements de cette enquête est précisément qu'il est difficile, voire impossible, d'isoler la « santé mentale » de l'ensemble des conditions sociales, politiques et matérielles dans lesquelles elle se déploie.

La souffrance rencontrée sur le terrain ne peut être pensée uniquement comme l'expression d'un trouble individuel nécessitant une prise en charge psychologique. Elle s'inscrit dans de longues trajectoires, parfois marquées par la guerre, les persécutions, les séparations familiales ou les violences vécues durant le parcours migratoire, mais elle est également produite, prolongée ou aggravée par les conditions d'accueil rencontrées une fois arrivées en France. C'est en ce sens que le statut administratif apparaît, au fil de cette recherche, comme bien davantage qu'une simple catégorie juridique. Il détermine ou conditionne l'accès aux droits, aux soins, à l'hébergement, au travail et, plus largement, à la possibilité de se projeter dans un avenir. Les catégories administratives ne se contentent donc pas de décrire des situations mais participent activement à les produire.

Le statut administratif comme condition de l'expérience psychique

La santé mentale ne peut donc être pensée indépendamment de ces conditions, et c'est ce que la première partie de ce mémoire a cherché à mettre en évidence à travers l'analyse de l'attente, de l'instabilité résidentielle et de la peur. Ces expériences, bien qu'elles prennent des formes différentes, participent toutes à produire une situation dans laquelle les personnes disposent d'une marge de manœuvre extrêmement réduite sur leur propre existence. L'attente administrative ne constitue pas un simple délai entre le dépôt d'un dossier et une réponse mais organise progressivement le rapport au présent et à l'avenir. L'instabilité du logement ne désigne pas uniquement l'absence d'un toit stable, mais rend difficile l'installation de routines, la poursuite d'un suivi ou la possibilité même de se projeter. Ces différents éléments conduisent à considérer la condition administrative comme une dimension active de la production de la souffrance. Celle-ci ne vient évidemment pas remplacer les violences antérieures ou les traumatismes vécus au cours du parcours migratoire. Les situations rencontrées à PDM montrent au contraire que la souffrance est rarement réductible à un

événement unique et se construit dans la superposition de différentes temporalités : violences subies avant le départ, expériences du parcours migratoire, puis conditions d'accueil dans le pays d'arrivée.

Ce que cette enquête permet alors de comprendre, c'est que les difficultés rencontrées en France ne constituent pas simplement un « après » de la migration. Elles deviennent une strate supplémentaire d'expériences qui peuvent prolonger, transformer ou aggraver des souffrances antérieures. En ce sens, l'arrivée ne marque pas nécessairement la fin de l'épreuve. Elle peut ouvrir une nouvelle période d'incertitude dont la durée et l'issue échappent largement aux personnes concernées. Pour autant, réduire les personnes rencontrées à cette condition de vulnérabilité reviendrait à produire une autre forme de simplification. L'enquête a montré que la précarité ne produit pas les mêmes effets chez tous les bénéficiaires. Certaines personnes développent des stratégies de survie, des ressources relationnelles ou des formes de résistance que les dispositifs ne savent pas toujours identifier. La situation de Gisèle, étonnée elle-même de ne pas avoir « sombré » malgré les expériences vécues dans la rue, ou celle de l'homme macédonien que Victor décrit comme ayant conservé une force de vivre exceptionnelle après plusieurs années de précarité, rappellent que les personnes ne peuvent être réduites à ce que leurs conditions de vie leur font subir. La question qui se pose alors n'est plus seulement celle de la souffrance, mais également celle des ressources dont disposent les personnes pour y faire face et de la capacité des dispositifs à reconnaître ces ressources.

Les limites d'une approche exclusivement psychologique de la souffrance

C’est cette tension entre une souffrance qui déborde des cadres et les outils disponibles pour les comprendre que la deuxième partie de ce mémoire à chercher à analyser. Les psychologues et bénévoles de PDM rencontrent des personnes dont les histoires sont complexes, parfois difficiles à verbaliser, et dont les représentations de la souffrance ne correspondent pas toujours à celles qui structurent la psychologie occidentale. La première difficulté ne consiste donc pas seulement à adapter un outil clinique à une personne venant d’un autre contexte culturel, mais à comprendre les présupposés qui rendent cet outil pensable. Autrement dit, les représentations de ce qu’est une personne, une souffrance, une maladie, et de ce qui permet d’aller mieux. Pourquoi faudrait-il nécessairement qu’un psychologue soit la personne à laquelle on doit s’adresser pour répondre à ces difficultés ? Pour certains pair-aidants de PDM, le psychologue reste associé à la folie ou à une forme

d'intrusion dans l'intimité. Pour d'autres, la formation universitaire ne suffit pas à légitimer une personne dans l'accompagnement de quelqu'un qui souffre. Victor, notamment, oppose l'expérience vécue à une expertise acquise uniquement par les livres et la formation. À l'inverse, David et Joseph décrivent des systèmes thérapeutiques dans lesquels les recours religieux, spirituels ou médicaux ne s'opposent pas nécessairement mais peuvent s'articuler selon des logiques de complémentarité.

L'anthropologie permet ici de déplacer le regard. Elle rappelle que les manières de nommer, de ressentir et d'exprimer la souffrance sont culturellement et socialement situées. Cela ne signifie pas que chaque personne serait enfermée dans une « culture » particulière, ni qu'il existerait des façons nationales ou ethniques homogènes de souffrir. Une telle lecture risquerait précisément de reproduire les processus d'assignation que ce mémoire cherche à interroger. L'enjeu consiste plutôt à reconnaître que la rencontre thérapeutique est toujours une rencontre entre plusieurs univers de significations. Le psychologue n'arrive pas dans l'entretien depuis une position culturellement neutre dans la mesure où ses outils, ses catégories, sa manière de concevoir la parole, l'intimité, l'autonomie ou le soin sont eux aussi situés.

La question interculturelle ne concerne donc pas uniquement la personne accompagnée, elle concerne également le professionnel et l'institution dans laquelle il intervient. Cette dimension apparaît particulièrement importante dans un espace comme l'ESGR où le cadre habituel de la consultation psychologique laisse place à un environnement marqué par le passage, l'urgence, la présence de nombreux intervenants et l'instabilité des situations. Le soin ne commence pas nécessairement par la formulation d'une demande explicite. Il peut émerger d'une conversation, d'une demande d'information, d'une traduction ou d'une rencontre informelle. La distinction entre l'aide sociale et le soin psychique devient alors difficile à maintenir. L'une des contributions de ce mémoire est ainsi de montrer que l'accès à la santé mentale ne commence pas nécessairement au moment où une personne franchit la porte d'un cabinet de psychologue. Il commence parfois bien avant, dans la possibilité de rencontrer quelqu'un, de comprendre une information, de se sentir en sécurité ou simplement de ne pas être immédiatement réduit à une catégorie administrative ou clinique.

Faire du soin dans un espace qui n'est pas pensé pour le soin

Cette réflexion conduit directement à la troisième dimension de la problématique : comment les acteurs associatifs tentent-ils de répondre à ces difficultés ? L'enquête menée auprès de PDM montre que l'association ne résout pas les contradictions structurelles auxquelles sont confrontées les personnes nouvellement arrivées. Elle ne peut ni modifier les décisions de l'administration, ni garantir un logement, ni supprimer les frontières qui organisent les conditions de circulation et de séjour. Sa capacité d'action est nécessairement limitée. Mais c'est précisément dans cet espace de contraintes que se développent des pratiques particulières.

L'aller-vers, tout d'abord, transforme la manière de penser l'accès au soin. Il ne s'agit plus uniquement d'attendre qu'une personne formule une demande et se présente dans un lieu spécifiquement dédié à la psychologie. Les bénévoles se rendent dans un espace déjà fréquenté pour d'autres raisons et tentent d'entrer en relation à partir des situations qui s'y présentent. Si cette pratique permet de réduire certains obstacles matériels et symboliques de l’accès aux soins, l’enquête montre pourtant que cette pratique souvent présentée comme une évidence dans le champ de l’intervention sociale, n’est ni neutre, ni universelle. Aller vers quelqu'un signifie nécessairement se demander qui va vers qui, depuis quelle position et avec quelle légitimité.

La pair-aidance représente une autre dimension importante de cette tentative de réinvention du soin. Les pair-aidants présents au sein de PDM disposent de ressources qui ne sont pas réductibles à une formation professionnelle. Leur expérience migratoire, leur connaissance de certaines langues, leur familiarité avec les démarches administratives ou leur proximité avec certaines expériences vécues peuvent permettre de créer des formes de confiance difficilement accessibles autrement. Ils ne sont cependant pas de simples intermédiaires chargés de faciliter le travail des psychologues. L'enquête montre que leur présence peut également déplacer les catégories à partir desquelles une situation est comprise. Le pair-aidant peut interpréter, traduire, expliquer, mais aussi poser ses propres questions, proposer une autre manière d'entrer en relation ou remettre implicitement en cause la « juste distance » valorisée dans les pratiques professionnelles.

C'est peut-être là que réside l'un des apports les plus intéressants de la pair-aidance observée sur ce terrain, en ce qu’elle introduit une pluralité de savoirs au sein même de la relation d'aide. Les psychologues disposent d'un savoir théorique et clinique, les étudiants bénévoles sont en formation et participent à la construction de leur future posture professionnelle, et les pair-aidants mobilisent des savoirs issus de leur expérience et de leurs trajectoires. Le soin apparaît alors moins comme la transmission unilatérale d'une expertise

que comme un espace potentiel de circulation entre différents savoirs. Or, cette circulation n'est toutefois ni fluide ni égalitaire. Les tensions observées au sein de PDM montrent que tous les savoirs ne disposent pas nécessairement du même statut. La formation universitaire conserve une place importante dans la légitimation de certaines prises de parole alors que certains savoir expérientiels des pairs-aidants ne sont considérés comme légitimes que s'ils sont compatibles avec les cadres institutionnels dominants. Les désaccords autour de l'investissement affectif, de la frustration ou de la manière d'aider ne semblent donc pas constituer seulement des difficultés internes à l'association. Ils révèlent des conceptions différentes de ce que signifie « bien faire » dans un contexte où aucune réponse ne semble totalement satisfaisante.

C'est pourquoi la notion de bricolage apparaît particulièrement intéressante pour comprendre les pratiques observées sur le terrain. Le bricolage ne désigne pas ici une pratique marginale qui viendrait occasionnellement compenser les insuffisances d'un système. Il désigne plutôt la nécessité pour les acteurs, de composer avec des ressources limitées et des situations qui échappent aux cadres prévus. Lorsqu'il n'y a pas d'interprète, les acteurs cherchent quelqu'un qui parle la langue dans la file d'attente. Lorsqu'une personne ne peut pas communiquer autrement, plusieurs langues et une application de traduction sur un téléphone peuvent être mobilisés pour parvenir à fixer un rendez-vous. Lorsqu'un entretien psychologique classique est impossible, le rendez-vous peut devenir un prétexte pour permettre à une personne de sortir du foyer où elle vit. Ces situations montrent que les acteurs ne disposent pas toujours des ressources nécessaires à une prise en charge adéquate, alors ils font avec ce qui est disponible sur le moment. Les réunions de bilan constituent elles-mêmes une forme de construction collective. Elles ne correspondent ni exactement à une supervision clinique ni à une simple réunion administrative, mais permettent de partager les difficultés rencontrées, de discuter des orientations et de réfléchir collectivement à ce qui pourrait être fait.

Cependant, le caractère improvisé et incertain du bricolage peut vite mener à son échec. Comme il ne peut être ni standardisé, ni reproduit à l'identique, il peut fonctionner dans une situation mais devenir complètement inadapté dans une autre. C'est pourquoi le bricolage ne doit pas être compris comme la preuve que les acteurs parviennent toujours à dépasser les contraintes structurelles, car il ne permet pas de résoudre les causes structurelles de façon durable. C'est là que se situe, il me semble, l'une des principales limites de l'action associative. PDM peut accompagner une personne dans la compréhension de ses difficultés,

proposer un espace d'écoute, faciliter une rencontre, mobiliser un pair-aidant ou orienter vers une autre structure. Mais elle ne peut pas, à elle seule, mettre fin à l'attente administrative, garantir un logement stable ou modifier les politiques migratoires. Le risque serait alors de considérer les pratiques associatives comme capables de compenser durablement les insuffisances des institutions publiques. Or, comme l'a montré ce mémoire, le développement de ces pratiques s'inscrit précisément dans un contexte où l'État délègue une partie de ses missions à des structures associatives. Les associations occupent ainsi une position ambivalente : elles constituent des espaces indispensables d'innovation et de soutien, tout en risquant d'être mobilisées pour pallier durablement des carences structurelles.

De la psychologisation du social à une politisation du soin

Cette enquête conduit ainsi à revenir à la question de la psychologisation du social développée notamment dans les travaux de Didier Fassin. Lorsqu'une personne souffre de l'incertitude administrative, de la peur de l'expulsion ou de l'absence de logement, une réponse exclusivement psychologique risque de déplacer le problème. Elle peut contribuer, malgré elle, à transformer une souffrance produite collectivement et politiquement en une difficulté individuelle devant être prise en charge par la personne elle-même. Pour autant, il semble que ce serait une erreur d'opposer mécaniquement le psychologique et le politique, comme si l'accompagnement individuel était nécessairement dépolitisant.

Les pratiques observées à PDM montrent plutôt que la frontière entre une réponse sociale et une réponse psychologique est beaucoup moins stable qu'elle ne le laisse supposer. Lorsque les psychologues commencent par demander si une personne mange, dort, est logée ou en danger, ils reconnaissent implicitement que la souffrance ne peut être isolée de ses conditions matérielles d'existence. Lorsque Gilbert aide une personne à comprendre son environnement ou à accéder à des ressources, il ne sépare pas strictement l'autonomie de la santé psychique. L'enjeu n'est donc peut-être pas de choisir entre une réponse politique et une réponse psychologique, mais de refuser que la seconde fasse disparaître la première. Prendre soin d'une personne suppose parfois de reconnaître que certaines de ses difficultés ne pourront pas être « guéries » tant que les conditions qui les produisent perdureront. Il ne s'agirait alors plus uniquement d'aider un individu à s'adapter à une situation, mais également de comprendre comment cette situation limite ses possibilités d'agir.

Dans cette perspective, l'autonomie elle-même mérite d'être interrogée. Elle occupe une place importante dans de nombreux dispositifs sociaux et sanitaires, qui visent à

accompagner les personnes vers une plus grande indépendance. Pourtant, sur le terrain, cette notion apparaît profondément paradoxale. Comment demander à une personne de devenir autonome lorsque son droit au séjour, son logement ou son accès aux ressources dépendent de décisions sur lesquelles elle n'a aucune prise ? L'autonomie risque alors de devenir une injonction adressée à des personnes dont les conditions d'existence sont structurellement marquées par la dépendance institutionnelle. Les pratiques observées à PDM semblent parfois proposer une autre manière de penser cette question. Il ne s'agit pas nécessairement de rendre les personnes totalement indépendantes, mais de reconnaître leurs capacités d'action, leurs savoirs et les ressources qu'elles sont déjà susceptibles de mobiliser. Cette différence permet de déplacer le regard d'une conception de l'aide fondée sur ce qui manquerait aux personnes vers une attention portée à ce qu'elles savent déjà faire, aux relations qu'elles entretiennent et aux stratégies qu'elles ont construites.

Repenser l'interculturalité à partir de la rencontre

Au terme de cette enquête, l'interculturalité apparaît moins comme une compétence spécifique que les professionnels pourraient définitivement acquérir que comme une posture de vigilance permanente. Il ne suffit pas de connaître certaines références culturelles pour comprendre la personne rencontrée, mais d'accepter que ses propres catégories puissent être insuffisantes. L'interculturalité suppose d'accepter de ne pas immédiatement comprendre ce que l'on observe, de demander plutôt que de présumer et de reconnaître que les personnes accompagnées disposent elles-mêmes de savoirs sur leur situation. Le choix de PDM de parler de « nouveaux arrivants » prend alors une signification particulière. Sans faire disparaître les réalités juridiques auxquelles les personnes sont confrontées, cette expression tente de rappeler qu'aucun individu ne se réduit à son statut administratif. Les dispositifs ont besoin de catégories pour fonctionner, le droit a besoin de distinguer les situations, les institutions doivent définir des critères d'accès et organiser leurs interventions, mais le risque apparaît lorsque ces catégories cessent d'être des outils administratifs pour devenir des identités auxquelles les personnes sont durablement assignées.

Le principal résultat de ce mémoire est peut-être donc moins de proposer une solution que de déplacer la manière dont le problème est posé. La question ne devrait pas seulement être : comment soigner la souffrance psychique des personnes migrantes ? Elle devrait également être : quelles conditions sociales, politiques et administratives produisent cette

souffrance, et que faudrait-il transformer pour que le soin ne soit pas contraint de réparer en permanence ce que les institutions contribuent elles-mêmes à produire ? Cette interrogation invite à penser une santé mentale qui ne soit pas seulement centrée sur la réduction des symptômes, mais également attentive aux conditions collectives qui rendent une existence habitable. Dans cette perspective, prendre soin ne consiste peut-être pas uniquement à aider une personne à supporter le monde dans lequel elle vit. Il peut également signifier reconnaître que certaines souffrances ne sont pas seulement à traiter, mais à entendre comme le signe d'un ordre social et politique qui mérite lui-même d'être interrogé.

L'expérience de PDM, avec ses contradictions, ses limites et ses inventions, montre alors toute l'ambivalence du soin associatif contemporain. Il peut constituer un espace où les défaillances institutionnelles deviennent visibles, où des formes alternatives de relation peuvent émerger et où différents savoirs peuvent se rencontrer. Mais il rappelle également qu'aucun bricolage, aussi créatif soit-il, ne peut durablement compenser des politiques qui organisent structurellement la précarité et l'incertitude.

C'est sans doute dans cette tension, entre l'inventivité des pratiques et les limites structurelles auxquelles elles se heurtent, que se situe finalement l'apport principal de cette enquête. Même si les acteurs rencontrés à l'ESGR ne disposent pas de solutions capables de résoudre les contradictions du système dans lequel ils interviennent, ils tentent pourtant, quotidiennement, de créer des espaces où ces contradictions peuvent être temporairement déplacées. Observer ces pratiques permet de comprendre que le soin ne se réduit ni à une technique, ni à une institution, ni à une relation individuelle. Il est une pratique profondément sociale et politique, toujours située, toujours traversée par des rapports de pouvoir et toujours susceptible d'être réinventée.

Bibliographie

Abélès, M. (1994). *M. Augé, Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Persée. https://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1994_num_34_129_369701

Akoka, K. (2024). « Migrants » . Dans *Catégoriser Lexique de la construction sociale des différences* (p. 431‑450). https://doi.org/10.4000/128qw

Arendt, H. (2016). Apatridie. *Cités*, *N° 67*(3), 131‑136. https://doi.org/10.3917/cite.067.0131

Aulanier, A. (2021). Un temps « difficile à encaisser » . *Temporalités*, *33*. https://doi.org/10.4000/temporalites.8278

Autès, M. (1973). *Devereux, Georges, Ethnopsychanalyse complémentariste*. Persée. https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1973_num_14_4_1068

Baillergeau, É., & Grymonprez, H. (2020). « Aller-vers » les situations de grande marginalité sociale, les effets sociaux d'un champ de pratiques sociales. *Revue Française des Affaires Sociales*, *2*, 117‑136. https://doi.org/10.3917/rfas.202.0117

Barbanel, A., & Dupuy, G. (2026). Aide médicale d'État : un totem à abattre. *Le Droit de Vivre*, *N° 696*(3), 18‑22. https://doi.org/10.3917/ddv.696.0018

Baubet, T., & Saglio-Yatzimirsky, M.-C. (2021). Migrants et santé : soigner les blessures invisibles et indicibles. *La Santé En Action*, *455*. https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/402087_spf00002842.pdf

Beltran, G. (2009). Enfermés dehors. Dans *Enfermés dehors* (Terra-HN, p. 123‑138). https://doi.org/10.3917/tehn.kobel.2009.01.0123

Bertini, B., Laporte, R., Piegay, E., & Schwartz, M. (2020). Les permanences d'accès aux soins de santé et leur rôle auprès des populations migrantes. *Adsp*, *111*, 35‑36. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp?clef=1172

Boltanski, L. (1993). 1.La politique de la pitié. Dans *La souffrance à distance : Morale humanitaire, médias et politique* (p. 15‑37). Métailié. https://shs.cairn.info/la-souffrance-a-distance--9782864241641-page-15?lang=fr

Calabrese, L., Gaboriaux, C., & Veniard, M. (2022). L'accueil en crise : pratiques discursives et actions politiques. *Mots*, *129*, 9‑21. https://doi.org/10.4000/mots.29775

Castel, R. (2013). Individus, risques et supports collectifs. *Idées Économiques et Sociales*, *N° 171*(1), 24‑32. https://doi.org/10.3917/idee.171.0024

Chambon, N., Traverso, V., & Zeroug-Vial, H. (2020). Mediators, peers, and interpreters : Coming to the care sector's rescue. *Rhizome*, *No 75-76*(1), 7‑16. https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0007

Charuty, G. (1987). La folie, entre histoire et anthropologie. *Terrain*, *8*, 77‑81. https://doi.org/10.4000/terrain.3156

Chobeaux, F. (2025). Aller vers. *VST - Vie Sociale et Traitements*, *n° 165*(1), 113‑117. https://doi.org/10.3917/vst.165.0113

Ce Jonckheere, C., Chalverat, C., Rufini Steck, L., & Elghezouani, A. (2011). Chapitre IV. Le dispositif ethnopsychiatrique. *Le thérapeute et le diplomate*. Genève: Éditions ies. https://doi.org/10.4000/books.ies.248

De Sardan, J. O. (2001). Les trois approches en anthropologie du développement. *Revue Internationale des Études du Développement*, *42*(168), 729‑754. https://doi.org/10.3406/tiers.2001.1546

D'Halluin, E. (2009). La santé mentale des demandeurs d'asile. *Hommes & Migrations*, *1282*, 66‑75. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.447

Diagne, P. M. (2016). Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaroise. *Anthropologie et Santé*, *13*. https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2171

Einhorn, L., Tremblay, V., & Zeroug-Vial, H. (2019). Reconsidérer les frontières du soutien en santé mentale. *Rhizome*, *N° 73*(3), 18‑19. https://doi.org/10.3917/rhiz.073.0018

Fassin, D. (2000). Les politiques de l'ethnopsychiatrie. *L'Homme*, *153*, 231‑250. https://doi.org/10.4000/lhomme.14

Fassin, D. (2001). Une double peine. *L'Homme*, *160*, 137‑162. https://doi.org/10.4000/lhomme.129

Fassin, D. (2006b). Souffrir par le social, gouverner par l'écoute Une configuration sémantique de l'action publique. *Politix*, 73(1), 137-157. https://doi.org/10.3917/pox.073.0137.

Fassin, D. (2018). III. Politiques de la vie. *La vie : Mode d'emploi critique* (p. 109-150). Le Seuil. https://shs.cairn.info/la-vie-mode-d-emploi-critique--9782021374711-page-109?lang=fr.

Fassin, D., & Memmi, D. (2004). *Le gouvernement des corps*. Dans Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales eBooks. https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.1478

Fassin, D., & Rechtman, R. (2024). *L'Empire du traumatisme : Enquête sur la condition de victime* (Nouvelle édition) [EPUB]. Flammarion.

Faut-il « désoccidentaliser » l'humanitaire ? (2010). *Humanitaire*, *24*. http://journals.openedition.org/humanitaire/860

Fédération des acteurs de la solidarité (2022). Mesure d'impact pair-aidance. *federationsolidarite.org*.https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2023/01/ETUDE.pdf

Giraud, F. (2013). TOBIE NATHAN, « Enquête sur la technique thérapeutique » , dans *L'influence qui guérit,* Éditions Odile Jacob, 1994, première édition, 35-160. *Cairn.info*, 263‑269. https://doi.org/10.3917/dunod.drie.2013.01.0263

Hély, M. (2009). Présentation. Penser le monde associatif comme un monde du travail. Dans *Les métamorphoses du monde associatif* (p. 9‑19). Presses Universitaires de France. https://shs.cairn.info/les-metamorphoses-du-monde-associatif--9782130563891-page-1

Isidro, L., & Izambert, C. (2024). L'aide médicale d'État en sursis. *Revue des Droits de L'homme*. https://doi.org/10.4000/revdh.19426

Izambert, C. (2020). Menace sur l'aide médicale d'État. *Plein Droit*, *n° 124*(1), 43‑46. https://doi.org/10.3917/pld.124.0043

Joffres, S. (2022). L' « expert du vécu » existe-t-il ? *Sociographe*, *N° 79*(3), 127‑133. https://doi.org/10.3917/graph1.079.0127

Kobelinsky, C. (2012). Des corps en attente. Le Quotidien des demandeurs d'asile. *Corps*, *N° 10*(1), 183‑192. https://doi.org/10.3917/corp1.010.0183

Legoux, L., & Lassailly-Jacob, V. (2012). Terrains « sensibles » dans le champ des migrations internationales. *e-Migrinter*, *9*, 3‑6. https://doi.org/10.4000/e-migrinter.747

Lévi-Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage*. Plon. https://archive.org/details/lapenseesauvage00levi/page/141/mode/1up

Martinache, I. (2010). *L'Autonomie des assistés* Nicolas Duvoux, Paris, PUF, coll. « Le Lien social », 2009, 269 pages ISBN : 978-2-13-057737-9. *Idées économiques et sociales*, 162(4), 78-78. https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3917/idee.162.0078.

Mestre, C. (2022). Soins et violence institutionnelle auprès des femmes migrantes. *Spirale*, *N° 101*(1), 95‑102. https://doi.org/10.3917/spi.101.0095

Parisse, J., & Porte, E. (2022). Les démarches d' « aller vers » dans le travail social : une mise en perspective. *Cahiers de L'action*, *N° 59*(2), 9‑16. https://doi.org/10.3917/cact.059.0009

Pedinielli, J.-L. (2016). 2. La méthode clinique et ses outils. *Introduction à la psychologie clinique* (4e éd., p. 31-64). Armand Colin. https://shs.cairn.info/introduction-a-la-psychologie-clinique--9782200616205-page-31?lang=fr.

Petit, V. (2019). Circulations et quêtes thérapeutiques en santé mentale au Sénégal. *Revue Francophone Sur la Santé et les Territoires*, *2*. https://doi.org/10.4000/rfst.374

Petit, V., & Wang, S. (2018). Éditorial : La santé mentale en migrations internationales. *Revue Européenne de Migrations Internationales*, *34*(2‑3), 7‑20. https://doi.org/10.4000/remi.10489

Pian, A. (2023). Légitimité de la recherche, légitimité du chercheur. Ce que la négociation de la rencontre ethnographique en milieu hospitalier dit de la politisation de l'intime. *Recherches Sociologiques et Anthropologiques*, *54‑1*, 27‑47. https://doi.org/10.4000/rsa.5905

Pichon, P., & Ravon, B. (2006). Chapitre IV. Souci de la relation d'aide et accompagnement social : le Samu social et les Camions du coeur. *Débats Jeunesses*, *17*(1), 79‑96. https://doi.org/10.3406/debaj.2006.938

Proulx, S. (1994). Une lecture de l'œuvre de Michel de Certeau : L'invention du quotidien, paradigme de l'activité des usagers. *Communication*, *15*(2), 170‑197. https://doi.org/10.3406/comin.1994.1691

Rechtman, R. (2012). 4. La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspectives historiques et enjeux actuels. Dans D. Fassin *Les nouvelles frontières de la société française* (p. 101-127). La Découverte. https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3917/dec.fassi.2012.03.0101.

Robles, A. F., Beltran, G., & Nicaise, S. (2024). Une santé à la marge : l'imbrication des entraves à la santé dans les trajectoires des exilé·es vivant en squat. *Revue Française des Affaires Sociales*, *N° 243*(3), 49‑69. https://doi.org/10.3917/rfas.243.0049

Rostirolla, D. (2017). Trajectoires migratoires et expériences de soin en santé mentale. *Les Cahiers de la LCD*, *N° 5*(3), 61‑87. https://doi.org/10.3917/clcd.005.0061

Rouchon, J., Reyre, A., Taïeb, O., & Moro, M. R. (2009). L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique. *L Autre*, Volume. 10(1), 80‑89. https://doi.org/10.3917/lautr.028.0080

Saglio-Yatzimirsky, M. (2019). Repenser nos cadres d'intervention avec les personnes migrantes. *Rhizome*, *N° 73*(3), 15‑16. https://doi.org/10.3917/rhiz.073.0015

Saglio-Yatzimirsky, M., & Wolmark, L. (2018). Santé mentale des exilés en France : entre impuissance et créativité. *Revue Européenne de Migrations Internationales*, *34*(2‑3), 21‑27. URL : http:// journals.openedition.org/remi/10558 https://doi.org/10.4000/remi.10558

Saillant, F. (2007). Présentation. *Anthropologie et Sociétés*, *31*(2), 7. https://doi.org/10.7202/018680ar

Salomon, J., Guégan, M., & Bouscaillou, J. (2020). Dispositifs d'accueil et de prise en charge : Politique de santé en faveur des migrants : enjeux et défis. *Adsp*, *111*, 27‑39. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1172

Sayad, A. (1990). Les maux-à-mots de l'immigration. Entretien avec Jean Leca. *Politix*, *3*(12), 7‑24. https://doi.org/10.3406/polix.1990.1420

Sicot, F., & Touhami, S. (2015). Des dispositifs de soin spécifiques pour les patients d'origine étrangère ? *Empan*, *n° 98*(2), 101‑108. https://doi.org/10.3917/empa.098.0101

Taylor, K (2019). *What can Western psychology offer to non-Western cultures? A non-Western perspective on Clinical Psychology* [Thèse de psychologie clinique] University of Leicester

Tisato, D. (2017). Le temps interstitiel des demandeurs d'asile. *Migrations Société*, *N° 168*(2), 119‑135. https://doi.org/10.3917/migra.168.0119

Tortelli, A., Sauzé, D., & Skurnik, N. (2017). Capital social, santé mentale et immigration. *Annales Médico-psychologiques Revue Psychiatrique*, *175*(6), 573‑576. https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.05.002

Touhami, S. (2022). Entre altérité et liminarité. Des professionnels du prendre soin face à la souffrance psychique des migrants accueillis en établissements sociaux. Dans *Accueil et accompagnements d'étrangers primo-arrivants* (Champ Social, p. 55‑68). https://doi.org/10.3917/chaso.mulle.2022.01.0055

Trouillet, C. (2014). Les dérives sémantiques de l'immigration. *Africultures*, *n° 97*(1), 83‑93. https://doi.org/10.3917/afcul.097.0083

Voldman, D. (2009). Michel Agier . – Gérer les indésirables. Des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire . Paris, Flammarion, 2008, 349 pages. « Bibliothèque des savoirs » . *Le Mouvement Social*, *n° 227*(2), I. https://doi.org/10.3917/lms.227.0123a