

UNIVERSITE DE LAUSANNE  
FACULTE DES SCIENCES SOCIALES  
ET POLITIQUES  
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

SESSION DE JANVIER 2018

**Pratiques des psychologues avec des usagers migrants**  
**Eclairage de psychologues travaillant dans différentes institutions et associations**

Mémoire de Master en psychologie clinique et psychopathologie

Présenté par Virginie Detry

Sous la direction de Nathalie Muller Mirza

Expert : Jean-Claude Métraux

## **Remerciements**

Je tiens à remercier les cinq psychologues qui ont participé à ma recherche. Grâce à eux j'ai pu non seulement récolter des données riches mais également développer des réflexions et des outils qui me seront utiles pour mon travail de psychologue. J'ai été tout particulièrement touchée par le vif intérêt qu'ils ont porté pour mon travail et l'aide qu'ils m'ont offerte pour trouver d'autres participants potentiels.

Je remercie également Madame Nathalie Muller Mirza, ma directrice de mémoire, pour le soutien qu'elle m'a fourni et qui m'a permis d'apprendre et progresser tout au long de ce travail.

J'adresse aussi mes sincères remerciements à toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide au cours de la rédaction de mon travail.

## Table des matières

Introduction .....	5
1 Situation migratoire en Suisse et prise en charge .....	9
2 La clinique de l'activité .....	11
3 Aperçu de la littérature .....	12
3.1 Les troubles psychologiques chez les migrants .....	12
3.2 Les pratiques des psychologues avec des usagers migrants .....	13
3.2.1 Les ressources utilisées par le psychologue .....	15
3.2.2 La place et le rôle de la culture dans la rencontre .....	16
3.2.3 La posture de bienveillante neutralité.....	17
3.2.4 L'utilisation de catégories diagnostiques occidentales.....	19
3.3 Les structures de soin et leur influence sur la prise en charge.....	20
4 Méthodologie.....	21
4.1 Population interviewée .....	21
4.2 Méthode de recueil des données.....	23
4.2.1 Entretiens semi-structurés .....	23
4.2.2 Les méthodes de la clinique de l'activité.....	23
5 Méthode d'analyse .....	26
5.1 Retranscriptions.....	26
5.2 Analyse thématique de contenu.....	26
5.3 Analyse phénoménologique intégrative .....	28
5.4 Présentation des participants .....	28
5.5 Thèmes et catégories relevés .....	29
6 Résultats .....	43
6.1 Les psychologues recevant uniquement des usagers migrants.....	43
6.1.1 Marc.....	43
6.1.2 Mathilde.....	46
6.1.3 Marine .....	49
6.2 Les psychologues recevant principalement des usagers autochtones.....	52
6.2.1 Stéphane .....	52
6.2.2 Sophie.....	55
6.3 Synthèse et comparaison des résultats du corpus .....	57
7 Discussion .....	62
7.1 Comparaison des résultats avec la littérature recensée.....	62

7.2 Les limites de cette recherche.....	67
Conclusion.....	69
Bibliographie .....	71
Webographie .....	76
Annexes .....	77

## Introduction

Le métier de psychologue peut prendre des formes très variées en fonction du cadre de travail, mais aussi du type d'usagers qui sont pris en charge. C'est une profession riche et complexe qui doit constamment innover afin de répondre aux besoins changeants de la société. Un des phénomènes actuels ayant un impact sur le domaine de la psychologie est l'augmentation des flux migratoires de ces dernières décennies. Ceci a pour résultat l'augmentation de la prise en charge d'usagers de cultures différentes de celle de leur psychologue, et soulève la question de l'influence éventuelle de ces différences culturelles sur le suivi. Or si l'on regarde l'histoire de la psychologie en Occident, on peut observer que celle-ci s'est développée en s'appuyant sur des recherches ayant en général pour participants des étudiants universitaires de pays développés. Cette tendance à la généralisation sur base d'échantillons peu représentatifs de la population mondiale est de plus en plus pointée du doigt comme une pratique biaisant les théories sur le comportement humain (Jones, 2010), questionnant l'application de ces théories dans la prise en charge d'usagers migrants. Par conséquent, il apparaît nécessaire de développer des approches tenant compte du multiculturalisme des sociétés actuelles. Dans cette optique, l'association américaine de psychologie a élaboré en 2003 des recommandations pour aider les psychologues à adopter une approche multiculturelle. Celle-ci se définit par une sensibilité face au rôle de la culture dans le comportement et le ressenti des usagers (American Psychological Association, 2003). De plus en plus de recherches se penchent ainsi sur la relation entre la culture et le psychisme. Cependant, qu'en est-il au niveau de la pratique ? Les psychologues ajustent-ils leurs pratiques en fonction des caractéristiques de leurs usagers ? Plus précisément, les usagers migrants présentent-ils des caractéristiques spécifiques qui influencent les pratiques des psychologues ?

La psychologie transculturelle et l'ethnopsychiatrie se sont intéressées à la question de la prise en charge d'usagers migrants et sont donc au centre de la littérature recensée pour ce travail. Au sein de cette littérature se trouvent des questionnements récurrents : la conscience du psychologue de ses représentations culturelles, la prise en compte de la culture dans l'entretien psychothérapeutique, l'adoption d'une posture engagée du psychologue et l'adéquation des critères diagnostiques du DSM-IV. Ces éléments et le positionnement du psychologue vis-à-vis d'eux sont relevés comme influant sur le déroulement de la prise en charge (Ahovi, 2006 ; Baubet, Taïeb, Heidenreich, & Moro, 2005 ; Elghezouani, 2010 ; Kirmayer & Bennegadi, 2011 ; Qureshi & Collazos, 2011). Enfin, un dernier élément qui va

influencer les pratiques du psychologue est l'institution ou association dans laquelle il travaille. En effet, celle-ci détermine le dispositif et cadre dans lequel la prise en charge va s'inscrire et dicte le rôle du psychologue face à l'utilisateur (Clot, 2007 ; Sironi, 2003).

Pour explorer la place de ces thèmes dans la pratique, j'ai fait appel aux théories de la clinique de l'activité d'Yves Clot que je présenterai dans mon deuxième chapitre. Cette clinique va nous permettre d'aller explorer le discours des psychologues pour voir s'il en ressort un mouvement réflexif sur leurs pratiques du fait de se retrouver face à un usager migrant. Un mouvement réflexif devrait également se manifester grâce aux méthodes utilisées dans l'entretien de recherche. Qui plus est, la clinique de l'activité permettra d'observer l'influence de l'institution sur les genres de l'activité. Nous concevons les genres selon la théorie de Clot qui les décrit comme des énoncés prototypiques propres à chaque situation et qui guident le sujet dans son choix des pratiques à mettre en œuvre. Les professionnels font donc appel aux genres pour construire leur activité.

Les questions suivantes ont servi de fil rouge à ma recherche : *Comment la familiarité d'un psychologue avec la prise en charge de migrants influence-t-elle sa prise en charge de ce type d'utilisateurs ? En quoi le type d'institution ou d'association dans laquelle travaille le psychologue joue-t-elle un rôle dans l'élaboration de cette prise en charge ?*

Afin d'analyser la prise en charge j'ai choisi de m'intéresser à quatre positions relatives à celle-ci, et pour lesquelles il n'existe pas de consensus clair au sein de la littérature. Ma première question de recherche se divise par conséquent en quatre sous-questions qui sont les suivantes : *Quelles sont les ressources auxquelles font appel les psychologues ? Quelle est la place donnée à la culture ? La posture de neutralité est-elle maintenue ? Comment sont perçues les catégories diagnostiques ?*

J'ai décidé de m'intéresser aux pratiques utilisées par les psychologues lors de la prise en charge d'utilisateurs migrants. Dans ce cadre, je cherche à savoir si les usagers migrants se distinguent du reste des usagers dans leur manière d'interroger l'identité professionnelle et les pratiques des psychologues, des institutions et des associations dans lesquelles ceux-ci sont pris en charge. Pour cela, je me suis intéressée au point de vue de psychologues qui ont parmi leurs usagers des personnes migrantes. J'ai décidé d'interviewer des psychologues avec des niveaux d'expertise différents en ce qui concerne la prise en charge de tels usagers. Ce choix de participants me permettra de réaliser une comparaison entre deux groupes de psychologues : les uns qui prennent en charge uniquement des usagers migrants tandis que les

autres reçoivent majoritairement des usagers d'origine suisse. Par le biais de cette comparaison je vais tenter de faire ressortir des différences dans leur perception de leurs pratiques. Qui plus est, j'ai aussi sélectionné des participants travaillant dans diverses institutions et associations afin de permettre une comparaison entre les pratiques au sein des différents lieux de travail.

Cette recherche a pu être réalisée grâce à la participation de cinq psychologues ; trois qui voient exclusivement des personnes migrantes, et deux autres qui n'en rencontrent qu'occasionnellement dans leur pratique. Le but est donc de comprendre à travers leur discours quels sont les référentiels théoriques utilisés et dans quelle mesure ces usagers viennent questionner leur posture en tant que psychologue. Mes entretiens sont construits de manière à pouvoir explorer l'identité du psychologue sous différents aspects : comment il se présente face à un usager, comment il se présente à moi dans l'entretien et comment il se perçoit en tant que professionnel travaillant au sein d'une institution ou association.

Sur la base des éléments de la littérature mentionnés précédemment, j'ai élaboré cinq hypothèses quant aux résultats qui émergeront de mon corpus. Tout d'abord, je postule que les psychologues prenant en charge uniquement des usagers migrants, que je référerai dès à présent comme « spécialistes » pour faciliter la lecture, s'appuient sur des expériences professionnelles passées, ainsi que sur un bagage personnel constitué de réflexions théoriques provenant de disciplines autres que la psychologie mais aussi d'expériences personnelles. On peut s'attendre à ce que, comme le recommandent Leanza et Klein (2002), ces psychologues aient réalisé un travail personnel approfondi sur leurs appartenances, leur permettant d'utiliser celles-ci comme outils pour favoriser la création d'un lien de confiance avec l'utilisateur. Les psychologues recevant principalement des usagers autochtones, que je vais nommer « généralistes », vont quant à eux principalement faire appel à des apports théoriques sous forme de cours ou séminaires. En effet, on peut estimer qu'ils ont moins d'expériences professionnelles ou personnelles pouvant servir de ressource pour la prise en charge d'utilisateurs migrants. Ensuite, en ce qui concerne la place donnée à la culture dans la rencontre, la littérature recensée portant principalement sur la psychologie transculturelle et l'ethnopsychiatrie, met en avant la nécessité de lui donner un rôle important. De ce fait, je m'attends à ce que celle de l'utilisateur et du psychologue ne soit mentionnée spontanément que par les « spécialistes ». Tout comme les réflexions au sujet de la place de la culture il me semble que la remise en question de la neutralité du psychologue est également une thématique récurrente dans la littérature concernant la psychologie transculturelle. Je suppose

donc que ce questionnement résulte d'interrogations particulières soulevées par la prise en charge d'usagers migrants et que seuls les « spécialistes » seront en accord avec l'idée que la neutralité ne convient pas à ce type de prise en charge. En me penchant sur la perception des catégories diagnostiques chez ces psychologues, je m'attends à ce que seuls les « spécialistes » se montrent critiques au sujet de leur validité transculturelle et expriment une réticence à en faire usage. Enfin, pour ce qui est de l'influence de la structure dans laquelle travaille le psychologue j'anticipe que le fait de travailler dans une institution ou une association va influencer le discours du psychologue et que ceux travaillant dans un milieu associatif seront plus attentifs à éviter la maltraitance théorique - terme de Françoise Sironi pour parler des effets iatrogènes des incongruences entre les outils utilisés et les problématiques rencontrées dans la pratique de la psychologie (Sironi, 2003).

Afin de tenter de répondre aux questions posées précédemment, j'ai procédé à des entretiens de recherche de type semi-structuré. Comme mentionné ci-dessus, j'ai interviewé 5 psychologues ayant plus ou moins l'habitude de réaliser des suivis psychologiques avec des migrants et travaillant dans des institutions ou associations différentes. Pour construire mes entretiens, je me suis inspirée de méthodes utilisées dans le domaine de la psychologie du travail. Plus spécifiquement, j'ai utilisé les méthodes de l'instruction au sosie et de l'autoconfrontation croisée tirées de la clinique de l'activité (Clot, Faïta, Fernandez, & Scheller, 2000 ; Clot & Leplat, 2005 ; Kloetzer & Henry, 2010). Ces deux méthodes complémentaires permettent d'accéder au réel de l'activité du participant ainsi que son positionnement au sein d'un groupe de professionnels. Cette démarche a pour visée de contribuer à une réflexion de la part du professionnel à l'égard de son activité en même temps qu'elle l'interroge. Dans le cas de ma recherche le but est d'amener les participants à porter un regard critique sur leurs pratiques et plus spécifiquement leur rôle en tant que psychologue face à un usager migrant. Pour ce faire, j'ai élaboré une vignette clinique au sujet d'une jeune requérante d'asile au bénéfice d'un permis F, soit une personne au statut précaire, qui rend évident les difficultés rencontrées par ces usagers. L'emploi de cette vignette clinique me permet d'utiliser la méthode de l'instruction au sosie. En ce qui concerne l'autoconfrontation croisée, j'ai décidé d'employer des opinions issues de ma bibliographie portant sur des thématiques pour lesquelles il n'existe pas de consensus clair.

Enfin, pour ce qui est du plan de mon travail, dans un premier chapitre, je commencerai par un aperçu de la situation migratoire en Suisse, afin de dépeindre le contexte dans lequel s'inscrit mon étude. Par le second chapitre, je détaillerai les théories sous-tendant

la clinique de l'activité grâce à laquelle j'ai pu m'interroger sur les pratiques des psychologues. Avec un troisième chapitre, je réaliserai une revue de la littérature portant sur la prise en charge d'usagers migrants. De celle-ci, je relèverai les quatre aspects pour lesquels, comme je l'ai déjà précisé, il n'existe pas de consensus. Le quatrième chapitre de mon travail portera sur la méthodologie que j'ai mise en place. Il présente également la population interviewée et les méthodes d'entrée en contact. Le cinquième chapitre développe les techniques d'analyse des discours récoltés au moyen des entretiens, ce qui me permettra de produire différents thèmes. Au moyen du sixième chapitre, je présenterai les résultats obtenus, tout d'abord pour chaque participant de manière individuelle, puis j'effectuerai une comparaison entre les discours des participants. Le septième chapitre recouvre une comparaison entre les résultats obtenus et la littérature recensée, afin de pouvoir confirmer ou infirmer mes hypothèses, et souligner les limites de ma recherche. Pour conclure, je mets en avant les contributions apportées à ce type d'étude et les perspectives ouvertes par mon travail.

## **1 Situation migratoire en Suisse et prise en charge**

Historiquement, la Suisse a été un pays impliqué dans une émigration et immigration importante. Dans les années 40 les immigrants venaient principalement d'Italie, d'Espagne et du Portugal, et ce pour des raisons économiques. Après le boom économique de ces pays, la Suisse se tourne vers les Balkans pour répondre à ses besoins en main d'œuvre peu qualifiée. Selon [Swissinfo.ch](http://Swissinfo.ch), depuis les années 2000, le volume ainsi que la composition de l'immigration ont changé. On observe une augmentation du nombre d'immigrés en provenance de l'UE mais aussi l'apparition de flux d'immigrés de pays d'Asie et d'Afrique.

Ma recherche s'intéresse principalement au travail des psychologues avec des immigrants ayant déposé une demande d'asile, soit environ 5% des arrivées en Suisse (secrétariat d'état aux migrations, 2017). Afin d'obtenir le statut de réfugié il est impératif que le requérant puisse prouver qu'il a été exposé à une mise en danger de sa vie ou de sa liberté pour des raisons de race, d'opinions politiques, religion ou nationalité dans son pays d'origine ou son pays de résidence (Loi sur l'asile, articles 3 et 7). Pour cela, il doit tout d'abord déposer sa demande dans un centre d'enregistrement et de procédure (CEP), ce qui lui permet d'être auditionné une première fois pour expliquer les raisons derrière sa demande de refuge. Ensuite, le secrétariat d'état aux migrations (SEM) peut soit juger la demande infondée et la qualifier de non-entrée en matière soit il décide de considérer la demande et, dans ce cas, le requérant sera attribué à un canton de résidence. S'il est envoyé dans le canton de Vaud, qui

est le canton sur lequel je vais me concentrer puisque c'est dans celui-ci que travaillent mes participants, il sera pris en charge par l'établissement vaudois aux migrants (EVAM). Plusieurs mois après, a lieu en général une deuxième audition dans laquelle le requérant est invité à apporter des preuves à son récit. Si la réponse à la demande d'asile est positive, il reçoit alors un permis B humanitaire et est assisté par le Centre Social d'intégration des réfugiés (CSIR). Si la réponse est négative, la personne déboutée, peut bénéficier de l'aide d'urgence jusqu'à son retour ou renvoi forcé au pays. Lorsque le renvoi au pays est impossible dû fait de la situation au pays ou de la santé du requérant, une admission provisoire est délivrée. Les personnes admises de manière provisoire reçoivent un permis F qui leur permet de travailler en Suisse (sous certaines conditions). Cette autorisation de séjour peut être retirée dès l'amélioration de la situation au pays ou de la santé de la personne (EVAM, n.d).

Les requérants d'asile présentent un risque élevé de développer des troubles psychologiques comme le syndrome de stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005). Le risque est augmenté par le statut de requérant, la longueur et complexité des procédures, le chômage, la perte des liens sociaux (Bhugra et al., 2014; Fleury, 2006). Pour répondre aux besoins en santé mentale de cette population, le canton de Vaud a mis en place plusieurs structures. L'une d'entre elles et celle qui agit en première ligne est l'Unité de Soins aux Migrants (USMi) qui travaille en collaboration avec l'EVAM et d'autres structures de soin. Elle s'occupe de faire un premier bilan de santé afin de repérer les personnes qui auraient besoin de soins spécifiques. Si un requérant d'asile semble présenter des symptômes psychiques, il est en général envoyé en consultation au CHUV, à la Fondation de Nant ou dans d'autres hôpitaux de santé publique. Ils peuvent aussi aller à la Consultation Psychothérapeutique pour Migrants d'Appartenances qui dispose de plusieurs antennes dans le Canton de Vaud. Il existe également d'autres structures telles que des cabinets de psychothérapie privés qui se sont spécialisés dans la prise en charge de personnes migrantes ou des associations offrant un soutien psychosocial. Comme on peut le voir il y a différents types de structures venant en aide aux migrants en situation de détresse psychologique. Certains de ces lieux ne s'identifient pas comme un service psychiatrique et n'utilisent donc pas le terme de « patient ». Par conséquent, j'ai décidé d'utiliser l'appellation « usager » qui me semble pouvoir faire référence à toutes les personnes migrantes faisant appel aux services d'une ou plusieurs de ces structures. En ce qui concerne les termes

employés, j'utilise celui de migrant pour faire principalement référence aux personnes ayant été contraintes de migrer.

## 2 La clinique de l'activité

Après avoir brièvement décrit la situation des requérants d'asile dans le canton de Vaud, je vais maintenant m'intéresser au contexte des psychologues qui les reçoivent. Mon travail portant sur le métier de psychologue et la manière dont il est pensé face à des usagers migrants, il m'a fallu trouver un cadre théorique permettant de penser les éléments qui constituent la pratique de ce métier. Je me suis donc tournée vers la psychologie du travail et plus spécifiquement les travaux d'Yves Clot.

Ce psychologue du travail et chercheur au Conservatoire National des Arts et des Métiers (CNAM) est l'un des fondateurs de la clinique de l'activité. Cette clinique analyse les métiers à partir de l'action et de l'activité sous un angle intégrant l'ergonomie, la psychologie et la clinique. Yves Clot interroge ces concepts en s'appuyant sur les travaux au sujet du langage de Vygostki, et ceux de Bakhtine concernant le dialogisme et le « genre » (au sens de genre littéraire). Selon Bakhtine, le sujet dialogue à travers des « genres de discours ». Ces genres sont des énoncés prototypiques propres à chaque situation et qui guident le sujet dans son usage de la parole. Clot réalise un parallèle entre cette théorie de Bakhtine et les sciences du travail, et affirme que de la même manière qu'on ne peut produire un énoncé sans utiliser un genre du discours, un professionnel ne peut construire son activité sans faire appel à un genre de l'activité (Clot & Faïta, 2000). Qui plus est : « s'il fallait créer chaque fois dans l'action chacune de nos activités, le travail serait impossible. Le genre de l'activité repose donc sur un principe d'économie de l'action » (Clot & Faïta, 2000, p.11). Les genres de l'activité constituent donc une forme de mémoire collective partagée de manière implicite, par les professionnels d'un métier, et qui viennent contenir l'activité du sujet en lui prescrivant des manières de réaliser son activité. Les genres sont également ce qui permet aux travailleurs de se juger entre confrères, et de s'évaluer soi-même en tant que professionnel (Clot & Faïta, 2000). Dans la clinique de l'activité, Clot associe la notion de genre à celle du style. Il entend par là la manière dont le sujet retravaille les genres en contexte par distanciation et rapprochement. Ce sont ces styles individuels en tension avec cette « mémoire collective » qui créent l'espace au sein duquel se génère le dynamisme des genres, et dans lequel ceux-ci peuvent être retravaillés. Les méthodologies de la clinique de l'activité ont pour but de créer un espace dans lequel les travailleurs peuvent dans un premier temps réfléchir sur leurs styles

individuels, puis dans un deuxième temps, les mettre en commun afin de transformer les genres, moyen par lequel ils peuvent élaborer de nouvelles manières de réaliser leur activité (Clot & Faïta, 2000). Notons que la base de ce travail réflexif repose sur l'utilisation du langage. Dans son travail, Clot définit le langage en s'appuyant sur les théories de Vygotski. Ce dernier, postule dans 'Pensée et Langage' que langage et pensée sont indissociables et s'influencent mutuellement. La pensée est modifiée lors de son énonciation à travers le choix des mots et la signification naît de la tension entre la pensée et le langage (Vygotski, trad. 2005). En reprenant cette construction de la relation entre langage et pensée, Clot affirme qu'en demandant à des travailleurs de parler de leur activité on les amène à la mettre en mots et donc à changer la signification qu'ils donnaient à leurs pratiques (Bosson, 2006).

Enfin, il convient de définir la notion d'activité telle qu'elle est élaborée dans la clinique de l'activité. Elle est décrite comme prenant deux formes, d'une part celle de « l'activité réalisée » ou action qui correspond à ce qui permet d'atteindre le but visé, et d'autre part « le réel de l'activité » qui comprend toutes les activités, même celles qui n'ont pas eu lieu car elles ont été empêchées ou suspendues, ou encore les activités qui vont à l'encontre du but. Dans ses analyses, Clot s'intéresse tout particulièrement au « réel de l'activité ». Ses méthodes ont pour but d'encourager le développement d'une nouvelle perception des participants sur leur propre travail. Ainsi, au lieu de donner le rôle d'interprétation aux chercheurs, les participants sont placés au cœur de la démarche et de la production de sens. Ceci, contribue à l'augmentation du pouvoir d'agir du collectif de professionnels concernés, et pourra initier un changement selon leurs besoins, au lieu de se baser uniquement sur les recommandations des chercheurs (Bosson, 2006).

### **3 Aperçu de la littérature**

#### **3.1 Les troubles psychologiques chez les migrants**

Selon l'office fédéral de la statistique, les troubles psychiques sont plus fréquents chez les immigrés que chez les nationaux suisses. Ces résultats concordent avec les études épidémiologiques réalisées dans d'autres pays qui indiquent que les migrants constituent une population vulnérable (Porter & Haslam, 2005). Cette vulnérabilité s'explique par une exposition avant, pendant, et après la migration à des événements stressants. Dans leur pays d'origine, la vaste majorité des requérants d'asile ont été exposés à la guerre, la torture ou à des violences collectives. Ensuite, leur parcours migratoire est souvent périlleux et

potentiellement traumatique. Enfin, une fois arrivé dans le pays d'accueil, dans l'attente d'une autorisation de séjour, ils se trouvent dans une situation précaire compliquant leur processus d'intégration (Fleury, 2006). A ce que beaucoup dénoncent comme une maltraitance institutionnelle étatique s'ajoutent la perte des liens sociaux, du statut économique et des projets de vie précédant la migration forcée ainsi que des nouveaux obstacles tels la barrière linguistique, la difficulté d'accès à l'emploi et la discrimination (Feldman, 2012; Miller, 1999). Dans leur ouvrage, Bemak, Chung et Pedersen (2003) rapportent une prévalence de 50% pour le syndrome de stress post-traumatique et une prévalence allant de 42 à 89% pour la dépression parmi les réfugiés ayant consulté pour des problèmes psychiques.

### **3.2 Les pratiques des psychologues avec des usagers migrants**

Comme on l'a vu précédemment, la détresse psychologique est fréquente au sein de la population migrante. Il convient de reconnaître et d'étudier les efforts des psychologues qui viennent en aide à cette population. C'est dans cette optique que j'ai sélectionné des articles et ouvrages tentant de répondre aux questions émergeant des rencontres entre psychologues et usagers migrants. La première et la plus fondamentale est celle concernant l'adéquation des pratiques des psychologues pour la prise en charge d'usagers migrants. Dans le cadre de cette question, certains auteurs comme Blackwell (2005) incitent les psychologues à redéfinir l'objectif même d'un suivi thérapeutique. Il propose de définir le soutien thérapeutique avec des usagers migrants comme quelque chose qui ne devrait pas avoir pour visée de les guérir mais plutôt comme un moyen de les aider et de les accompagner dans la création d'un futur qui leur est propre. Fleury (2006) quant à lui, avance que la prise en charge doit porter sur quatre aspects : « les difficultés en lien avec des traumatismes subis [...], les difficultés antérieures à la migration [...], les difficultés postérieures à la migration [et] les difficultés en lien avec un retour forcé ou non dans le pays d'origine » (Fleury, 2006, p. 142). Il apparaît que les expériences vécues par les migrants nécessitent une adaptation des prises en charge afin de mieux répondre à leurs besoins. Tout d'abord, si l'on se réfère au premier aspect mentionné par Fleury (2006), il faut prendre en considération qu'un grand nombre de migrants ont été exposés à des événements traumatiques et que par conséquent, le syndrome de stress post-traumatique a une prévalence élevée au sein de cette population. Or, la présence de traumatismes psychiques peut constituer un obstacle au bon déroulement de la thérapie. En effet, pour réussir à travailler avec des usagers ayant vécu des événements traumatiques il faut d'abord s'assurer qu'ils soient suffisamment ancrés dans le présent pour se sentir en sécurité et affronter leur passé (Drozdek, 2014). Ceci met en avant un autre élément de la

prise en charge mentionné par Fleury (2006), les difficultés rencontrées dans le pays d'accueil. Les conditions de vie des requérants d'asile sont souvent déplorables et il est possible que le psychologue soit amené à agir à ce niveau-là en aidant par exemple à trouver un logement ou un emploi. Ici transparait en filigrane la question du rôle du psychologue et des aspects sur lesquels il s'autorise ou non à agir.

Cette remise en question du cadre et des protocoles habituels peut être déstabilisante pour le psychologue, notamment au début de sa carrière. A ceci s'ajoute un autre défi, celui de se retrouver face à des patients victimes d'atrocités de guerre et se trouvant dans des conditions de vie déplorables, chose à laquelle les psychologues sont en général très peu préparés (Lago, 2005). Le récit des horreurs et injustices vécues dans le pays d'origine mais bien souvent aussi dans le pays d'accueil peut entraîner chez le psychologue des émotions très fortes telles que de la colère, de la frustration et de l'impuissance. Il risque alors de se sentir très démuni face à la détresse de son patient ce qui peut l'amener à questionner l'utilité d'une thérapie alors que le patient se trouve dans une telle situation de précarité (Blackwell, 2005). Dans ces situations, Ahovi (2006), affirme qu'il est primordial pour le bon déroulement du suivi que le psychologue prenne conscience de la spécificité de cette patientèle et puisse adapter la prise en charge en fonction des besoins perçus. De plus, il est nécessaire de mentionner que les émotions négatives ressenties du fait des situations inhumaines dans lesquelles se trouvent certains patients migrants peuvent aussi entraîner des discordes au sein des équipes. En effet, le psychologue peut se sentir coincé entre son envie d'agir pour la protection de son usager et les contraintes politiques et économiques à la fois externes et internes à son lieu de travail (Blackwell, 2005; Nathan, 2000). Le psychologue choisissant de faire de l'« advocacy » (terme anglais qui désigne une prise de position du professionnel face aux injustices vécues par les usagers) pour ses patients court le risque de se retrouver en porte-à-faux avec ses collègues ou d'autres professionnels jugeant ses actions comme sortant du cadre de sa fonction (Kirmayer & Bennegadi, 2011). De telles tensions peuvent à leur tour impacter le déroulement du suivi psychologique et doivent donc être prises en considération. Enfin, le nombre important de facteurs pouvant entraîner l'échec de la thérapie démontre la nécessité pour les psychologues et les institutions d'avoir connaissance des enjeux de cette clinique.

Quatre enjeux de la prise en charge me sont apparus comme particulièrement importants du fait qu'ils n'ont pas, à ce jour, généré de consensus clair dans la littérature. Il existe notamment une opposition marquée entre les positions prises par la psychologie

culturelle et l'ethnopsychiatrie, et le discours tenu dans la psychologie clinique. Ces enjeux sont les suivants :

- (i) Les ressources utilisées par le psychologue
- (ii) La place et le rôle de la culture dans la rencontre
- (iii) La posture de bienveillante neutralité
- (iv) L'utilisation des catégories diagnostiques occidentales

### 3.2.1 Les ressources utilisées par le psychologue

La première thématique porte sur les ressources sur lesquelles s'appuient les psychologues pour assurer le bon déroulement de la prise en charge d'un usager migrant. La nécessité ou non d'avoir des psychologues spécialement formés pour les suivis avec des migrants afin qu'ils aient les ressources et outils nécessaires fait polémique parmi les chercheurs. Ceux qui affirment qu'il faudrait repenser la formation pointent du doigt le fait que la formation des psychologues est généralement basée sur le modèle de la maladie tel qu'il est conçu en Occident, qui bien qu'il ne soit pas universel est souvent présenté comme tel. Or, il est crucial que les psychologues travaillant dans des contextes interculturels prennent conscience de la relativité de leur modèle de la maladie afin de pouvoir reconnaître le modèle de leur patient comme contribuant à donner une signification au vécu de la maladie au même titre que le modèle biologique occidental (Ahovi, 2006; Baubet & Moro, 2000). Cette prise de conscience et acceptation d'autres modes de pensée nécessite un travail sur soi et une réflexion poussée sur ce sujet. Afin de contribuer à ce processus, certains auteurs suggèrent d'introduire des cours d'anthropologie au sein des cursus de psychologie pour aider les étudiants à réaliser que leurs conceptions résultent en majeure partie d'un construit social et leur permettre de se décentrer par rapport à leurs normes culturelles (Lago, 2005; Leanza & Klein, 2002). Par ailleurs, des connaissances sur les différents types de migrations et les statuts légaux qui en découlent ainsi que les enjeux psychologiques associés à la migration sont importantes pour pouvoir travailler avec des migrants (Leanza & Klein, 2002). On peut, en prenant à cœur le modèle du constructivisme social prédominant dans la psychologie du 20<sup>e</sup> siècle (Adams, 2006; Skinner, 2011), argumenter contre une formation spécifique en avançant que, du fait de l'équivalence psychologique de tout un chacun à la naissance (la conception 'table rase' du psychisme), les connaissances et compétences acquises pendant la formation de base d'un psychologue sont suffisantes pour lui permettre de s'ajuster à tout type d'usager. De plus, c'est en pratiquant qu'il développera une sensibilité particulière pour les difficultés récurrentes chez la population qu'il reçoit. Le constructivisme social, cependant, se

trouve à ce stade très largement critiqué (Pinker, 2002), et délaissé en faveur d'une multitude d'approches intégratives multiculturelles préconisées par Pepitone et Triandis (1987).

En ce qui concerne ce qui se passe au niveau de la formation des psychologues en Suisse, sur la base de mon cursus à l'université de Lausanne, il semblerait que pour l'instant les étudiants sont libres de choisir ou non des cours apportant une réflexion sur les enjeux interculturels et il dépend donc de l'étudiant de se former en accordance avec ses intérêts.

### 3.2.2 La place et le rôle de la culture dans la rencontre

La deuxième question est celle de la place de la culture dans la prise en charge d'un usager migrant. Avant d'exposer les différents avis à ce sujet, il convient de définir le cadre culturel dans lequel s'inscrivent les suivis psychologiques en Occident. Bemak, Chung et Pedersen (2003) définissent les psychothérapies occidentales comme se basant sur une conscience objective, des preuves empiriques et une recherche de l'efficacité et du progrès. A cela s'ajoute une tendance à séparer le sujet de son contexte. Sur la base de cette définition, ils affirment que pour élaborer une prise en charge qui puisse avoir du sens aux yeux d'usagers migrants il est nécessaire de remettre en question les bases même de la psychothérapie telle qu'elle est conçue en Occident. Selon eux il faut donc être attentif à ne pas imposer nos représentations et laisser la place à la culture de l'utilisateur.

L'ethnopsychiatrie est une discipline qui s'est développée sur la base même de ce questionnement au sujet de l'importance de la culture. Son père fondateur, Georges Devereux, avance l'existence d'un lien étroit entre psychisme et culture (Fumeaux, Revol, & Hunziker, 2013). Sur la base de cette postulation, les ethnopsychiatres vont travailler en prenant en compte les caractéristiques ethnoculturelles des usagers et co-construire avec eux des hypothèses au sujet de l'origine de leurs maux. Cette discipline a été très critiquée pour être culturaliste voire même raciste (Beneduce, 2006). En réponse à ces critiques, Tobie Nathan, un ethnopsychiatre français, affirme que si l'on tente de se débarrasser de l'ethnopsychiatrie c'est parce qu'elle dérange les politiques plutôt que pour des raisons scientifiques. Il insiste que la présence de l'ethnopsychiatrie est nécessaire car elle vient nourrir les réflexions au sujet de la pratique de la psychologie dans un monde de plus en plus multiculturel. Selon lui, les psychologues se trouvent face à la problématique suivante : « comment, sans renier ma tradition de rationalité, faire en sorte que mes pratiques et les concepts qui en rendent compte ne fassent insulte à ceux qui ont d'autres références, d'autres objets » (Nathan, 2000, p. 147). Baubet et Moro (2000), eux aussi ethnopsychiatres, mettent quant à eux en avant l'influence

de l'appartenance culturelle de l'utilisateur sur les attentes qu'il a par rapport au système de soins et sa possibilité d'adhérer au discours du psychologue. Ils dénoncent la tendance occidentale à se concentrer sur la description des affects et la perception de l'individu comme une entité séparée du contexte dans lequel il évolue, et déclarent que ceci constitue un obstacle à l'engagement d'un usager migrant dans la prise en charge. Ces affirmations provenant de l'ethnopsychiatrie, rejoignent d'autres avis exposés précédemment sur le besoin pour les psychologues de développer une sensibilité aux aspects culturels afin de permettre une co-construction de sens entre eux et leurs usagers en permettant à leurs appartenances et croyances de coexister et de s'entremêler (Goguikian Ratcliff & Strasser, 2009).

Cependant, s'il semble primordial de respecter la culture de l'utilisateur et de le laisser s'exprimer selon ses propres catégories de pensée, accorder une place trop importante à la culture peut également être délétère pour le déroulement du suivi. Ainsi, Blackwell (2005) attire l'attention sur le fait que désireux de s'opposer aux caractéristiques ethnocentriques des thérapies, certains psychologues se montrent respectueux envers la culture de leur usager au point de n'oser remettre en question aucune des croyances culturelles même quand elles s'avèrent néfastes pour le bien-être de l'utilisateur. Il explique également que l'étendue de la connaissance du psychologue au sujet de la culture et du pays de ses usagers n'a que peu d'importance tant que cette ignorance est mise au service de l'utilisateur en lui donnant l'opportunité d'expliquer au professionnel. Ceci permet à la fois d'augmenter le pouvoir d'agir de l'utilisateur mais aussi d'éviter que le psychologue fasse des conclusions trop hâtives à propos de son usager sur base des connaissances qu'il a au sujet de sa culture. En effet, il est important de ne pas perdre de vue la complexité et la dynamique de la culture, ainsi que le fait que chaque individu s'en fait une représentation qui lui est propre (Blackwell, 2005). Il en ressort donc que la culture de l'utilisateur est une clé de lecture souvent importante pour donner sens à son vécu mais qu'il ne faut pas pour autant en surestimer son importance au risque de tomber dans le réductionnisme culturel.

### 3.2.3 La posture de bienveillante neutralité

Goguikian Ratcliff et Strasser (2009), des auteurs suisses, définissent les suivis psychologiques avec des migrants comme une clinique « engagée ». L'utilisation du terme fait référence aux enjeux politiques associés à cette clinique. Ils argumentent que ces suivis ont inévitablement une dimension politique, surtout avec des réfugiés, car c'est souvent des raisons politiques qui les ont poussés à entamer leur périple migratoire. De ce fait, ils s'interrogent sur la manière d'introduire la politique dans le champ de la psychologie clinique.

De son côté, Blackwell (2005) estime lui aussi que la politique joue un rôle dans la thérapie mais il affirme que c'est le cas pour tout type de thérapie dans le sens où le thérapeute ne peut jamais être entièrement neutre ou apolitique. Effectivement, la thérapie contribue à une construction intersubjective de sens ce qui est indissociable d'une implication politique puisque jamais exempt d'idéologies. Néanmoins, la portée politique des suivis psychologiques est souvent ignorée, et l'auteur met en garde contre l'impact négatif que peut avoir le fait de viser une neutralité thérapeutique. En effet, ceci résulte en un déni de l'aspect politique de l'expérience des réfugiés, et du point de vue culturellement biaisé du thérapeute. Il considère donc qu'une posture thérapeutique de neutralité n'est ni atteignable ni souhaitable puisqu'elle pousserait le psychologue à nier tout un pan du vécu de l'utilisateur ainsi que ses propres appartenances culturelles et politiques. D'autres auteurs, tels que Bemak, Chung et Pedersen (2003) mettent également en avant le rôle que les psychologues ont à jouer dans le domaine de la justice sociale en prenant position pour leurs usagers.

Comme mentionné précédemment, si Goguikian Ratcliff et Strasser (2009) sont aussi d'avis qu'il faut reconsidérer la posture de neutralité bienveillante, ils n'en parlent que dans le cadre de la prise en charge de migrants. Ils avancent que dans ces suivis, le psychologue se retrouve témoin de violences politiques et qu'il est de son devoir de se positionner par rapport à ces violences. Selon eux, le psychologue doit donc adopter « une position de témoin engagé mais sans jamais se départir d'une parfaite et rigoureuse objectivité professionnelle » (Goguikian Ratcliff & Strasser, 2009, p11). Il ne suffit donc plus que le psychologue écoute et comprenne, il se doit également de protéger en condamnant les violences subies par le patient et en le reconnaissant en tant que victime. Cette position de « témoin engagé » pousse le psychologue à agir non seulement en tant que professionnel, mais également en tant qu'individu. Cette posture vient donc questionner la distinction entre psychologue professionnel et individu, une différenciation pourtant souvent prônée comme impérative.

En ce qui concerne ce positionnement du psychologue en tant qu'individu et non uniquement en tant que professionnel, il est intéressant de se pencher sur les théories de Métraux. Il affirme que le professionnel de santé doit reconnaître son usager comme un être humain et donc comme appartenant au même groupe constitué par la race humaine. Cette reconnaissance qu'il nomme approbation, peut être exprimée par le psychologue en se permettant de montrer les émotions que le récit de l'utilisateur provoque en lui. Cette expression des émotions suscitées permet de valider la véracité du discours de l'utilisateur ce qui peut être

porteur de guérison après tant de fois avoir été questionné et mis en doute par les autorités (Métraux, 2008).

Enfin, afin de mieux comprendre l'importance de la question de la neutralité des psychologues, je vais retracer de manière succincte l'historique de ce concept et le débat qui l'entoure. La neutralité telle qu'initialement définie par Freud était une posture obligeant l'analyste à rester impénétrable de façon à encourager les associations libres de ses patients. Elle avait également pour but de protéger le patient en évitant de l'influencer et le psychologue en le forçant à maintenir une distance émotionnelle par rapport à ses patients (Dispaux, 2007). Bien que cette posture ait été à maintes reprises critiquée, elle n'en demeure pas moins centrale à l'identité du psychothérapeute. Une des principales critiques faite à cette posture est qu'elle est problématique et illusoire puisque le psychologue ne peut s'empêcher d'influencer le patient à travers l'interaction qui a lieu tout comme le patient influence lui aussi le thérapeute (Wachtel, 1986). Les chercheurs en faveur de la neutralité plaident quant à eux son importance notamment avec certains types de patients comme par exemple les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (Katz, 2010). En résumé, chaque auteur présente une définition et compréhension différente de la neutralité ce qui explique le manque de consensus à ce sujet. De plus, les enjeux thérapeutiques variant d'un type d'usager à une autre, il est raisonnable de penser que cette posture soit applicable uniquement avec certains usagers et qu'elle puisse être délétère dans le cadre de la prise en charge de migrants.

#### 3.2.4 L'utilisation de catégories diagnostiques occidentales

L'importance de la culture et l'influence qu'elle peut avoir sur le suivi vient complexifier l'usage des outils diagnostiques communément utilisés tels que le DSM-IV (ou V). Il apparaît que si la culture affecte la perception de la maladie elle peut également agir sur son expression et donc sur les symptômes observables (Baubet & Moro, 2000). De ce fait, l'universalité des catégories diagnostiques se trouve remise en question. Si l'on prend l'exemple du syndrome de stress post-traumatique, ce trouble prend souvent une signification différente dans le cadre de l'expérience de la migration car les traumatismes subis ne sont généralement pas le résultat d'un accident mais ils découlent d'actions délibérément commises par d'autres êtres humains. Cette information est pertinente car dans le cas de violences de masse on est souvent confronté à une atteinte considérable à l'individualité, qui s'en trouve rendue insignifiante. De ce fait, les difficultés rencontrées ainsi que le processus de soin nécessaire sont quelque peu différents de ceux qui seraient appropriés pour un cas

d'un syndrome de stress post-traumatique causé par un accident ou un évènement isolé (Baubet & Moro, 2000 ; Drozdek, 2014). A ceci s'ajoute que la souffrance et le mal-être engendré peuvent être exprimés de manière différente en fonction de la culture. Ces différences soulignent le besoin de prendre en compte les aspects culturels afin soit de développer de nouveaux traitements plus adaptés ou de confirmer l'adéquation de ceux actuellement utilisés. Pour répondre à cette préoccupation montante au sein des psychologues travaillant avec des populations migrantes, les auteurs du DSM-IV ont développé un guide de formulation culturelle et adjoint certains syndromes culturels à leur classification. Le DSM-IV avait pour objectif, entre autres, de prendre en compte l'impact de la culture sur les troubles psychologiques. Cependant, les avis divergent quant à savoir si cet objectif a réellement été atteint. La critique principale se résume ainsi : le DSM-IV perpétue la pensée selon laquelle la culture n'est responsable que de différences superficielles et que ce qui est réellement clé est universel. Il faut reconnaître que malgré l'inclusion de syndromes culturels, les catégories diagnostiques continuent de représenter une catégorisation apparemment universelle et basée sur des critères scientifiques (Baubet et al., 2005). Toutefois, à l'heure actuelle, pour la majorité des troubles psychologiques, on peut estimer que les explications dites 'biologiques' reflètent plus un besoin de classification qu'une correspondance démontrée à des structures biologiques sous-jacentes. L'acceptation du modèle biomédical comme unique modèle explicatif des troubles psychologiques est problématique car il néglige de prendre explicitement en compte l'impact de la culture sur l'expression des troubles et ce malgré un corpus étendu de données qui suggère l'importance de celle-ci (Thakker & Ward, 1998). Il en résulte que, le DSM-IV n'est pas tout à fait adapté à une utilisation avec des usagers migrants. Ceci est hautement problématique puisqu'il est clair qu'un système de classification est indispensable pour permettre aux cliniciens d'avoir un langage commun afin d'échanger à propos de leurs usagers, ce qui suppose que malgré l'inadéquation du DSM pour cette clinique les psychologues sont tout de même dans une certaine mesure contraint d'y recourir.

### **3.3 Les structures de soin et leur influence sur la prise en charge**

L'institution ou association à laquelle les usagers sont référés influence, à travers ses politiques et son mode de fonctionnement, la manière dont les prises en charge se déroulent. Ces différentes structures ne subissent pas les mêmes pressions : alors que les institutions publiques sont forcées de suivre les politiques actuelles en santé mentale, les associations indépendantes peuvent prendre plus de libertés à cet égard voire même se positionner à contre-courant des pratiques dans les structures publiques.

Un autre aspect pouvant influencer les prises en charge est la décision que font certaines structures d'employer uniquement des psychologues d'une même approche comme des psychanalystes ou systémiciens. Les dispositifs de prise en charge variant entre les approches, ceci peut avoir un impact considérable sur la manière dont est conçue la prise en charge et est perçue l'utilisateur (Rouchy, 2006).

Conscient de ces différents facteurs, Miller (1999) souligne l'importance de l'existence d'un large panel de structures offrant des types de prises en charge variés afin de pouvoir soutenir au mieux et sur différents aspects les personnes migrantes. Dans ce but il recommande de développer plus de lieux de prise en charge communautaire afin de s'appuyer sur les ressources déjà présentes au sein des communautés migrantes.

## **4 Méthodologie**

Dans cette partie je vais dans un premier temps décrire les procédures utilisées pour accéder aux participants ainsi que les considérations éthiques de ma recherche. Ensuite je présenterai les méthodes utilisées pour réaliser ma recherche en détaillant tout particulièrement la méthode de l'instruction au sosie ainsi que celle de l'autoconfrontation croisée, qui ont été clés pour le recueil des données.

### **4.1 Population interviewée**

Tout d'abord, je vais commencer par décrire la population visée par mon étude et la façon dont je suis rentrée en contact avec elle. Mes critères d'inclusion-exclusion ont évolué au fur et à mesure de ma recherche de participants en vue des difficultés rencontrées pour accéder à la population originalement visée. Mon intention de départ était d'interviewer six psychologues ayant le titre de psychothérapeute ou étant en cours de formation pour ce titre, avec trois d'entre eux ayant eu des migrants comme usagers sans que ceux-ci constituent leur clientèle de prédilection et les trois autres travaillant dans une institution ou association spécialisée dans la prise en charge des migrants. Ce choix de participants avait pour but de me permettre d'analyser deux types de discours : celui de psychologues rencontrant de temps en temps dans leur clinique des usagers migrants et celui de psychologues s'étant spécialisés dans la prise en charge de ceux-ci. Enfin, à ces deux critères s'ajoutait un troisième, celui d'avoir eu au moins un usager bénéficiant d'un permis F. Ce critère est en lien avec la vignette clinique qui sert de point de départ pour les entretiens. En effet, la vignette clinique élaborée pour ces entretiens relate la situation d'une jeune congolaise détenant un permis F

(voir annexe). Il m'a donc semblé nécessaire de n'interviewer que des psychologues ayant eu au moins un usager avec ce type de permis. Ce critère d'inclusion a pu être vérifié par le biais d'une fiche remplie par les psychologues après qu'ils aient accepté de participer. Cette fiche, en plus de vérifier les critères d'inclusion permettait également d'obtenir avant l'entretien quelques informations au sujet de leur parcours professionnel (voir annexe 'informations sur le parcours professionnel').

En ce qui concerne la prise de contact avec des psychologues travaillant majoritairement avec des usagers autochtones, elle s'est faite de manière relativement facile grâce à des contacts obtenus lors de mon stage de Master. En revanche, il s'est avéré extrêmement difficile pour moi d'entrer en contact avec des psychologues travaillant dans un lieu spécialisé dans la prise en charge de migrants. En effet, j'avais pour but d'interviewer trois psychologues dans la même structure or il m'a été difficile d'établir un contact avec la structure initialement visée. Une fois le contact établi, il s'est avéré que les psychologues y travaillant étaient extrêmement occupés et je n'ai donc pu obtenir la participation que d'un seul psychologue. De ce fait, pendant que j'attendais une réponse de leur part, j'ai entrepris de contacter d'autres associations et institutions sur dans le canton de Vaud s'occupant de la prise en charge de migrants. J'ai donc légèrement modifié mes critères d'inclusion puisque je me suis adressée à plus de deux structures. Ceci a complexifié mais aussi enrichi ma recherche.

Au final, j'ai interviewé cinq psychologues travaillant dans trois institutions différentes. Les trois premiers travaillent dans la même institution mais deux reçoivent principalement des usagers suisses alors que la troisième travaille dans une unité s'occupant spécifiquement d'usagers migrants et conseillant les collègues des autres unités à ce sujet. Les deux autres psychologues travaillent chacun dans une association spécialisée dans la prise en charge de migrants. Parmi ces cinq psychologues, trois sont psychothérapeutes, une est en cours de formation pour ce titre, et la dernière est une psychologue sociale. Cette dernière psychologue ne réalise pas à proprement parler de suivis individuels dans le cadre de son travail mais il m'a tout de même semblé pertinent de l'interviewer étant donné que son travail est un exemple de ce qu'un psychologue peut faire pour venir en aide aux migrants. La diversité des manières de faire ainsi que des cadres théoriques constitue par ailleurs une grande richesse que je vais explorer plus tard dans mon travail.

La prise de contact s'est faite principalement par email. Dans mon courriel, je n'ai mentionné qu'une partie du sujet de mon travail, c'est-à-dire que je disais m'intéresser à la façon dont l'institution et la patientèle façonnent les pratiques des psychologues sans préciser que mon travail portait sur un type d'utilisateurs spécifique : les migrants. Le but de cette omission étant de ne pas induire les propos des participants. Ceci a bien évidemment été mentionné à la fin des entretiens.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des psychologues et ont duré en moyenne une heure chacun. Afin de préserver l'anonymat des participants je ne dévoilerai pas le nom des institutions ou associations dans lesquelles ils travaillent. Je me contenterai de les diviser en deux groupes selon le type d'utilisateurs pris en charge. Le premier groupe prend en charge uniquement des personnes migrantes (les « spécialistes ») alors que le deuxième, ne suit que rarement des utilisateurs migrants et reçoit principalement des personnes d'origine suisse (les « généralistes »). Avant chaque entretien, j'ai fourni aux participants une fiche d'information rappelant l'objet de ma recherche ainsi qu'un formulaire de consentement qui fut signé par chaque participant (voir annexe).

## **4.2 Méthode de recueil des données**

### **4.2.1 Entretiens semi-structurés**

Pour récolter des données au sujet de ma thématique, j'ai décidé d'utiliser des méthodes qualitatives, permettant d'accéder au point de vue et ressenti subjectif des participants. Ma recherche ayant pour but d'analyser les processus influençant la manière dont le psychologue se représente ses pratiques vis-à-vis de ses utilisateurs, les méthodes qualitatives répondaient tout à fait aux besoins de celle-ci. J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-structurés. En effet, ces entretiens sont un moyen efficace pour accéder au sens que les acteurs donnent à leurs pratiques (Blanchet et Gotman, 2010).

### **4.2.2 Les méthodes de la clinique de l'activité**

Sur les conseils de Madame Nathalie Muller Mirza, j'ai mis au point un canevas d'entretien constitué de trois parties basées sur différentes méthodes qu'elle m'avait recommandées (voir annexe 'canevas'). Les deux premières parties du canevas d'entretien utilisent la méthodologie de la clinique de l'activité développée par Clot et ses collègues (2000, 2005, 2011). La troisième partie est constituée de quelques questions explorant la présence du travail en réseau ou non ainsi que la perception du psychologue de sa manière de travailler par rapport à celle de ses confrères. Cette dernière partie a pour but de m'aider à

situer le participant par rapport aux autres acteurs intervenant auprès des usagers migrants. Elle me permet également d'accéder à leur perception des contraintes et libertés présentes dans les différentes institutions et associations du canton et comment celles-ci impactent les pratiques des psychologues qui y travaillent.

Je vais maintenant décrire les méthodes utilisées dans les deux premières parties, celles de l'instruction au sosie et de l'autoconfrontation croisée telles qu'elles ont été développées dans le cadre de la clinique de l'activité par Yves Clot. Ensuite je présenterai les modifications que j'ai faites afin de les adapter aux besoins de ma recherche.

Cette méthodologie est constituée de deux parties. La première partie, l'instruction au sosie part de cette consigne : « Suppose que je sois ton sosie et que demain je te remplace sur ton lieu de travail. Dis-moi précisément ce que je dois faire pour que personne ne s'aperçoive de la substitution » (Bosson, 2006, p. 36). Le but de cette question est de permettre au participant d'expliquer sa façon de faire son travail en détails à un chercheur « naïf ». Ceci permet d'accéder au concret de l'activité et d'éviter de rester sur un discours plaqué sur les théories partagées par les professionnels sur la manière de faire leur travail. Cette méthode investigate à la fois le rapport de la personne à son travail et les tâches qui le constituent ainsi que son rapport aux autres personnes qui sont concernées par son travail tel que les collègues mais aussi, dans le cas du psychologue, l'utilisateur (Bosson, 2006).

Dans la deuxième partie, l'autoconfrontation croisée, Clot procède au visionnement de l'enregistrement de la première partie en compagnie de la personne ayant produit l'enregistrement et un collègue à cette dernière. Le but est d'introduire ainsi le regard du pair et de voir l'impact que cela a sur le discours produit. En effet, si dans la première partie le participant est dans une démarche auto-justificative de ses actions, il doit maintenant argumenter ses choix face à un collègue (Kloetzer & Henry, 2010). Des controverses professionnelles peuvent alors émerger et mettre en avant les différents styles d'actions qui coexistent au sein d'un même corps professionnel. Le chercheur joue ici le rôle de facilitateur de l'échange de tours de parole entre les deux participants et permet l'émergence d'une réflexion sur leur activité. Dans cette partie, l'individuel se relie au collectif ce qui résulte en une co-analyse portant sur le développement de la perception individuelle que chacun a de sa profession mais aussi d'une réflexion au niveau collectif. Cette démarche s'appuie sur l'impact que peut avoir une production langagière sur la perception de l'activité et découle de la théorie de Vygotski selon laquelle « percevoir les choses autrement c'est en même temps

acquérir d'autres possibilités d'action par rapport à elles » (Vygotski, cité dans Clot, Faïta, Fernandez, & Scheller, 2000, p. 6).

Dans le cadre de mon travail, pour des raisons de temps et moyens à disposition, j'ai réalisé des enregistrements audio et non vidéo et je n'ai pas confronté les participants directement à leurs collègues, effectuant donc quelques ajustements aux méthodes élaborées par Clot et ses collègues (2000, 2005, 2011). De plus, pour exploiter pleinement la méthode du sosie il aurait fallu structurer les relances effectuées durant l'entretien de manière à être davantage en accord avec l'énoncé de départ, et donc utiliser des formulations telles que « Si je rencontre cette difficulté dans le lien thérapeutique que dois-je faire ? ». En ce qui concerne l'autoconfrontation croisée, afin d'incorporer la présence du regard du tiers sans qu'il soit présent physiquement, j'ai indiqué des opinions trouvées dans la littérature et les ai formulées à mes interlocuteurs en cours d'entretien. Les points de vue de leurs confrères que je leur rapportais portaient sur quatre éléments, et pour chaque point je sélectionnais un avis contraire à celui apporté par le participant dans la première partie de l'entretien. Les quatre thématiques abordées sont, comme mentionnées dans le chapitre précédent : le besoin d'une formation spécifique ou non, la prise en compte de la culture de l'utilisateur, la posture de bienveillante neutralité et l'utilisation des critères diagnostiques usuels. Ces quatre thématiques ont été sélectionnées car elles étaient fréquemment mentionnées dans la littérature sans que les chercheurs puissent parvenir à un accord sur ces sujets. Ce manque de consensus a donc permis d'avancer à chaque fois un argument contraire à celui du participant afin de créer une controverse. Cette démarche avait pour but de contraindre le participant à défendre et expliciter sa position face au regard de ses pairs qui lui est ici transmis au travers des prises de positions relevées dans la littérature.

Pour l'instruction au sosie, j'ai inventé une vignette clinique qui a servi de support au discours autour de l'activité du psychologue face à une usagère avec un vécu et des caractéristiques qui lui sont propres. Cette vignette clinique m'a permis d'ancrer chaque entretien dans une situation de travail identique au départ qui va ensuite se différencier du fait des caractéristiques individuelles des psychologues mais aussi du fait des différents lieux de travail et des contraintes qui y sont associées.

Il convient de mentionner que dans la méthode développée par Clot et ses collègues, le chercheur doit être dans une position de naïveté par rapport au déroulement du travail de la personne interviewée afin d'obliger le participant à expliciter ses propos. Cependant, étant une psychologue en formation, j'ai été identifiée par les participants comme appartenant à la

même profession qu'eux. De ce fait il fut plus difficile de les amener à expliciter leurs propos. En revanche ceci fournit des informations au sujet de ce qui est considéré comme de l'ordre des connaissances partagées par tous les psychologues.

Ce canevas ainsi élaboré propose les avantages suivants : d'abord, il fait ressortir les éventuelles divergences entre les psychologues habitués à ce type d'usager et ceux qui ne le sont pas, ainsi que l'influence du lieu de travail. Ensuite, il permet de mettre en évidence si les trouvailles de la littérature pertinente sont incorporées à ce stade par les psychologues à leur pratique.

## **5 Méthode d'analyse**

Les résultats de la recherche ne s'obtiennent qu'à travers une étape essentielle : l'analyse du discours. Cette analyse se fait sur le corpus, c'est-à-dire sur le discours produit lors de l'entretien, retranscrit de manière littérale (Blanchet & Gotman, 2010). J'ai donc commencé par retranscrire chaque entretien avant d'opérer une analyse du contenu thématique à l'aide d'une grille d'analyse de référence. Pour cette analyse je me suis servie de l'approche phénoménologique interprétative que je décrirai succinctement dans la troisième sous-partie. Je présenterai par la suite les participants et les settings dans lesquels ils travaillent. Enfin, j'exposerai les thèmes et sous catégories utilisés.

### **5.1 Retranscriptions**

Parmi la multitude de méthodes et normes de transcription j'ai choisi d'utiliser celle qui m'a été recommandée par ma directrice de mémoire Madame Muller Mirza. Elle applique des normes utilisées en psychologie sociale et qui découlent des théories de l'analyse de la conversation. Ces normes de transcription m'ont permis de rester fidèle au discours produit en prenant note de chaque production qu'elle soit sous la forme d'un soupir, d'un rire nerveux ou encore d'un mot inachevé (voir annexe 'normes de transcription').

### **5.2 Analyse thématique de contenu**

L'analyse thématique de contenu s'est imposée comme étant la méthode la plus adéquate pour mon travail. Elle permet d'effectuer une analyse verticale, c'est-à-dire une analyse se basant sur le repérage de thèmes récurrents à travers les différents entretiens. Il s'agit donc de construire une grille d'analyse de référence constituée d'un ensemble de thèmes partagés entre les entretiens. Ces thèmes sont divisés en plusieurs sous catégories représentant les différentes significations que les participants peuvent apporter à un même

thème. Ceci permet de relever quels sont les thèmes ressortant des discours des participants et les significations que chaque participant leur donne (Blanchet & Gotman, 2010). Pour réaliser le codage, c'est-à-dire dresser une liste de thèmes avec des sous-catégories et les extraits des entretiens qui y appartiennent, il existe trois méthodes différentes. La première, consiste en un codage préétabli ; le chercheur définit avant le recueil des données, une liste de thèmes sur base du cadre conceptuel de la recherche. La seconde, permet une approche plus inductive : le chercheur ne sélectionne des thèmes qu'après avoir parcouru minutieusement les données. Ceci permet d'obtenir des codes au plus près des données et d'être très ouvert aux nouveaux éléments apportés par celles-ci. Enfin, la dernière méthode est un hybride des deux méthodes précédemment mentionnées. Le chercheur crée une liste de codes généraux reprenant les questions principales soulevées par la recherche et va se baser sur celle-ci lors de son analyse des données tout en rajoutant d'autres codes qui lui apparaissent au fur et à mesure de sa lecture du corpus (Miles & Huberman, 2005). Désirant m'appuyer sur les questions présentes dans mon canevas d'entretien, j'ai décidé d'utiliser cette dernière méthode. Sur la base de celui-ci, j'ai obtenu les sept thèmes initiaux suivants : « la perception de l'utilisateur », « la perception du psychologue », « la perception de la formation », « la perception de la culture », « la perception de la posture du praticien », « la perception des catégories diagnostiques » et « la perception du permis F ». Après avoir relu plusieurs fois mon corpus il m'est apparu nécessaire de modifier certains de mes thèmes initiaux. Le thème « la perception du psychologue » a été divisé en trois thèmes portant sur les pratiques du psychologue : « pratiques : style ou genre », « mon métier », « des pratiques pour des usagers ». Ce qui m'a permis d'analyser sous différents angles la représentation que le psychologue se fait de son activité. Pour le thème portant sur la formation, je l'ai renommé « les ressources du psychologue ». Ceci étant plus en adéquation avec le discours de mes participants. En ce qui concerne le thème de la culture, je l'ai divisé en deux thèmes : « qui sont les porteurs de culture ? » et « la culture de l'utilisateur ». Enfin, ces dix thèmes ont été regroupés en trois supra-catégories afin de faire ressortir les trois sujets principaux de ma recherche : « les pratiques du psychologue », « éléments d'élaboration de la prise en charge » et « l'image de l'utilisateur migrant »<sup>1</sup>. Les thèmes et les sous-catégories qui les composent seront présentés en détails dans la dernière partie de ce chapitre.

---

<sup>1</sup> **Les supra-catégories :**

1. Les pratiques du psychologue : « pratiques : style ou genre », « la posture du praticien », « mon métier » et « des pratiques pour des usagers ».
2. Éléments d'élaboration de la prise en charge : « les ressources du psychologue », « la perception des catégories diagnostiques », « la perception du permis F » et « Qui sont les porteurs de culture ? ».
3. L'image de l'utilisateur migrant : « la perception de l'utilisateur migrant » et « la perception de la culture de l'utilisateur ».

### 5.3 Analyse phénoménologique intégrative

Le cadre théorique sur lequel j'ai construit mon analyse est celui de l'approche de l'analyse phénoménologique intégrative. Elle a pour but d'explorer la manière dont une personne donne du sens à un phénomène, ce qui répond parfaitement aux besoins de ma recherche, qui tente de rendre compte des différentes manières dont les psychologues donnent du sens à leurs pratiques lorsqu'ils sont face à un usager migrant. Ainsi, l'analyse phénoménologique intégrative « ne porte pas sur l'expérience pure, par nature inaccessible, mais tente de s'en approcher autant que possible via le sens que lui donne la personne » (Antoine, 2017, p. 40).

### 5.4 Présentation des participants

Je vais maintenant donner une brève description de mes participants et les settings dans lesquels ils travaillent. Avant de commencer, il est important de préciser que pour des raisons d'anonymat les participants et les lieux de travail ont été renommés. Les deux participants que j'ai nommés Sophie et Stéphane, ne reçoivent que rarement des usagers migrants et travaillent dans une structure que j'ai appelée l'institution Flemming. Cette institution est composée de nombreuses équipes ; Sophie et Stéphane font partie de celle qui s'occupe d'interventions brèves. Ils accomplissent donc des prises en charges sur le court terme afin d'évaluer la situation de l'usager et son éventuel besoin d'être orienté ailleurs pour une prise en charge sur le long terme. Sophie est en cours de formation pour devenir psychothérapeute dans l'approche psychanalytique. Stéphane, quant à lui, a déjà ce titre, dans la même approche. Mathilde est une psychothérapeute systémicienne qui travaille également à l'institution Flemming mais dans une équipe spécialisée dans la prise en charge d'usagers migrants. Elle réalise principalement des prises en charge sur le court terme. Marc, lui aussi psychothérapeute systémicien, travaille dans l'association Devereux, qui s'occupe d'offrir une prise en charge sur le long court à des usagers migrants uniquement. Enfin, Marine est une psychologue sociale qui travaille dans l'association Barreto, et opte pour une approche communautaire. L'association Barreto offre un espace d'accueil ouvert à toute personne issue de la migration. Marine et ses collègues y offrent un soutien psychosocial, une aide à l'emploi et encadrent de manière ponctuelle un atelier de musique. Les interventions ont généralement lieu dans la pièce commune afin de permettre aux autres usagers de contribuer s'ils le souhaitent. Toutefois, si l'usager a des thématiques qu'il ne souhaite pas aborder dans la pièce commune il est possible pour l'un des intervenants d'aller avec lui dans une pièce adjacente pour en discuter de manière privée.

## 5.5 Thèmes et catégories relevés

Comme mentionné précédemment, au fur et à mesure de mes lectures du corpus, j'ai identifié dix thèmes que j'ai décomposés en plusieurs catégories. Ensuite, pour chaque entretien, j'ai identifié les extraits qui rentraient dans chaque catégorie de ces thèmes. Il convient de préciser que le même extrait peut appartenir à plusieurs catégories différentes. Dans le prochain chapitre, je vais utiliser ces thèmes pour comparer mes cinq entretiens entre eux. Avant cela, je vais en faire un inventaire explicatif.

### 1. Les pratiques du psychologue

#### *Pratiques : style ou genre*

Ce thème permet d'identifier comment le psychologue se rattache ou non à des groupes à travers ses pratiques. Trois catégories ont été relevées : « style », « genre » et « mes pratiques dans un horizon de pratiques ».

La première catégorie fait référence aux pratiques qui sont rapportées comment lui étant propres et comme quelque chose qu'il a développé au cours de sa pratique en accord avec l'image qu'il se fait de sa posture en tant que psychologue. Cette posture s'observe à travers des marques de discours telles que « ça c'est mon côté ethnologue qui parle » (Marine, 1, 48) et « moi j'aime bien au début » (Sophie, 1, 34).

La deuxième comprend les pratiques identifiées comme appartenant à un genre partagé avec ses collègues et résultant d'échanges et de réflexions sur leurs façons de faire au sein de l'équipe et en tant qu'équipe. L'idée de co-élaboration des pratiques au sein de l'équipe ressort très clairement dans le discours de Marine : « ce n'est pas un truc qui est tout fait on continue nous l'équipe quoi on continue tous les jours de recréer quoi ça demande ça demande une autre sorte de travail quoi je pense » (Marine, 1, 148). Marc fait également référence à des pratiques communes entre les psychologues de son association : « oui ici alors à l'association Devereux et puis en général euh on les accompagne » (Marc, 1, 44).

Enfin, la dernière soulève les différences rapportées entre ses pratiques et celles observées chez d'autres psychologues. Ceci montre que bien qu'il y a des genres communs : chaque psychologue peut se les approprier différemment mais aussi parfois opter pour une posture en opposition par rapport à certains genres associés à l'activité du psychologue. Par exemple, lorsque Mathilde parle de sa position engagée elle dit : « je pense qu'il y a des gens que ça ne- à qui ça ne parle pas, qui trouvent ça pas du tout professionnel, que l'on sort du

cadre » (Mathilde, 2, 6) et reconnaît donc avoir pleinement conscience du fait que sa posture n'est pas approuvée par l'ensemble de ses confrères.

### *La posture du praticien*

Ce thème explore la manière dont le psychologue se positionne face à l'utilisateur et explique sur quelle attitude il construit ses interventions. On trouve dans ce thème deux catégories. Dans la première catégorie le psychologue se décrit comme agissant avant tout en tant qu'individu, comme cet énoncé le démontre : « qu'on est souvent appelés dans cette clinique à répondre aussi en tant qu'être humain » (Mathilde, 2, 32). Ici, la psychologue explicite que face aux récits des horreurs subies par l'utilisateur migrant elle se sent dans l'obligation d'agir en tant qu'individu.

La deuxième catégorie, est bien illustrée par cette affirmation : « je vais me comporter en tant que psychologue psychothérapeute » (Stéphane, 2, 20). Dans cette catégorie le psychologue justifie ses interventions comme résultant de son rôle de psychologue agissant dans un cadre défini.

### *Mon métier*

Il émerge du corpus que mes participants conçoivent leurs pratiques selon deux catégories. L'une intitulée « appris pendant ma formation », qui fait référence à la représentation du métier comme résultant de la formation de psychologue. L'autre, « résultant de toutes mes expériences », renvoie à l'image du psychologue qui construit sa pratique sur la base de sa formation mais aussi d'autres bagages personnels.

L'énoncé « je commencerais par [...] présenter ma fonction [de] psychologue » (Stéphane, 1, 6) constitue un bon exemple pour la première catégorie et montre que Stéphane perçoit son activité comme le déploiement des outils acquis lors de ses formations de psychologue et psychothérapeute.

Cette citation de Marc représente bien la deuxième catégorie : « je n'ai un parcours de psy j'ai fait plein d'autres choses à côté et dans ce parcours j'ai fait beaucoup j'ai beaucoup discuté et travaillé avec des sociologues et des anthropologues » (Marc, 2, 22).

## *Des pratiques pour des usagers*

Ce thème souligne le lien que font les psychologues entre leurs pratiques et les usagers qu'ils reçoivent. Deux catégories apparaissent : les pratiques conçues comme étant spécifiquement ajustées aux usagers migrants et les pratiques appartenant au métier de psychologue dans lequel il faut s'adapter aux besoins spécifiques de chaque usager.

Dans la première catégorie le psychologue développe un style particulier pour une catégorie d'usagers spécifiques, les migrants. Ceci laisse transparaître une distanciation par rapport aux activités et au cadre classique dans lequel les psychologues agissent. Cette nécessité de modifier sa posture de psychologue afin de répondre aux besoins des usagers migrants ressort très clairement dans le discours de Marine à travers des affirmations telles que : « ce qui leur fait le plus de bien c'est d'avoir quelqu'un qui prend une position à côté pas en face hein ni devant ni derrière mais vraiment à côté et puis qui milite avec » (Marine, 2, 76) et « pour les gens que l'on suit nous ici [...] l'accompagnement dans ce quotidien il est plus important » (Marine, 2, 100). Marc adopte également une position similaire : « les gens qui sortent de l'université [...] par rapport aux migrants ce n'est pas possible [...] parce qu'ils n'ont pas l'habitude de travailler avec d'autres cultures [...] parce que c'est une remise en question aussi de ses de ses aprioris culturels et théoriques aussi » (Marc, 2, 4).

Au contraire, dans la deuxième catégorie, les pratiques utilisées avec un usager migrant sont identifiées comme faisant parties d'un large éventail de pratiques auxquelles a accès le psychologue et qu'il sélectionne en fonction des besoins de l'utilisateur. Cet énoncé en est un très bon exemple : « on va proposer des choses un peu différentes mais comme on fait pour chaque patient finalement donc on va s'adapter de manière unique à la problématique de chaque patient » (Stéphane, 1, 22).

### 2. Éléments d'élaboration de la prise en charge

#### *Les ressources du psychologue*

Ce thème relève les différents outils sur lesquels le psychologue s'appuie pour faire son travail. Dans celui-ci j'ai identifié cinq catégories : « les cours théoriques », « les expériences professionnelles », « les collègues et confrères », « les autres professionnels » et « le bagage personnel ». Il convient de préciser que bien que certains psychologues ont également identifié les catégories diagnostiques comme un outil les aidant dans les prises en charge, il n'apparaît pas ici en tant que catégorie, car j'ai trouvé plus intéressant et cohérent

de considérer les catégories diagnostiques dans leur ensemble en tant que thème comprenant plusieurs catégories.

La première catégorie reprend les références que les psychologues font à des cours théoriques qu'ils ont suivis et comment ces cours les aident dans leur travail. Sophie par exemple mentionne des présentations auxquelles elle a assisté dans le cadre de son travail : « si j'ai un patient migrant qui vient qui a une problématique comme ça je peux retrouver des documents et puis me dire voilà il faut être attentif à ça ça ou ça » (Sophie, 2, 54).

L'extrait « j'ai fait des stages à l'association Devereux et puis après j'ai travaillé beaucoup avec des populations migrantes » (Mathilde, 2, 6) illustre la deuxième catégorie qui montre que les expériences professionnelles antérieures aident le psychologue à construire son activité au moment présent et influence ses réponses à mes questions quant à la manière de prendre en charge la jeune femme de la vignette clinique.

La troisième catégorie s'intéresse à la collaboration entre collègues comme ressource. Tandis que Marine échange de manière constante avec ses collègues, « c'est toujours des encadrements collectifs donc de toute manière on entre les collègues on parle énormément énormément de tous les personnes qui viennent les questions qu'on se pose de ce qu'elles nous ont raconté on est tout le temps en train d'échanger entre nous. » (Marine, 1, 6), d'autres, comme Stéphane font appel de manière ponctuelle à des collègues plus expérimentés dans la prise en charge de migrants : « on a une unité qui s'appelle X avec des médecins mais aussi des assistants sociaux qui peuvent nous épauler dans des situations compliquées comme ça » (Stéphane, 1, 22).

Il rapporte également avoir fait appel à d'autres professionnels : « on a pu faire des entretiens communs avec une ethnopsychiatre en fait et un imam » (Stéphane, 1,28), ce qui correspond à la quatrième catégorie où le psychologue demande conseil à des professionnels de la santé ou d'autres domaines comme par exemple des représentants religieux.

Enfin, la dernière catégorie comprend des connaissances ou compétences que le psychologue a développé du fait de ses intérêts et expériences personnelles. Marc renvoie ainsi aux apports théoriques d'autres disciplines qu'il a étudié : « les sociologues qui ont fait des choses bien là-dessus il y a quand même un minimum d'anthropologie un peu pour comprendre » (Marc, 2, 14).

### *La perception des catégories diagnostiques*

Comme mentionné précédemment, les catégories diagnostiques sont un outil à la disposition des psychologues et comme tout outil il peut être perçu de manières diverses. Ce thème met en avant la façon dont les psychologues s'approprient cet outil et l'usage qu'ils en font dans la prise en charge de migrants.

Les marques de discours « ça peut apporter quelque chose au patient. » (Marc, 2,74), « pour le patient pour les documents d'une part » (Marc, 2, 74) et « c'est quand même utile aussi pour pouvoir [...] discuter du diagnostic pouvoir mettre des mots dessus » (Sophie, 2, 100) indiquent que le fait de poser un diagnostic peut aider le patient à la fois à mieux comprendre ses symptômes mais aussi à changer sa situation par exemple dans le cadre d'une demande d'asile ou pour sortir des foyers et obtenir un logement plus adapté. Cette catégorie décrit donc le diagnostic comme une potentielle ressource pour le patient.

Les catégories diagnostiques sont également utilisées comme un outil de communication entre collègues. Selon Sophie « c'est quand même important qu'on les ait 'fin c'est la théorie DSM pour que tout le monde ait un langage commun » (Sophie, 2, 88).

Enfin, comme l'affirme Marine « il faut ajuster ça parce que souvent les gens en fait ils sont mal parce qu'ils ont vécu des trucs totalement inacceptables et qu'en fait leur mal c'est une réaction normale » (Marine, 2, 112). Cette dernière catégorie renvoie à la position que les critères diagnostiques tels qu'ils sont établis actuellement ne sont pas adaptés pour être utilisés avec des usagers migrants et que leur utilisation peut avoir un effet délétère sur le bien-être de l'utilisateur.

### *La perception du permis F*

Pour cette thématique le but est d'identifier l'image que le psychologue se fait d'un usager détenteur d'un permis F et des enjeux qu'il associe à ce permis de séjour. Trois catégories émergent : « le permis F comme source d'instabilité pour l'utilisateur », « le permis F est source de difficultés pour le psychologue » et « le permis F constitue un aspect rassurant pour le psychologue ».

La première catégorie renvoie à l'idée que pour l'utilisateur, le fait d'avoir un permis F est une situation qui peut causer des angoisses du fait du statut provisoire de ce permis de séjour et de la précarité qu'il peut entraîner. Les propos de Marc soulignent très bien cet aspect :

« euh oui la précarité pour elle un sentiment de précarité de la précarité pour elle bon l'absence de travail appart travail tout ça et puis non reconnaissance de ce qu'elle a vécu comme si on ne reconnaît pas son passé il y a » (Marc, 3, 14).

Les deux catégories suivantes, s'intéressent à la manière dont le psychologue perçoit cet aspect spécifique de la situation de son usager comme impactant ses pratiques. Dans la catégorie « le permis F est source de difficulté pour le psychologue » il transparaît que le permis F peut venir compliquer la prise en charge. Diverses difficultés sont mentionnées, tandis Marc met en avant son sentiment d'impuissance, « puis il faut qu'on fasse nous aussi on est impuissants je suis impuissant par rapport à des permis F » (Marc, 1, 140). Sophie quant à elle admet ne pas bien connaître les conditions associées à chaque permis de séjour, « je dois aller vérifier sur internet pour être sûre de quels sont les les euh 'fin à quoi correspond vraiment le permis euh donc voilà ça (rire) c'est les enjeux pour moi » (Sophie, 3, 28).

Enfin, dans la dernière catégorie, le fait que l'utilisateur soit en possession d'un permis F constitue pour le psychologue un élément plutôt rassurant notamment en comparaison avec d'autres usagers migrants ayant un permis N ou étant en situation de séjour illégal. Cette citation en constitue un très bon exemple : « moi je me dis que c'est déjà pas mal voilà elle peut travailler si elle peut bon elle a cette possibilité euh il y a des gens qui sont restés avec des permis F hyper hyper longtemps » (Marine, 3, 14).

### *Qui sont les porteurs de culture ?*

Pour cette thématique, j'utilise le terme de culture en référence à plusieurs concepts : les modèles de pensée, l'appartenance à un groupe et les comportements qui en résultent. Dans le corpus, j'ai pu relever trois « porteurs de culture » rapportés par les participants comme influençant le déroulement de la prise en charge. Ces trois « porteurs de culture » constituent les trois catégories de cette thématique : « l'utilisateur », « le psychologue » et « l'institution ou association ».

La première de ces catégories rend compte du fait que le psychologue a conscience que l'utilisateur est un individu ayant sa propre conception du monde, souvent considérée comme étant partagée avec un groupe d'appartenance, et que ceci sera présent dans les entretiens qu'il aura avec le psychologue. Par exemple : « il y a beaucoup de gens surtout des gens migrants

des gens qui viennent d'ailleurs etc. dans d'autres contextes culturels etc. Qui n'ont absolument pas du tout l'habitude non plus de se livrer par la parole » (Marine, 1, 120).

La deuxième catégorie relevée concerne la conscience que le psychologue a de ses propres appartenances culturelles et de leur rôle dans la création d'un lien avec l'utilisateur. Les propos de Marc traduisent parfaitement cette prise de conscience ainsi que le travail personnel qu'elle nécessite : « oui on est riche super favorisé et puis comment on se sent là-dedans qu'est-ce qu'on sent avec le colonialisme parce que c'est le comble aussi donc si on ne pose pas ces questions si on ne se met pas soit même moi je pense qu'on ne fait on n'entend pas tout » (Marc, 2, 16).

Pour finir, la troisième catégorie comprend les références que le psychologue fait à la culture de l'institution ou association dans laquelle il travaille : « donc je pense que pour ça c'est un peu une culture commune au service et il y a une volonté claire de la direction du service de mettre ça en avant c'est euh je pense que c'est pas mal ce qui se fait ici » (Stéphane, 3,31). Cette catégorie montre que le psychologue prend en compte la culture de son institution dans sa manière de prendre en charge ses usagers.

### 3. L'image de l'utilisateur migrant

#### *La perception de l'utilisateur migrant*

L'importance de ce thème tient du fait qu'il met en avant un facteur qui influence les pratiques de psychologues : l'image que ceux-ci se font de l'utilisateur migrant. Ce thème est constitué de trois catégories : « individu », « groupe » et « réseau ».

La catégorie « individu » renvoie au fait que le psychologue perçoit l'utilisateur comme un individu c'est-à-dire dans son entièreté avec ses croyances, ses ressources et pas uniquement ses difficultés. Cette citation, « essayer de me représenter euh comment elle vivait qu'est-ce qu'elle faisait comment c'était chez elle d'avoir une image dans ma tête et puis puis d'aller la chercher c'est bien pour moi euh parce que comme ça je vois un peu je m'imagine je je euh elle est vivante dans ma tête pas seulement ce qu'elle est maintenant ici en difficultés etc. » (Marc, 1, 32) souligne très bien que l'utilisateur possède de nombreuses facettes et qu'elles ne sont par ailleurs pas toutes présentées aux psychologues.

L'utilisateur peut également être présenté comme appartenant à un groupe. Celui-ci peut être familial ou communautaire, comme le montre cet extrait : « évidemment qu'on va

s'intéresser au je dirais au contexte dans lequel la personne évolue et puis évidemment dans le contexte dans lequel elle a grandi alors il y aura la famille, la puis du plus micro au plus macro » (Mathilde, 2, 12).

Enfin, l'utilisateur peut être perçu comme étant au centre d'un réseau de professionnels auxquels il aurait demandé de l'aide. Dans ce cas, le psychologue visualise le réseau d'intervenants gravitant autour de l'utilisateur, afin de pouvoir évaluer quels sont les besoins et où s'inscrire dans le réseau. Ceci s'explique dans le discours de Marine qui dit : « ça me donne déjà des indications en fait par rapport au réseau qu'il y a déjà autour » (Marine, 1, 34).

### *La perception de la culture de l'utilisateur*

Cette dernière thématique permet de déterminer comment le psychologue identifie la culture de l'utilisateur. Deux catégories ressortent : « ressource » et « obstacle ». Cette thématique est pertinente car elle permet de mettre en évidence le rôle qui est attribué à la culture et la place qu'elle occupe dans la prise en charge.

La catégorie intitulée « ressource » reprend les énoncés dans lesquels la culture de l'utilisateur est appréhendée comme une ressource à la fois pour lui-même mais également comme un outil dont le psychologue peut se servir comme levier pour faire avancer la prise en charge. L'extrait suivant en constitue un excellent exemple : « Qui explique les problèmes de santé voilà. Euh les gens ils disent bah j'ai mal à l'xx puis on m'a donné un mauvais sort [...] etc. mais dans les fait ça a un impact et puis il faut l'utiliser » (Marc, 2, 8).

Dans la seconde catégorie, « obstacle », la culture de l'utilisateur est conçue comme un obstacle potentiel au bon déroulement de la prise en charge. Dans cet énoncé : « il faudrait voir aussi quelles représentations elle elle a de la psychiatrie et de la psychologie en général hein ça c'est toujours aussi quand il y a des euh des patients migrants quelque chose à prendre en compte » (Stéphane, 1, 28), Stéphane expose l'influence négative que la culture de l'utilisateur migrant peut avoir sur sa bonne compréhension du fonctionnement de la prise en charge et souligne l'importance pour lui d'en tenir compte dans sa pratique. Ce type de discours se retrouve également dans les entretiens d'autres participants : « on oublie que ben le patient il connaît peut-être pas tout ça en plus 'fin en plus s'il vient d'une culture différente c'est peut-être pas du tout comme ça que c'est compris » (Sophie, 2, 100).

Maintenant que tous les thèmes et catégories ont été explicités, je vais pouvoir explorer quelles sont les catégories qui ressortent dans chaque entretiens et les comparer entre eux en fonction du type d'usager habituellement prise en charge par le psychologue.

Tableaux de synthèse des thèmes et catégories avec exemples d'extraits

<b>Pratiques : style ou genre</b>	<b>Extraits</b>
Style	« ça c'est mon côté ethnologue qui parle » (Marine, 1, 48) « moi j'aime bien au début » (Sophie, 1, 34)
Genre	« ce n'est pas un truc qui est tout fait on continue nous l'équipe quoi on continue tous les jours de recréer quoi ça demande ça demande une autre sorte de travail quoi je pense » (Marine, 1, 148) « oui ici alors à l'association Devereux et puis en général euh on les accompagne » (Marc, 1, 44)
Mes pratiques dans un horizon de pratiques	« je pense qu'il y a des gens que ça ne- à qui ça ne parle pas, qui trouvent ça pas du tout professionnel, que l'on sort du cadre » (Mathilde, 2, 6)

<b>La posture du praticien</b>	<b>Extraits</b>
Individu	« qu'on est souvent appelés dans cette clinique à répondre aussi en tant qu'être humain » (Mathilde, 2, 32)
psychologue	« je vais me comporter en tant que psychologue psychothérapeute » (Stéphane, 2, 20)

<b>Mon métier</b>	<b>Extraits</b>
Appris pendant ma formation	« je commencerais par [...] à présenter ma fonction [de] psychologue » (Stéphane, 1, 6)
Résultant de toutes mes expériences	« je n'ai un parcours de psy j'ai fait plein d'autres choses à côté et dans ce parcours j'ai fait beaucoup j'ai beaucoup discuté et travaillé avec des sociologues et des anthropologues » (Marc, 2, 22)

<b>Des pratiques pour des usagers</b>	<b>Extraits</b>
Spécifiques pour des usagers migrants	<p>« ce qui leur fait le plus de bien c'est d'avoir quelqu'un qui prend une position à côté pas en face hein ni devant ni derrière mais vraiment à côté et puis qui milite avec. » (Marine, 2, 76)</p> <p>« pour les gens que l'on suit nous ici [...] l'accompagnement dans ce quotidien il est plus important » (Marine, 2, 100).</p> <p>« les gens qui sortent de l'université [...] par rapport aux migrants ce n'est pas possible [...] parce qu'ils n'ont pas l'habitude de travailler avec d'autres cultures [...] parce que c'est une remise en question aussi de ses de ses aprioris culturels et théoriques aussi » (Marc, 2, 4).</p>
Adaptées à tous les usagers	« on va proposer des choses un peu différentes mais comme on fait pour chaque patient finalement donc on va s'adapter de manière unique à la problématique de chaque patient » (Stéphane, 1, 22)

<b>Les ressources du psychologue</b>	<b>Extraits</b>
Cours théoriques	« si j'ai un patient migrant qui vient qui a une problématique comme ça je peux retrouver des documents et puis me dire voilà il faut être attentif à ça ça ou ça » (Sophie, 2, 54)
Expériences professionnelles	« j'ai fait des stages à l'association Devereux et puis après j'ai travaillé beaucoup avec des populations migrantes » (Mathilde, 2, 6)
Collègues et confrères	« c'est toujours des encadrements collectifs donc de toute manière on entre les collègues on parle énormément énormément de tous les personnes qui viennent les questions qu'on se pose de ce qu'elles nous ont raconté on est tout le temps en train d'échanger entre nous. » (Marine, 1, 6)  « on a une unité qui s'appelle X avec des médecins mais aussi des assistants sociaux qui peuvent nous épauler dans des situations compliquées comme ça » (Stéphane, 1, 22)
Autres professionnels	« on a pu faire des entretiens communs avec une ethnopsychiatre en fait et un imam » (Stéphane, 1,28)
Bagage professionnel	« les sociologues qui ont fait des choses bien là-dessus il y a quand même un minimum d'anthropologie un peu pour comprendre » (Marc, 2, 14)

<b>La perception des catégories diagnostiques</b>	<b>Extraits</b>
Ressource pour l'utilisateur	« ça peut apporter quelque chose au patient. » (Marc, 2,74)

	<p>« pour le patient pour les documents d'une part » (Marc, 2, 74)</p> <p>« c'est quand même utile aussi pour pouvoir [...] discuter du diagnostic pouvoir mettre des mots dessus » (Sophie, 2, 100)</p>
Outil de communication	<p>« c'est quand même important qu'on les ait 'fin c'est la théorie DSM pour que tout le monde ait un langage commun » (Sophie, 2, 88)</p>
Catégorisation inadéquate	<p>« il faut ajuster ça parce que souvent les gens en fait ils sont mal parce qu'ils ont vécu des trucs totalement inacceptables et qu'en fait leur mal c'est une réaction normale » (Marine, 2, 112)</p>

<b>La perception du Permis F</b>	<b>Extraits</b>
Instabilité pour l'utilisateur	<p>« euh oui la précarité pour elle un sentiment de précarité de la précarité pour elle bon l'absence de travail appart travail tout ça et puis non reconnaissance de ce qu'elle a vécu comme si on ne reconnaît pas son passé il y a » (Marc, 3, 14)</p>
Difficulté pour le psychologue	<p>« puis il faut qu'on fasse nous aussi on est impuissants je suis impuissant par rapport à des permis F » (Marc, 1, 140)</p> <p>« je dois aller vérifier sur internet pour être sûre de quels sont les les euh 'fin à quoi correspond vraiment le permis euh donc voilà ça (rire) c'est les enjeux pour moi » (Sophie, 3, 28).</p>
Rassurant pour le psychologue	<p>« moi je me dis que c'est déjà pas mal voilà elle peut travailler si elle peut bon elle a cette possibilité euh il y a des gens qui sont restés</p>

	avec des permis F hyper hyper longtemps » (Marine, 3, 14)
--	--

<b>Qui sont les usagers porteurs de culture ?</b>	<b>Extraits</b>
L'utilisateur	« il y a beaucoup de gens surtout des gens migrants des gens qui viennent d'ailleurs etc. dans d'autres contextes culturels etc. Qui n'ont absolument pas du tout l'habitude non plus de se livrer par la parole » (Marine, 1, 120)
Le psychologue	« oui on est riche super favorisé et puis comment on se sent là-dedans qu'est-ce qu'on sent avec le colonialisme parce que c'est le comble aussi donc si on ne pose pas ces questions si on ne se met pas soit même moi je pense qu'on ne fait on n'entend pas tout » (Marc, 2, 16)
L'institution ou l'association	« donc je pense que pour ça c'est un peu une culture commune au service et il y a une volonté claire de la direction du service de mettre ça en avant c'est euh je pense que c'est pas mal ce qui se fait ici. » (Stéphane, 3,31)

<b>La perception de l'utilisateur migrant</b>	<b>Extraits</b>
Individu	« essayer de me représenter euh comment elle vivait qu'est-ce qu'elle faisait comment c'était chez elle d'avoir une image dans ma tête et puis puis d'aller la chercher c'est bien pour moi euh parce que comme ça je vois un peu je m'imagine je je euh elle est vivante

	dans ma tête pas seulement ce qu'elle est maintenant ici en difficultés etc. » (Marc, 1, 32)
Groupe	« évidemment qu'on va s'intéresser au je dirais au contexte dans lequel la personne évolue et puis évidemment dans le contexte dans lequel elle a grandi alors il y aura la famille, la puis du plus micro au plus macro alors évidemment que la culture mais ça dépend de ce que vous entendez par culture hein » (Mathilde, 2, 12)
Réseau	« ça me donne déjà des indications en fait par rapport au réseau qu'il y a déjà autour » (Marine, 1, 34)

<b>La perception de la culture de l'utilisateur</b>	<b>Extraits</b>
Ressource	« Qui explique les problèmes de santé voilà. Euh les gens ils disent bah j'ai mal à l'xx puis on m'a donné un mauvais sort [...] etc. mais dans les fait ça a un impact et puis il faut l'utiliser » (Marc, 2, 8)
Obstacle	« il faudrait voir aussi quelles représentations elle elle a de la psychiatrie et de la psychologie en général hein ça c'est toujours aussi quand il y a des euh des patients migrants quelque chose à prendre en compte » (Stéphane, 1, 28)  « on oublie que ben le patient il connaît peut-être pas tout ça en plus 'fin en plus s'il vient d'une culture différente c'est peut-être pas du tout comme ça que c'est compris » (Sophie, 2, 100)

## 6 Résultats

Comme mentionné précédemment, je vais procéder à la mise en évidence des résultats ressortant des entretiens réalisés et de leur analyse. A cette fin, je vais tout d'abord m'intéresser à chaque entretien et les thématiques qui apparaissent en fonction des différentes parties de l'entretien. Je mettrai en annexe un tableau croisé dynamique pour chaque thème qui indique le nombre de fois qu'une catégorie apparaît dans le discours d'un participant. Les chiffres présentés dans ces tableaux sont à interpréter comme une indication de l'importance de cette catégorie aux yeux du participant et non comme une valeur absolue. Après avoir détaillé les résultats de chaque entretien, je procèderai à une comparaison des entretiens entre eux. Cette partie sera principalement focalisée sur la première partie de l'entretien car c'est dans cette partie que le discours est produit de manière spontanée.

### 6.1 Les psychologues recevant uniquement des usagers migrants

Comme mentionné dans le chapitre portant sur la méthodologie, j'ai décidé de distinguer mes participants en fonction du profil des usagers qu'ils reçoivent. Je vais donc commencer par décrire les résultats des trois participants prenant en charge uniquement des usagers migrants.

#### 6.1.1 Marc

L'entretien avec Marc est plutôt long et il a, dès la première partie, apporté de nombreux éléments sans que j'aie à le solliciter. Ainsi, il décrit de manière détaillée ses pratiques en fournissant de nombreux exemples comme celui-ci : « j'utiliserai euh une manière d'expliquer le traumatisme euh d'une part en disant euh le traumatisme c'est comme une blessure qui s'infecte puis pour enlever cette blessure qui fait une infection on doit ouvrir plus pour nettoyer la plaie et c'est que vous qui pouvez décider quand » (Marc, 1, 6).

Le premier thème concernant ses pratiques, et plus spécifiquement son style et les genres auxquels il s'identifie, est très présent dans son discours notamment dans la première partie. Il décrit principalement des pratiques qui lui sont propres et qui résultent d'un style qu'il a développé tout au long de ses 30 ans de carrière dans la prise en charge d'usagers migrants. Ces propos par exemple : « je le fais moins qu'au début honnêtement euh [...] j'interviens moins dans le social par exemple » (Marc, 1, 126), montrent bien l'évolution de ses pratiques avec le temps. Il exprime également comment son style personnel se retrouve parfois en décalage par rapport aux façons de faire de ses pairs : « il y a des gens qui travaillent très différemment que moi » (Marc, 1, 36). Toutefois, il fait aussi appel au collectif

pour justifier certaines de ses interventions : « ce qui se passe à l'association c'est que même si on est tous psy on est très intervenants dans la réalité des fois trop mais on est très intervenants dans la réalité donc on agit. » (Marc, 1, 126). Par conséquent, bien qu'il opère un détachement marqué par rapport à ses pairs cette tendance s'efface lorsqu'il parle de ses interventions sur la réalité sociale de l'utilisateur, actions qui sortent quelque peu du cadre habituel du travail du psychologue. Il semblerait que l'intervention sur les conditions de vie de l'utilisateur est une valeur chère à l'association pour laquelle il travaille, et qui est partagée par ses collègues. Par ailleurs, cette position du psychologue qui adopte parfois le rôle d'assistant social, ou de juriste, semble avoir été pour Marc une source de questionnement au niveau de son identité professionnelle.

En ce qui concerne la posture adoptée par le psychologue lors de ses interventions, Marc exprime un fort désir d'agir face aux injustices subies par les usagers qu'il reçoit. Il affirme, que du fait de sa prise de position pour ses usagers, il ne considère pas être dans une posture de neutralité. Il décrit ses interventions comme résultant de son désir de « sauver le monde sauver les gens » (Marc, 1, 126) ce qui traduit un investissement en tant qu'individu et pas seulement en tant que psychologue.

Dans sa description de son métier apparaissent également son individualité et les apports d'autres domaines qu'il incorpore à ses pratiques. Il dit par exemple : « malgré qu'on est tous des psychologues formés [...] il y a quand même une bonne partie c'est de l'administratif euh du du juridique essayer de la diriger vers les bonnes personnes » (Marc, 1, 44). Cette citation montre qu'il utilise des compétences externes à son domaine de formation. Son discours indique également une distinction entre son activité de celle d'autres psychologues travaillant avec des usagers autochtones. En ce sens qu'il travaille sur des aspects de la réalité sociale de ses usagers sur lesquels d'autres psychologues n'ont pas nécessairement l'habitude d'agir.

Ce discours sur la spécificité de son travail est associé à l'idée que ses pratiques sont expressément pensées et adaptées à la prise en charge d'utilisateurs migrants. Une des pratiques qu'il rapporte comme distincte de la psychologie générale est celle de prendre position pour son patient, comme le montre cet extrait : « ici on se met en position par rapport à la société etc. et puis que et puis que les patients migrants vont nous poser ces questions » (Marc, 2, 16). Cette prise de position associée à une sensibilité accrue aux référentiels culturels des usagers constitue à ses yeux le socle de base de la pratique en psychologie interculturelle.

Tout comme mentionné ci-dessus, Marc fait appel comme ressource à son ‘bagage personnel’ riche en expériences et connaissances dans des domaines autres que celui de la psychologie. Cet extrait constitue un bon exemple : « je sais que ce côté sociologie anthropologie j’ai une certaine manière de voir les choses qui est un peu plus cultivée que le reste des psychologues » (Marc, 2, 30). Comme autres ressources, il cite les cours donnés par Métraux et les interprètes communautaires qui, au-delà de leur fonction, peuvent également l’aider à mettre à l’aise une usagère qui aurait par exemple du mal à se confier à un homme au sujet des violences sexuelles subies.

Les catégories diagnostiques sont également relevées par Marc comme une potentielle ressource à la fois pour les psychologues et les usagers. Bien qu’il reconnaisse que les catégories diagnostiques occidentales sont un outil de communication parfois nécessaire, il dit personnellement ne pas aimer en faire usage. Il associe cette réticence à la fois à son orientation systémique et à l’inadéquation de certains critères avec ce qu’il observe chez ses usagers. Cet énoncé illustre bien sa pensée : « c’est clair que le DSM n’est pas tout à fait adapté et qu’il sur les traumatismes c’est logiquement ils durent 6 mois après après c’est une transformation durable de la personnalité il y a des gens que je vois depuis dix ans ils ont des traumatismes et ils le sont encore ils le seront à vie » (Marc, 2, 74.).

Si l’on s’intéresse à présent à sa perception du permis F et de l’influence indirecte que ce permis de séjour peut avoir sur la prise en charge, on observe que Marc le conçoit avant tout comme une difficulté potentielle pour lui et l’usager dans la construction de la prise en charge. Pour l’usager, ce permis de séjour signifie : « la précarité pour elle un sentiment de précarité de la précarité pour elle bon l’absence de travail appart travail tout ça et puis non reconnaissance de ce qu’elle a vécu comme si on ne reconnaît pas son passé » (Marc, 2, 14). Pour le psychologue cela veut dire qu’il faut prendre en compte de nombreux aspects sociaux et agir sur eux pour tenter d’améliorer les conditions de vie de l’usager tout en acceptant qu’il ne peut tout résoudre. Enfin, Marc identifie aussi ce permis comme une source d’espoir, une situation qui peut s’améliorer si l’usager arrive à remplir les conditions pour un permis B.

Si l’on porte maintenant notre attention sur la culture ou plus spécifiquement les cultures mentionnées dans son entretien, Marc relève l’importance de celle de l’usager, du psychologue et de l’association dans laquelle il travaille. Il met tout particulièrement l’accent sur les représentations de l’usager au sujet du système de soin et de l’éthologie de sa souffrance. Il est également conscient de ses propres appartenances et de l’influence qu’elles

peuvent avoir sur le lien établi avec l'utilisateur. Cet extrait souligne bien cette idée : « oui je suis perçu comme un étranger [...] je suis perçu comme un étranger comme disant des bêtises » (Marc, 1, 82). Enfin, il fait référence aux valeurs de l'association et les libertés qu'elle lui donne dans l'élaboration de ses pratiques. Par ailleurs, dans sa description du fonctionnement de l'association il ressort une forte identification au collectif constitué par ses collègues. Notamment, par ceux qui comme lui y travaillent depuis de longues années.

Comme mentionné précédemment, Marc donne une place importante à la culture de ses usagers, conception qui se retrouve dans sa description de l'utilisateur lui-même. Dans la première partie de l'entretien, il fait à plusieurs reprises référence à l'appartenance de Nuptia à une communauté : « d'où elle vient vraiment comment elle juge les autres congolais » (Marc, 1, 114). En plus d'être inscrit dans un groupe d'appartenance, l'utilisateur est considéré comme un individu avec ses ressources et son intentionnalité. Les deux citations suivantes fournissent de bons exemples de sa perception de l'utilisateur comme individu avec ses intentions, son histoire et ses savoirs : « ils connaissent des choses que je ne connais pas moi » (Marc, 1, 132) et « pour moi le patient les patients ils disent la vérité puis point, bien sûr qu'ils trichent » (Marc, 2, 66).

Enfin, dans un premier temps, Marc considère la culture de l'utilisateur comme une ressource à exploiter dans les entretiens. Il affirme que s'appuyer sur les éléments créateurs de sens pour l'utilisateur permettent de donner du sens à la prise en charge. Par la suite, il met en garde contre l'obstacle que peuvent constituer les représentations de l'utilisateur si elles ne sont pas prises en compte. Cet extrait souligne cette mise en avant de l'importance de ne pas faire abstraction des représentations de l'utilisateur : « que il y a des cultures qui pensent que c'est comme ça que ça marche la santé psychique et que ça bah il faut être il faut pouvoir entendre, [...] et voir à quel niveau c'est la maladie et à quel niveau c'est culturel » (Marc, 2, 6).

### 6.1.2 Mathilde

L'entretien avec Mathilde dure presque aussi longtemps que celui de Marc et comme lui, elle enrichit son discours de nombreux exemples. Au début de la première partie elle commence par expliquer comment elle se présenterait à l'utilisateur. Le déroulement de cette présentation, à savoir l'explication du cadre, comment s'assurer que l'utilisateur comprend pourquoi il est là et proposer à celui-ci de se présenter, sont un ensemble d'étapes qui font écho à celles recommandées par le dépliant créé par son équipe. Celui-ci est destiné à aider les

autres professionnels dans leurs prises en charge d'usagers migrants. Dès le début de son entretien, Mathilde montre donc qu'elle s'identifie au collectif formé par ses collègues.

Ce fort sentiment d'appartenance à une équipe apparaît dans son choix de pratiques ; bon nombre d'entre elles sont présentées comme partagées avec ses collègues. Si elle se rattache à son équipe elle se distingue très clairement des pratiques de confrères n'ayant pas pour habitude de travailler avec des usagers migrants. Son utilisation fréquente des pronoms « je » et « moi » indique un style personnel affirmé. Cette phrase en est un bon exemple : « je dirais que c'est sûr que je n'irai pas MOI directement dans les éléments traumatiques comme ça dans un- dans les premiers entretiens » (Mathilde, 1, 34) (voir annexe tableau de pronoms).

Ce style personnel se retrouve aussi dans sa posture ; elle n'hésite pas à « répondre aussi en tant qu'être humain » (Mathilde, 2, 32) face au récit de ses usagers sur les horreurs qu'ils ont subi. Si elle prend position en tant qu'individu et exprime son émotion, elle prend position aussi en tant que psychologue en écrivant si nécessaire des rapports au Secrétariat d'Etat aux Migrations.

Sur base des éléments mis en avant par les deux thématiques précédentes, il n'est pas surprenant qu'elle perçoive son métier comme distinct de celui de psychologues ne prenant pas en charge des migrants. Dans son discours elle souligne que c'est la spécificité des prises en charge d'usagers migrants qui l'a poussée à choisir de travailler avec ce type d'utilisateur car pour elle elle est créatrice de sens, comme le montre très bien cet énoncé : « je suis à ma place mais je pense que ça c'est quelque chose d'important » (Mathilde, 2, 6).

Comme mentionné, Mathilde décrit son activité comme spécifique et il en va donc de même pour ses pratiques comme le démontrent ces marques de discours : « dans la clinique qui est la nôtre » (Mathilde 2, 32) et « on va devoir aussi un peu jouer un rôle un peu différent de ce qu'on est habitué à faire » (Mathilde 2, 32).

Au niveau des ressources, Mathilde fait appel à des ressources très diverses. L'idée principale pour elle c'est que c'est au travers de ses expériences professionnelles avec des usagers migrants qu'elle a développé ses compétences dans ce domaine. Elle insiste également sur le fait que si elle s'est dirigée vers des opportunités de travail dans ce domaine c'est parce qu'elle y portait un intérêt particulier.

Un outil très souvent utilisé par Mathilde et identifié comme une ressource pour elle sont les catégories diagnostiques du DSM-IV. Bien qu'elle admette qu'elles ne soient pas

parfaitement adéquates pour un usage avec des usagers migrants, elle dit les trouver très utiles et souvent s'en servir pour poser des diagnostics. Cette citation explicite sa position au sujet des catégories diagnostiques : « mais voilà autrement on n'a pas trop le choix d'essayer d'évaluer, on doit poser un diagnostic après, c'est tout ce que l'on va en dire qui va pouvoir un peu étayer le- voilà on va rester prudents » (Mathilde, 2, 51).

En ce qui concerne sa perception du permis F, elle se dit rassurée pour l'usagère qui se trouve dans une situation de séjour bien plus confortable que nombreux des autres usagers qu'elle reçoit. Elle exprime aussi son étonnement face à la situation dans la vignette expliquant qu'il est très difficile pour les congolais d'obtenir un permis de séjour quel qu'il soit et « c'est très court 8 mois pour avoir fait déjà deux inter- deux interviews à Berne plus euh avoir pu faire un dossier médical bah en stipulant que pour des raisons psychiques cette femme ne peut pas rentrer » (Mathilde, 3, 26). Elle fut la seule participante à directement questionner la vraisemblance de la vignette clinique, élément intéressant puisqu'il est vrai que les procédures d'asile s'étalent généralement sur une durée plus longue. Cet aspect n'a malheureusement pas été exploré dans les autres entretiens et il est donc difficile de savoir s'ils n'ont pas relevé cet élément pour ne pas se mettre mal à l'aise ou si cela n'a tout simplement pas attiré leur attention. Malgré le fait qu'elle soit rassurée par ce statut de séjour elle n'en reconnaît pas moins les effets néfastes qu'il peut avoir sur l'usager.

Pour ce qui est des cultures relevées comme présentes dans la prise en charge, tout comme Marc, elle mentionne celle de l'usager, du psychologue et de l'institution. Lorsque, dans la deuxième partie de l'entretien je l'invite à argumenter son point de vue sur la place de la culture dans les entretiens cliniques, elle commence par interroger la définition de 'la culture' tout en disant que ce terme peut faire référence à un partage de valeur à des niveaux différents comme par exemple une famille ou une communauté entière. Elle affirme ainsi que la culture peut jouer un rôle dans toutes les prises en charge même celles réalisées avec des personnes d'origine suisse. Dans sa description de l'influence de la structure dans laquelle le psychologue travaille, elle rejoint Marc sur sa description du milieu associatif et des libertés associées, et décrit au contraire le contexte dans lequel elle travaille comme présentant un certain nombre de contraintes. Elle cite par exemple l'obligation de poser des diagnostics : « on est un peu obligés je vais vous dire parce que quand on travaille dans un contexte comme le mien ici on se doit de de trouver un diagnostic » (Mathilde, 2, 49).

Comme l'on peut le supposer du fait de son orientation systémique, Mathilde perçoit ses usagers comme appartenant à des groupes, comme leur famille, leur communauté, et tout autre groupe d'appartenance. Elle fait également référence au réseau de soin au centre duquel l'utilisateur peut se trouver et dont elle-même fait partie en tant que psychologue. Enfin elle met aussi l'accent sur le parcours de vie, la dignité et les ressources présentes chez ses usagers. Cet extrait en constitue un bon exemple : « le patient nous parle de sa culture [...] les patients ça les met aussi dans une posture différente qu'ils ont pas tellement l'habitude d'avoir ici à savoir une posture où ils peuvent transmettre quelque chose » (Mathilde, 2, 24).

Pour terminer, on s'intéresse au thème portant sur la culture de l'utilisateur qu'elle identifie comme un obstacle potentiel au bon déroulement de la prise en charge. Cet extrait souligne bien cette idée : « combien même nous on est sensible à ça mais je pense que parfois c'est difficile aussi bah voilà tu as dans les représentations que ces personnes peuvent avoir de la psychiatrie » (Mathilde, 1, 48). Il est intéressant de noter que tout comme elle, les autres participants se montrent attentifs aux représentations que leurs usagers ont au sujet de la psychologie et des malentendus que cela peut créer au cours de la prise en charge.

### 6.1.3 Marine

Cet entretien fut le plus long, peut-être du fait de la nécessité pour Marine de me décrire le fonctionnement de son association qui repose sur une approche communautaire, chose encore peu commune en Suisse. Le cadre dans lequel elle travaille se démarquant clairement de ceux de mes autres participants, il est intéressant de voir comment cela impacte ses pratiques et sa perception de son métier.

Pour le premier thème sur les pratiques, on remarque qu'elle se différencie visiblement des pratiques des autres psychologues et critique les manières de faire qu'elle a pu observer chez des psychologues cliniciens ou conseillers en orientation qu'elle rencontre dans le cadre de son travail avec les usagers de son association. Cette citation résume très bien sa position : « j'ai souvent été surprise en fait en accompagnant des gens chez le psy de voir combien justement notre approche est différente ou peut-être complémentaire dans certains cas mais voilà. » (Marine, 3, 26). Elle a bien sûr aussi un style personnel très marqué dans lequel apparaissent des sensibilités particulières qui peuvent être associées à ses formations en ethnomusicologie et psychologie sociale. Cet énoncé décrit les éléments sur lesquels elle porte en premier son attention : « première chose que je fais toujours c'est que j'essaie de m'imaginer tout le réseau qu'il y a autour de la personne d'abord en premier euh parce que je

ne veux pas marcher sur les pieds de personne je ne veux pas non plus faire des doublons ou tirer dans un autre dans une autre direction » (Marine, 1, 34). Il convient également de préciser qu'elle travaille dans une petite équipe constituée des deux collègues avec qui elle a fondé l'association, et de quelques bénévoles avec qui elle partage sa manière de concevoir les prises en charge, bien qu'elle soit la seule psychologue. Il est donc fort probable que ses pratiques soient influencées par le fait de travailler au quotidien avec des collègues qui ne sont pas eux-mêmes psychologues.

Pour ce qui est de sa posture, elle se retrouve déjà dans son choix de fonder avec des collègues une association communautaire afin de répondre aux besoins des usagers migrants auxquels ne peuvent pas répondre les autres structures du canton de Vaud. Ce choix implique un grand engagement pour les personnes migrantes qui va au-delà de la simple sphère professionnelle. Cet énoncé met bien en évidence son engagement en tant qu'individu : « leur montrer qu'on est à côté d'eux dans les injustices qu'on les voit ou les difficultés ou quoi que ce soit hein qu'on les reconnaît avec eux et puis qu'ensuite avec eux on commence à s'attaquer à des formes de d'actions » (Marine, 1, 158).

Si l'on s'intéresse à sa perception de son métier, on observe qu'elle définit son métier à la fois comme conforme à ses attentes suite à sa formation de psychologue sociale et comme prenant place dans un setting atypique. Elle rapporte que bien que ce setting lui convienne à merveille, ses spécificités influencent son identité professionnelle. La citation suivante traduit très bien cette influence du setting sur son identité professionnelle : « je pense que bah mon identité professionnelle est assez mal définie en fait » (Marine 2, 108).

En ce qui concerne ses pratiques, elle les identifie toutes comme étant caractéristiques du setting dans lequel elle travaille et donc spécifiques à des usagers migrants. Les marques de discours suivantes l'expriment très bien : « moi je pense que surtout avec des personnes qui sont migrantes » (Marine, 1, 86), « avec ces personnes » (Marine, 2, 74) et « pour les gens que l'on suit nous ici » (Marine, 2, 100).

Pour ce qui est des ressources sur lesquelles elle s'appuie, elle fait appel à toutes les catégories relevées pour ce thème. La catégorie qui ressort le plus est celle des collègues qui est en accord avec le fait que bon nombre de ses pratiques sont le résultat d'échanges entre collègues comme le met en avant cet énoncé : « c'est toujours des encadrements collectifs donc de toute manière on entre les collègues on parle énormément » (Marine, 1, 6).

Bien qu'elle fasse usage de toutes les ressources identifiées dans le thème précédent, elle est très réticente à utiliser les catégories diagnostiques et avoue en percevoir que très rarement une utilité pour les usagers de son association. Par ailleurs, elle rapporte aussi douter de leur utilité avec des usagers autochtones tout en disant qu'il est vrai que pour certains usagers le fait de recevoir un diagnostic semble les aider à donner du sens à ce qui leur arrive. Elle donne l'exemple d'un jeune homme venant à son association pour qui recevoir un diagnostic fut vécu comme une libération. Elle admet donc « que la réponse au diagnostic elle peut aussi être différente » (Marine, 2, 128).

Dans son discours, elle présente le fait qu'un usager ait un permis de séjour F comme quelque chose de rassurant à ses yeux. En effet, elle voit beaucoup d'usagers à qui il a été refusé une autorisation de séjour et qui vivent dans la peur constante de se faire renvoyer ou arrêter pour séjour illégal. En comparaison avec ces usagers, ceux détenant un permis de séjour F ont la possibilité de construire un futur en Suisse, comme elle le dit dans cet extrait : « moi je me dis que c'est déjà pas mal voilà elle peut travailler si elle peut bon elle a cette possibilité euh il y a des gens qui sont restés avec des permis F hyper hyper longtemps » (Marine, 3, 14).

Si l'on se focalise sur les porteurs de culture mentionnés par elle, on remarque qu'elle fait dès la première partie mention de la culture de l'usager mais qu'elle ne mentionne celle du psychologue et de l'association que dans la deuxième partie lorsqu'est évoqué la place de la culture dans les prises en charge. Cette phrase illustre très bien sa conscience de l'influence de la culture du psychologue : « c'est que la culture consiste aussi le contexte du psychologue ici [...] il faut pas qu'il oublie non plus de se rendre compte que que lui-même il applique des schémas culturels sur ce qu'il pense sur ce qu'il voit sur ce qu'il remarque ce qu'il décide de noter ou pas ou les questions qu'il pose » (Marine 2, 48). Elle insiste également sur le fait que le psychologue doit se plier à certaines demandes de la part de l'institution dans laquelle il travaille et qu'il faut donc qu'il s'assure d'être en accord avec ce qui lui sera demandé de faire.

Comme mentionné précédemment, du fait de sa formation en psychologie sociale Marine porte une attention particulière au contexte dans lequel s'inscrit l'usager. Elle le décrit donc comme un membre d'une communauté et comme étant au centre d'un réseau. Cette attention au réseau déjà préexistant autour de l'usager est quelque chose d'important pour elle. D'autant plus qu'elle est la seule à présenter une telle perspective sur la question. En

effet, bien que ce thème apparaisse également dans le discours de Mathilde, elle ne le mentionne qu'à une reprise en parlant de sa collaboration avec les autres professionnels investis dans la prise en charge de l'utilisateur. Alors que Marine construit sa prise en charge de l'utilisateur sur la base du réseau déjà présent. Elle est donc la seule à utiliser le réseau comme une ressource pour le patient et elle-même. Ainsi, elle tente, si nécessaire, d'exercer une influence sur le réseau afin de rendre les échanges entre les intervenants et les interactions intervenant et usager le plus bénéfiques possible. Cet extrait explicite cette démarche : « moi j'essaie toujours de me dire que le plus le les liens dans dans le réseau autour de la personne sont organiques » (Marine, 1, 46). Elle perçoit aussi ses usagers comme des individus avec des connaissances et compétences qui, si mises en avant par les intervenants, peuvent servir de ressource à la fois à l'utilisateur et à d'autres présentant des problématiques similaires.

Enfin, elle utilise également la culture de l'utilisateur comme une ressource pour la prise en charge. Cette citation en constitue un bon exemple : « je pense que la culture amène beaucoup de d'outils assez efficaces » (Marine, 2, 46). Toutefois, elle met en garde contre le fait que si les différences culturelles ne sont pas prises en compte elles risquent de devenir un obstacle à la prise en charge.

## **6.2 Les psychologues recevant principalement des usagers autochtones**

Je vais maintenant détailler les résultats des psychologues recevant principalement des usagers autochtones.

### **6.2.1 Stéphane**

En raison du temps limité à notre disposition, cet entretien fut le plus court. De plus, Stéphane s'est montré très concis dans son discours et suivait très clairement le fil rouge fourni par mes questions.

Au niveau de ses pratiques, il les identifie principalement comme résultant de réflexions qui lui sont propres et se différencie par rapport à ses confrères sur un point, le maintien de la posture de neutralité. Cette citation montre le fait qu'il a conscience que son opinion à ce sujet n'est peut-être pas partagée par tous ses pairs : « peut-être que certaines personnes considéraient que ça c'est ne plus être neutre par exemple et donc dans ce sens-là on pourrait dire qu'on n'est pas neutre mais pour moi il faut distinguer les deux quoi » (Stéphane, 2, 22).

Cette position au sujet de la neutralité apparaît également dans sa manière de justifier ses interventions. Il insiste que bien qu'il prend position pour ses usagers il ne le fait qu'en tant que psychologue et pas parce qu'il est ému en tant que personne. Pour lui son désaccord avec les lois de l'asile ne doit pas être une des raisons le poussant à agir, ses interventions devant viser uniquement le bien-être de l'utilisateur. Cet énoncé explicite sa position à ce sujet : « ça c'est en plus mes valeurs personnelles qui vont du coup entrer en conflit avec les valeurs de l'Etat mais ça ne veut pas dire que ça va jouer un rôle forcément sur comment je vais me comporter en tant que psychologue psychothérapeute je trouve qu'il faut distinguer » (Stéphane, 2, 20).

Sa forte identification à son rôle de psychologue se retrouve dans sa perception de son métier qu'il décrit comme conforme à sa formation et à son image du travail de psychologue psychothérapeute. Par ailleurs, si nécessaire, il fait appel à d'autres professionnels tels que des assistants sociaux pour travailler sur les aspects sociaux des difficultés de ses usagers afin de pouvoir mieux se concentrer sur les problématiques qui le concernent réellement lui en tant que psychologue. Cette citation souligne l'importance pour lui de pouvoir se concentrer sur les problématiques psychiques de l'utilisateur : « pour que moi je puisse faire mon travail en fait en étant suffisamment tranquille que ces autres aspects-là sont pris en charge euh pour pouvoir faire mon travail tel qu'il doit être en fait » (Stéphane, 2, 28).

Dans la description de ses pratiques il alterne entre l'idée qu'elles sont adaptées à tout type d'utilisateur et le fait que certaines sont spécifiques pour la prise en charge d'un utilisateur migrant. Il commence par dire qu'il opère de la même manière pour chaque utilisateur avant de reconnaître que les prises en charge d'utilisateurs migrants soulèvent parfois des questions spécifiques et que dans ces situations il se tourne vers des collègues plus habitués à travailler avec des migrants. Enfin, il conclut que des difficultés similaires peuvent également être présentes dans la prise en charge d'utilisateurs suisses. Cet extrait résume sa pensée à ce sujet : « je ne pense pas parce que si j'ai un je ne sais pas on a pas mal de jeunes en rupture par exemple [...] je vais aussi les mettre en contact avec une assistante sociale qui travaille avec nous ou de la ville pour que les aspects comme ça plus de réalité puissent être pris en donc réalité versus réalité psychique hein j'entends » (24, p8)

Si l'on s'intéresse aux ressources qu'il utilise, on remarque qu'il fait en effet, souvent appel à l'aide de collègues ou autres professionnels pour l'épauler dans la prise en charge d'utilisateurs migrants. Dans l'extrait suivant, il met l'accent sur l'importance pour lui d'avoir

des collègues ressource vers qui il peut se tourner : « on a cette unité X qui est à disposition qui sont très réactifs et vraiment très au fait pour toutes ces questions-là ils sont très disponibles et très efficaces donc on est vraiment bien soutenus » (Stéphane, 3, 29). Il s'appuie aussi sur les cours théoriques qu'il a suivis à l'université et des expériences professionnelles passées pour lesquelles il a collaboré avec une ethnopsychiatre.

Le thème sur les catégories diagnostiques n'apparaît pas dans cet entretien. En effet, lors de la question à ce sujet, Stéphane a répondu à la première partie de la question portant sur les ajustements éventuellement nécessaires lors de la prise en charge d'usagers migrants mais n'a pas précisé son avis sur les diagnostics. Il aurait fallu le relancer à ce sujet mais je n'ai malheureusement pas remarqué cette omission pendant l'entretien. Toutefois, l'on peut supposer qu'il a une vision plutôt positive de l'utilisation de ces catégories puisqu'il est régulièrement amené à poser des diagnostics dans le cadre de son travail à l'institution Flemming.

Pour ce qui est de sa perception du permis F, il le décrit comme une source de difficulté pour l'utilisateur, et pour lui dans l'élaboration du suivi. L'extrait suivant montre qu'il ne connaît pas tous les droits associés au permis : « il y a ces aspects vraiment de sociaux comme ça puis aussi de pas droit à l'aide d'urgence ou pas et c'est très compliqué » (Stéphane, 21, p12). Effectivement, pour rappel, l'aide d'urgence est prévue pour les personnes déboutées ou celles pour qui il y a eu non-entrée en matière et non pour les détenteurs d'un permis F.

Il mentionne, dès la première partie, la culture de l'utilisateur comme un élément auquel il est attentif et tente de s'adapter afin de permettre une co-création de sens. Cette marque de discours le démontre : « en fonction des croyances » (Stéphane, 3, 6). Dans la troisième partie, lorsqu'il est invité à parler de l'institution Flemming, il met en avant la culture commune de tous les employés psychologues et la volonté de la direction de les sensibiliser à la prise en charge d'usagers migrants.

Si l'on se focalise sur sa perception des usagers migrants, il les conçoit avant tout comme des individus avec leurs propres modes de pensée. Il fait aussi une référence à l'appartenance de Nuptia à une unité familiale : « le trauma de quitter sa famille il y a ça aussi à prendre en compte » (Stéphane, 1, 14).

Le dernier thème indique qu'il perçoit la culture de l'utilisateur comme une difficulté potentielle pour la prise en charge. Il se montre donc prudent face aux représentations que peuvent avoir les usagers migrants au sujet de la psychologie. Cet extrait en constitue un bon exemple : « il faudrait voir aussi quelles représentations elle a de la psychiatrie et de la psychologie en général hein ça c'est toujours aussi quand il y a des euh des patients migrants quelque chose à prendre en compte » (Stéphane, 1, 28).

### 6.2.2 Sophie

Cet entretien a duré 49 minutes et est donc le deuxième plus court. Étant encore au début de sa carrière, Sophie avait moins d'exemples à fournir et est plusieurs fois retournée sur des questions précédentes afin de compléter ou nuancer la réponse qu'elle avait donnée. Par ailleurs, elle met en évidence que l'étape dans laquelle elle se trouve au niveau de sa formation et de sa carrière peut avoir une influence sur son activité.

Lorsqu'elle décrit ses pratiques, elle en rattache la majorité à son style personnel. La seule pratique qu'elle identifie comme faisant partie des genres de l'activité de son équipe, est le fait de travailler en collaboration avec l'assistante sociale de l'unité. Enfin, elle se différencie de ses pairs du fait de son manque d'expérience, tout particulièrement avec des usagers migrants, comme le souligne cette citation : « je pense que eux ils savent beaucoup que moi donc voilà je pense que ce ne serait pas tout à fait la même chose » (Sophie, 3, 45).

En ce qui concerne sa réponse au sujet de la position de neutralité et si elle doit être maintenue ou non, elle cite le cours du professeur Métraux pour expliquer qu'il lui semble important de réagir en tant qu'être humain et non seulement comme un professionnel faisant son travail. Cet extrait montre bien la position qu'elle souhaite prendre en tant que psychologue : « je pense qu'effectivement c'est compliqué de rester neutre et puis je me rappelle bah notamment d'un prof à l'université qui nous avait raconté que on lui a le patient racontait des choses tellement horribles que qu'il est sorti vomir » (Sophie, 2, 74).

Si l'on s'intéresse à sa perception de son métier, elle le conçoit comme conforme à ce à quoi elle s'attendait à la fin de ses études et reflétant l'image classique du psychologue travaillant en institution. Cette citation fournit un bon exemple : « qu'il faut avoir du recul euh et puis l'humilité de se dire qu'on ne sait pas tout, [...] mais on va se retrouver face à un patient 'fin c'est ce qui est très intéressant » (Sophie, 2, 60).

Pour ce qui est de la description de ses pratiques en lien avec leur ajustement aux besoins des usagers, tout comme Stéphane, elle alterne entre les deux catégories. Elle commence par décrire sa façon de faire avec les usagers migrants comme spécifique à ce type de prise en charge pour ensuite nuancer ses propos et affirmer que bien qu'en apparence les problématiques peuvent sembler très différentes de celles des usagers suisses, elles ne le sont pas tant qu'il y paraît. Cette citation en est un bon exemple : « qu'on a d'autres patients qui n'ont pas ce type de problématique mais pour qui aller voir un thérapeute c'est on est fou ou ça ne va pas du tout 'fin on en parle avec le patient aussi, de voir ses représentations et puis de voir un peu comment on peut se modifier ou pas » (Sophie, 1, 76). Elle insiste aussi sur l'importance pour elle d'être humble par rapport à ses connaissances et de se montrer ouverte à ce qu'apporte l'utilisateur.

Au niveau des ressources qu'elle utilise, elles ne sont que de deux types : les cours théoriques et les collègues. Le peu de diversité dans les ressources relevées est probablement en lien avec son statut de psychologue en début de formation. Elle fait donc appel aux deux ressources qui sont les plus évidentes à ce stade de sa formation, les cours suivis à l'université et les collègues plus expérimentés.

Une troisième ressource pour Sophie sont les catégories diagnostiques qui lui permettent de communiquer avec ses collègues au sujet des usagers. Elle s'en sert aussi pour aider ses usagers à donner du sens aux symptômes qu'ils ont, comme elle le dit : « ça peut permettre aussi de discuter là-dessus de faire un retour sur le diagnostic » (Sophie, 2, 102).

En ce qui concerne le permis F, elle le perçoit comme source de difficultés pour elle et l'utilisateur. Elle mentionne notamment ne pas être très au clair sur les différences entre les permis de séjour : « je dois aller vérifier sur internet pour être sûre de [...] à quoi correspond vraiment le permis » (Sophie, 3, 28).

Si l'on s'intéresse aux cultures qu'elle perçoit comme influençant la prise en charge, Sophie ne mentionne que celle de l'utilisateur. Elle rapporte que malgré l'importance pour elle de la prendre en compte, elle se montre également très attentive à ne pas tomber dans l'autre extrême en réduisant l'utilisateur à sa culture. De plus, afin d'éviter de projeter ses représentations sur l'utilisateur, elle dit généralement lui proposer qu'il explique comment le fait d'aller chez un psychologue serait, par exemple, perçu par ses proches. Voici la formulation qu'elle utilise avec ses usagers : « pour vous ça représente quoi, comment c'est perçu, qu'est-

ce que vous pensez que par exemple votre votre mère ou votre père pourraient penser du fait que vous consultez un thérapeute » (Sophie, 1, 74).

Comme le montre la citation précédente, Sophie décrit l'usager comme appartenant à une famille. Elle se dit également soucieuse de comprendre les motivations et représentations de ses usagers, en effet elle affirme : « je lui demanderais de m'expliquer elle un petit peu ce qui l'amène, comment elle comprend le motif de sa venue » (Sophie, 1, 34).

Pour conclure, en accord avec ce qui a été relevé dans les thèmes précédents, Sophie perçoit la culture des usagers migrants comme un obstacle à la compréhension du fonctionnement de la thérapie. Cette citation explicite bien sa pensée : « on oublie que ben le patient il connaît peut-être pas tout ça en plus 'fin en plus s'il vient d'une culture différente c'est peut-être pas du tout comme ça que c'est compris » (Sophie, 2, 100).

### 6.3 Synthèse et comparaison des résultats du corpus

Je vais maintenant comparer les résultats des cinq entretiens entre eux. Avant de parler des thématiques, je vais d'abord décrire les entretiens dans leur ensemble. La première information sur laquelle je vais m'arrêter est celle de la durée des entretiens. Si cette information me semble pertinente c'est parce qu'il y a une grande variabilité dans la durée des entretiens que j'ai effectués et que j'estime que la durée est indicatrice de la facilité de certains de mes participants à produire un discours au sujet de leurs pratiques avec des usagers migrants. Sur les cinq entretiens réalisés, trois ont duré plus d'une heure alors que les deux autres, ceux de Stéphane et Sophie, ont duré respectivement 37 et 49 minutes. Marc, Marine et Mathilde ont eu un discours très fluide et abondant d'exemples au sujet de leurs pratiques. Ils ont décrit de nombreuses situations qui leur sont arrivées et la manière dont ils y ont fait face. Lors de ces trois entretiens, je n'avais que très peu besoin de poser des questions pour permettre à la discussion de continuer et les thématiques ont souvent été abordées de manière spontanée. Ceci est particulièrement marqué dans la première partie de l'entretien dans laquelle ils ont répondu à la plupart de mes questions avant même que je ne les pose. Au contraire, Stéphane et Sophie ont plus souvent dû être relancés pour qu'ils développent leurs idées et qu'ils me fournissent des exemples.

Un autre aspect intéressant sont les va et vient qu'ils opèrent dans leur discours. En effet, Stéphane et Sophie retournent à plusieurs fois aux questions précédentes afin de compléter leur argumentation. Cette marque de discours en constitue un bon exemple : « c'est vrai que ça j'ai oublié de préciser » (Sophie, 1, 74). Leur discours se construit au fur et à

mesure des questions posées. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'ils sont moins habitués à parler de ces thématiques que ne le sont mes trois autres participants. De plus, cet élément ressort principalement dans l'entretien de Sophie ce qui peut être mis en lien avec le fait qu'elle ne soit qu'au début de sa carrière.

Afin d'approfondir mon analyse du discours produit je me suis intéressée aux pronoms utilisés par les participants. Le but de cette analyse est d'accéder à la manière dont le psychologue se perçoit en tant que sujet. J'ai relevé l'utilisation de trois catégories de pronoms différents : le « je », le « on psychologues » et le « on de l'équipe ». Si j'ai divisé les « on » en deux catégories c'est pour faire ressortir les deux significations possibles de ce pronom. La première utilisation indique une appartenance au groupe général des psychologues c'est-à-dire au groupe de pairs exerçant le même métier. Tandis que la deuxième signifie une appartenance à un groupe de collègues, une équipe avec qui le psychologue a pour habitude de travailler. Cette analyse porte uniquement sur la première partie de l'entretien, partie dans laquelle les participants parlent le plus spontanément. Vous trouverez en annexe un tableau reprenant les chiffres de cette analyse.

Tout d'abord, Sophie utilise uniquement le pronom « je » et ne fait donc aucunement appel à une identité collective. Il est possible que ceci soit dû au fait qu'elle a encore peu d'expérience et a donc pour l'heure peu développé son appartenance au groupe des psychologues. Stéphane quant à lui, se démarque par une importante utilisation du « on psychologues » ce qui indique chez lui une forte identification au groupe de psychologues. Marine et Mathilde, elles font principalement usage du « on équipe » ce qui traduit un fort sentiment d'appartenance à une équipe et un partage des pratiques entre collègues. On peut associer cette tendance au fait de travailler dans une petite équipe comme le soulignent les dires de Mathilde : « je pense qu'ici au sein de l'unité [...] on se retrouve, des valeurs assez similaires au sein de l'équipe [...] après dans les toutes petites équipes parce que ça je pense c'est aussi euh particulier » (Mathilde, 3, 34-38). Enfin, Marc fait un usage plus ou moins équivalent de ces différents pronoms et semble donc avoir à la fois un style qui lui est propre et des pratiques qu'il identifie comme partagées soit avec ses collègues ou avec l'ensemble de ses pairs.

Je vais maintenant exposer les éventuels liens observables entre les entretiens dans les catégories relevées. En ce qui concerne le thème « pratiques : style ou genre », il apparaît que Marc, Mathilde et Marine, c'est-à-dire les « spécialistes », identifient un grand nombre de

leurs pratiques comme étant différentes de celles de leurs pairs. Cette tendance est nettement moins apparente chez Sophie et Stéphane. Ce résultat suggère la présence d'une identité séparée des psychologues travaillant avec des populations migrantes par rapport au reste des psychologues.

Cette différence au niveau de la conception des pratiques se retrouve également dans le thème « des pratiques pour des usagers ». En effet, dans ce thème les « spécialistes » perçoivent majoritairement leurs pratiques comme « spécifiques pour des usagers migrants » alors que les « généralistes » alternent entre deux discours : l'un affirmant que leurs pratiques sont adaptées pour tout type d'usager, et l'autre soulignant la nécessité d'avoir des pratiques spécifiques pour la prise en charge de migrants. Ceci démontre que les « spécialistes » appréhendent leur activité comme étant un champ particulier de la psychologie. Alors que, les « généralistes » se décrivent comme possédant le savoir-faire nécessaire pour prendre en charge des migrants, tout en reconnaissant que ces prises en charge peuvent nécessiter des outils spécifiques, qui parfois sortent de leur domaine de compétence.

Par ailleurs, on peut observer dans le thème portant sur les ressources auxquelles fait appel le psychologue, le fait que les « généralistes » font souvent référence à des collègues plus expérimentés dans le domaine de la migration. Les « spécialistes » eux aussi établissent une relation avec leurs collègues et d'autres professionnels, mais de nature différente. En effet, pour eux il s'agit d'avantage de procéder à un échange et à un partage d'information et de ressources afin d'améliorer les suivis. Dans l'ensemble, tous mes participants semblent utiliser plus ou moins les mêmes ressources, excepté Sophie qui se distingue légèrement du groupe puisqu'elle ne fait référence qu'à deux types de ressources : les cours théoriques et les collègues. Ceci s'explique probablement par le fait qu'elle est au début de sa formation et n'a peut-être pas encore exploré l'étendue des ressources qu'elle a à sa disposition. Il est également intéressant de noter que les « spécialistes » ont tendance à s'appuyer sur des compétences qu'ils ont acquises en dehors de leur formation de psychologue.

Cet aspect de bagage personnel apporté dans la façon de concevoir son activité est également présent dans le thème « mon métier ». Dans ce cas-ci ce sont les « spécialistes » qui alternent entre les deux catégories pour définir leur métier. Ils le décrivent à la fois comme conforme à ce qu'ils ont appris dans leur formation en psychologie, mais aussi comme le résultat de choix personnels et l'utilisation de compétences acquises dans d'autres domaines. De leur côté, les « généralistes », eux, mentionnent uniquement une image conforme à leur

formation. Ceci soutient l'idée mentionnée précédemment que les « spécialistes » rattachent leur activité à un champ distinct de la psychologie dans lequel le psychologue aurait une sensibilité et des connaissances particulières qu'un psychologue recevant des usagers tout venant n'aurait pas.

Ceci semble aussi pouvoir expliquer les différences dans la perception du permis F. Il y a une grande diversité dans les réponses des participants à ce sujet et la plupart n'en ont parlé que dans la troisième partie lorsqu'ils y ont été incités par une question de ma part. Cependant, on peut à nouveau observer une tendance distincte entre les deux groupes. Les « généralistes » ont une image négative du permis F, qui pour eux constitue une difficulté pour l'utilisateur et pour eux-mêmes dans la prise en charge. En revanche, les « spécialistes » ont en commun l'idée que le permis F est un statut plutôt rassurant par rapport à d'autres situations dans lesquelles des usagers migrants peuvent se trouver. Bien sûr, ils ne font pas pour autant abstraction des difficultés qui peuvent être associées pour l'utilisateur à la détention d'un permis F.

Si l'on s'intéresse maintenant à la place de la culture dans les entretiens on peut à nouveau observer des similitudes au sein des groupes mentionnés. Une première observation marquante est le fait que seul les « spécialistes » parlent de leur propre culture et de son éventuelle influence sur le déroulement de la prise en charge. Cette conscience de leurs propres appartenances et de la manière dont elles peuvent être perçues par les usagers semble résulter à la fois d'un travail personnel approfondi sur la question mais aussi de leur expérience au contact d'utilisateurs migrants. Cette citation de Marc au sujet de sa position par rapport au colonialisme le montre bien : « les patients migrants vont nous poser ces questions » (Marc, 2, 16).

En ce qui concerne plus spécifiquement la culture de l'utilisateur, tous la perçoivent comme une difficulté potentielle pour le bon déroulement de la prise en charge. S'ils sont tous attentifs à l'impact négatif que peuvent avoir les différences culturelles entre l'utilisateur et le psychologue seuls deux d'entre eux, Marc et Marine, voient cette même situation comme étant également une ressource que le psychologue se doit d'exploiter. Ces deux participants ont en commun un intérêt poussé pour la thématique de la culture et l'on chacun étudiée par le biais de différentes disciplines. Marc relate avoir beaucoup échangé avec des anthropologues et sociologues : « j'ai beaucoup discuté et travaillé avec des sociologues et des anthropologues [...] ça m'a formé plus que dans la psychologie telle qu'elle est enseignée à

l'université » (Marc, 2, 22-24). Alors que Marine tire son apport de sa formation en ethnomusicologie et de ses expériences professionnelles passées dans le milieu de la culture. On peut supposer que ce sont ces réflexions qui les amènent à concevoir les différences culturelles dans une relation psychologue-usager comme une richesse et non, seulement comme un obstacle et une source de malentendus.

Pour ce qui est des trois thèmes restant, « la perception de l'utilisateur migrant », « la perception des catégories diagnostiques » et « la posture du praticien », je n'observe pas de similitudes marquées entre plusieurs de mes entretiens.

Pour finir, certains propos des psychologues qui n'apparaissent pas dans les thèmes relevés me semblent être dignes d'intérêt. La première idée qui transparaît dans trois de mes entretiens, ceux de Marc, Stéphane et Mathilde, est celle de l'impact du genre du psychologue sur la création d'une alliance thérapeutique. Plus spécifiquement, le fait d'être un homme est rapporté par ces psychologues comme constituant un potentiel obstacle pour la prise en charge. Notamment, dans le cas de femmes migrantes ayant subi des violences sexuelles. Marc me fait part de sa stratégie pour contrecarrer cette difficulté : « je joue un peu avec ça des fois avec des interprètes femmes [...] je vais sortir parce que je suis un homme discutez entre femmes puis après vous m'en parlez ce sera plus simple que de faire dire les choses » (Marc, 1, 42).

Le deuxième aspect est le clin d'œil fait par certains des psychologues au fait que je suis une future psychologue. Avec Sophie, une complicité se forme au cours de l'entretien du fait de notre expérience commune de jeune psychologue en début de carrière. Ceci s'exprime en partie au travers du passage du vouvoiement au tutoiement à certains moments de l'entretien : « comme je t'ai dit 'fin je vous ai dit pardon » (Sophie, 2, 46). D'autres participants font également référence à des expériences et ressentis partagés entre nous du fait de notre formation commune. Cet extrait au sujet du diplôme de psychologue en constitue un bon exemple : « après on a ça dans la main mais comme tout étudiant en psychologie on sort et puis on ne sait rien (rire) après on fait comment ? » (Marine, 1, 146). Certains profitent aussi de cet entretien pour me sensibiliser à des aspects de leur activité. Marc m'explique : « on doit pouvoir vivre l'impuissance et la surmonter et puis il faut qu'on fasse nous aussi on est impuissants je suis impuissant par rapport à des permis F [...] ou le racisme qui existe » (Marc, 1, 140). Mon appartenance au groupe des psychologues a donc influencé de diverses

façons la production de discours de mes participants. Je reviendrais sur cet élément dans le chapitre suivant dans la partie consacrée aux limites de mon travail.

Les résultats ayant été présentés, je vais à présent les confronter aux informations trouvées dans la littérature que j'ai présentée dans le chapitre trois.

## **7 Discussion**

### **7.1 Comparaison des résultats avec la littérature recensée**

Grâce aux méthodes utilisées pour la récolte de données, la perception que mes participants ont de leur activité individuelle est accessible, ainsi que leurs conceptions des pratiques du collectif par le biais des énoncés usant des pronoms « on » ou « nous ». En effet, ces énoncés font référence à des façons de faire partagées soit au sein de l'équipe, soit avec l'ensemble de leurs confrères. Ceux-ci dépeignent aussi les manières dont les psychologues, dans leur ensemble, prennent en charge des migrants. Bien sûr, le nombre de participants à cette étude étant restreint, il serait erroné de généraliser les résultats obtenus. Ils constituent toutefois une bonne indication quant aux pratiques du collectif des psychologues (dans le Canton de Vaud) face à des usagers migrants. Ainsi, ils forment donc un bon point de départ pour d'autres recherches sur cette thématique.

En plus des gains théoriques mentionnés plus haut, les méthodes de l'instruction au sosie et de l'autoconfrontation ont permis d'inciter les participants à réfléchir au sujet de leurs pratiques. Cet effet rejoint ce qui a été mis en avant par les recherches de Kloetzer et Henry (2010) et constitue par ailleurs un des résultats recherchés par ces méthodes. Cette réflexion a surtout porté sur leur style individuel et à quel point il se rattache aux genres de l'activité des psychologues de manière générale ou s'il découle plutôt d'un genre caractéristique des psychologues prenant en charge des migrants. Ces questions sur l'appartenance de leurs pratiques à des collectifs ont poussé les participants à également s'interroger à propos de leur identité professionnelle. De ces réflexions émerge chez chacun de mes participants la constatation qu'ils ont à partir des genres de l'activité du psychologue élaboré un style qui leur est propre. Chez certains, notamment les « spécialistes », ce style individuel se trouve en tension par rapport aux genres et contribue ainsi à l'apparition de nouveaux genres. Ceux-ci soulignent l'évolution constante de la psychologie en tant que science et savoir-faire, mais aussi l'aspect spécifique de son application avec des usagers migrants. Par ailleurs, ces dynamiques correspondent aux influences mutuelles entre genres et styles telles que décrites

par des précédentes recherches (Clot & Faïta, 2000). Enfin, la consigne de l'instruction au sosie fut difficile à appliquer pour la plupart des participants pour diverses raisons. Tout d'abord, car ceux-ci étaient conscients de leurs styles individuels, et ne pouvaient donc pas concevoir la reproduction identique de leurs pratiques. De plus, conscients de l'influence des caractéristiques personnelles du psychologue sur sa manière de faire, mais aussi sur la façon dont il est perçu par les usagers, les participants se sont montrés réticents à mettre en application la consigne de la méthode. Marc exprime très clairement cette idée que chaque prise en charge est unique du fait qu'elle se construit dans la rencontre de deux individus avec leurs propres caractéristiques : « maintenant s'il y a une collègue qui vient euh je lui dirais de faire comme elle veut parce que moi j'ai suivi les patients d'anciens collègues et puis [...] je dis on commence à zéro parce que c'est autre chose qui commence puis on verra » (Marc, 1, 32). Malgré tout, comme il a été mentionné précédemment, les pratiques des participants convergent sur de nombreux points que ce soit au sein du groupe des « spécialistes » et parmi les « généralistes » mais aussi de manière générale. Ainsi, il semble que les grandes lignes directrices du déroulement d'une prise en charge se retrouvent chez chaque participant excepté peut-être Marine, qui a explicitement développé sa pratique en dehors du cadre habituel de la profession de psychologue. Ceci afin justement de pouvoir élaborer un nouveau setting à partir des besoins des usagers. Effectivement, bien qu'elle utilise majoritairement les mêmes outils que ses pairs, elle a fait le choix de le faire dans un contexte différent. Comme elle le décrit, ce contexte résulte d'une réflexion constante entre collègues qui est aussi enrichie par les apports des usagers. Cette citation explicite bien ce fonctionnement : « ce n'est pas un truc qui est tout fait on continue nous l'équipe quoi on continue tous les jours de recréer » (Marine, 1, 148). Le travail réflexif réalisé par Marine et ses collègues leur permet d'élaborer de nouveaux genres de l'activité comme préconisé par la clinique de l'activité (Clot & Faïta, 2000). Ce qui est particulièrement intéressant dans l'approche de Marine et ses collègues est qu'ils incorporent dans leurs réflexions les questionnements et plaintes des usagers migrants par rapport aux pratiques de prise en charge suisses. Les usagers peuvent donc contribuer activement à la dynamique des genres au sein de l'association Barreto.

Je vais maintenant répondre aux questions de recherche qui ont guidé ce travail. Pour rappel, la première est : *Comment la familiarité d'un psychologue avec la prise en charge d'un migrant influence-t-elle sa prise en charge de ce type d'usagers ?* Comme indiqué dans l'introduction, cette question se divise en quatre sous-questions portant chacune sur un élément de la prise en charge sur lequel il n'existe pas de consensus clair dans la littérature et

que j'ai donc décidé d'utiliser dans la deuxième partie de mes entretiens pour l'autoconfrontation croisée. Le premier aspect est : *Quelles sont les ressources auxquelles font appel les psychologues ?* Les ressources sont principalement abordées lors de la question à ce sujet dans la deuxième partie. Comme suggéré dans l'introduction, les « spécialistes » s'appuient sur des connaissances dans d'autres domaines tels que par exemple l'anthropologie et une bonne connaissance du fonctionnement des procédures de demande d'asile et des conditions de vie des requérants d'asile. Ces connaissances sont généralement en lien avec des expériences professionnelles passées. Ceci vient confirmer une partie de mon hypothèse et s'accorde avec les recommandations trouvées dans la littérature (Blackwell, 2005; Leanza & Klein, 2002). Par contre ma prédiction que les « généralistes » s'appuieraient de manière très marquée sur des apports théoriques, tels que des cours suivis, ne s'est pas réellement avérée. Effectivement, ils ne font pas plus référence à leurs cours que les autres participants et semblent plutôt faire appel à des collègues ou autres professionnels pour les aider dans la compréhension de la situation de l'utilisateur migrant notamment à propos des aspects sociaux et légaux. Cette dimension, qui n'est pas apparue dans ma bibliographie, joue un rôle important car aussi bien Sophie que Stéphane mettent en avant cette aide comme nécessaire pour qu'ils puissent bien faire leur travail. Ceci souligne l'importance de travailler en réseau afin de faire circuler les ressources et compétences. Comme mentionné précédemment, chaque psychologue possède un style qui lui est propre et les échanges entre pairs contribuent à une réflexion sur son style mais aussi au dynamisme des genres de l'activité. Or comme on a pu le constater, la littérature ne semble pas mettre en avant ce type de démarche, si ce n'est dans la description du setting de l'ethnopsychiatrie. Celui-ci repose sur la présence de plusieurs psychologues et autres professionnels dans la rencontre avec les usagers permettant ainsi de faire appel aux forces et faiblesses de chacun (Nathan, 1997).

En ethnopsychiatrie, les différences culturelles entre intervenants et usagers sont utilisées comme une ressource, un levier permettant de faire avancer la prise en charge. Cette idée d'utiliser la culture de l'utilisateur et la différence culturelle qu'il existe entre soi et son usager apparaît dans le discours de Marine et Marc. Ceci me permet de faire le lien avec ma deuxième question : *Quelle est la place donnée à la culture ?* Les entretiens montrent que tous mes participants sont conscients que la culture joue un rôle dans le déroulement de la prise en charge. En effet, ils mentionnent tous la culture de l'utilisateur dès la première partie de l'entretien et en prennent compte dans leurs pratiques. Ma supposition selon laquelle les « généralistes » ne mentionneraient la culture de l'utilisateur que dans la deuxième partie de

l'entretien, quand ils y seraient invités, se trouve donc infirmée. Cependant, comme mentionné précédemment, seuls deux de mes participants perçoivent la culture de l'utilisateur comme une ressource sur laquelle s'appuyer lors de la prise en charge, indiquant qu'ils ne portent pas tous le même regard sur le rôle que la culture peut tenir dans la prise en charge. Par ailleurs, cette différence s'observe également dans la prise en compte ou non de la culture du psychologue. Ainsi, si les « généralistes » mentionnent l'influence des représentations de leurs usagers, ils ne parlent pas de leurs propres appartenances et du rôle qu'elles peuvent elles aussi jouer dans la rencontre avec l'utilisateur. Ceci s'accordant, partiellement avec la deuxième partie de mon hypothèse affirmant que les usagers ne mentionneraient pas spontanément la culture des psychologues. Les « spécialistes », eux expriment clairement avoir conscience de ne pas être culturellement neutres. Par conséquent, l'on peut dire que tous les participants mettent en avant l'influence de la culture de l'utilisateur sur ses attentes par rapport au déroulement de la prise en charge, comme le font Baubet et Moro (2000). Par contre, la conscience au sujet de ses propres représentations est plus marquée chez les « spécialistes ». Cette plus grande capacité de décentrement par rapport à leurs normes culturelles est probablement attribuée à un travail sur soi orienté spécifiquement sur une réflexion au tour de leurs représentations et appartenances tout comme le recommandent Leanza et Klein (2002). Enfin, il existe une dernière nuance entre les discours, les « spécialistes » décrivent leur usager non seulement comme un individu avec des ressources et faiblesses mais aussi comme une personne inscrite dans une communauté. Les « généralistes » quant à eux font référence à son appartenance à une unité familiale mais ne parlent pas de son appartenance à un cercle plus large, une communauté. Or, cette tendance à percevoir l'individu comme une entité coupée du contexte dans lequel il se trouve constitue l'une des critiques faites à la thérapie occidentale (Baubet & Moro, 2000 ; Goguikian, Ratcliff & Strasser, 2009).

Une autre critique récurrente porte sur la posture de bienveillante neutralité et me permet d'introduire ma troisième question : *La posture de neutralité est-elle maintenue ?* Quatre de mes participants sont très nettement en accord avec les arguments relevés dans la littérature contre le maintien de cette posture avec des usagers migrants. Leurs propos sont d'ailleurs très similaires à ceux de certains des auteurs cités à ce sujet dans le troisième chapitre. Sophie, par exemple mentionne ses cours avec le professeur Métraux. Mathilde, quant à elle, semble citer le livre 'clinique de l'exil' de Goguikian Ratcliff et Strasser (2009). En contraste, Stéphane s'oppose de manière marquée à ces avis et soutient que bien qu'il

prend la défense de ses usagers comme le préconisent ces auteurs, il le fait tout en maintenant sa neutralité et distance thérapeutique. Ce qui est tout à fait intéressant dans son discours est que bien qu'il défende fermement le maintien d'une posture de neutralité, cela ne semble pas pour autant se traduire par des pratiques en contraste avec celles des autres participants. La principale différence dans ses interventions semble se situer dans la manière dont il les justifie et perçoit plutôt que dans sa manière de faire. Ainsi, il explique que les appels et lettres qu'il écrit sont des actions qu'il entreprend parce qu'il est psychologue et que cela dessert l'avancée de la prise en charge. En opposition, les autres participants font écho aux théories de Métraux (2008) et disent réagir également en tant qu'être humain touché par le récit de leur usager. Mon hypothèse est donc infirmée puisque j'avais supposé que seuls les « spécialistes » seraient en accord avec le fait que la posture de neutralité peut être délétère dans le cadre d'une prise en charge avec un usager migrant.

En ce qui concerne ma quatrième question : *Comment sont perçues les catégories diagnostiques ?* Je m'attendais à ce que les « spécialistes » se montrent critiques au sujet de leur validité transculturelle et que ceci se traduise par une réticence à oser les utiliser. Cependant, ce lien entre discours critique et réticence à en faire usage n'a pas été observé. En effet, si Marine et Sophie admettent que l'utilisation des catégories diagnostiques du DSM-IV peut ne pas toujours être adéquate avec un usager migrant du fait des différences culturelles, comme l'affirment Thakker et Ward (1998), elles considèrent que leur utilité en tant qu'outil de communication justifie tout à fait leur usage. Leurs propos soulignent que bien qu'elles ont conscience que le DSM doit être utilisé avec précaution, notamment avec des usagers migrants, il n'en constitue pas moins un outil fondamental pour leur travail. Cette position est probablement influencée par le cadre dans lequel s'inscrivent leurs prises en charge dans leur institution. En effet, toutes deux travaillent dans des équipes ayant pour objectif principal d'évaluer la santé mentale de l'usager afin de pouvoir déterminer s'il nécessite ou non d'être pris en charge sur le long terme. Ce cadre leur impose donc de poser un diagnostic. Marc et Marine n'ont pas cette nécessité de poser un diagnostic comme objectif de travail et reconnaissent n'utiliser les catégories diagnostiques que lorsque cela s'avère nécessaire pour échanger avec des confrères ou que le diagnostic est perçu par l'usager comme quelque chose l'aidant à donner du sens à sa souffrance. En conclusion, l'entièreté de mon hypothèse est infirmée puisque tous les participants ayant abordé la thématique des catégories diagnostiques ont exprimé des critiques à leur sujet. Cependant, les critiques ont porté sur des aspects variés. Un élément qui me semble important à soulever est le fait que Mathilde se soit montrée

critique au sujet de l'utilisation du diagnostic de psychose chez les migrants mais ait soutenu qu'en revanche, celui du syndrome de stress post-traumatique lui semblait être parfaitement adéquat et qu'elle n'avait jamais rencontré de difficulté à poser ce diagnostic. Ces propos sont en opposition avec ceux trouvés dans les articles de psychologie transculturelle (Baubet & Moro, 2000; Drozdek, 2014) et ceux d'autres participants, notamment Marc qui affirme que les critères diagnostiques du DSM-IV pour le syndrome de stress post-traumatique ne sont pas du tout en adéquation avec ce qu'il observe chez ses usagers. Cette différence marquée entre les opinions de Marine et Marc à ce sujet est assez surprenante puisque étant tous deux systémiciens on aurait pu s'attendre à un avis similaire sur cette question. Par ailleurs, il convient de préciser que la réticence de Marc et Marine à utiliser le DSM ne se limite pas à son usage avec des migrants mais s'étend à tout type d'utilisateur.

Enfin, la dernière question : *En quoi le type d'institution dans laquelle travaille le psychologue joue-t-elle un rôle dans l'élaboration de cette prise en charge ?* Certains éléments de réponse à cette question ont déjà été abordés dans le paragraphe précédent. Ainsi, l'institution peut avoir un impact sur l'utilisation des catégories diagnostiques, à travers une demande directe aux psychologues de poser des diagnostics dans le cadre des prises en charge qu'ils effectuent. Les participants rapportent que travailler dans un milieu associatif offre de plus grandes libertés quand à ce que le psychologue peut entreprendre avec son usager. Par exemple, Marc raconte qu'au début de sa carrière il pouvait aller se promener avec ses usagers mais que maintenant que l'association Devereux ressemble de plus en plus à un établissement de santé publique, il a perdu cette liberté. Ces contrastes entre les structures au niveau de la flexibilité du dispositif viennent faire écho à l'article de Miller (1999) parlant des différents apports de chaque type de structure et la nécessité de maintenir cette variété. Par ailleurs, tout comme il le préconise, Marine et ses collègues se sont investis dans la mise en place d'une association adoptant une approche communautaire. Enfin, à travers les descriptions de Marine au sujet du fonctionnement et du paradigme de son association, on s'aperçoit qu'il existe un souci réel d'élaborer des outils en accord avec les problématiques rencontrées. De ce fait, mon hypothèse que les associations seraient plus sensibles et réactives à la maltraitance théorique se trouve étayée (Sironi, 2003).

## **7.2 Les limites de cette recherche**

Ce travail, présente certaines limites dont il faut tenir compte. La première concerne la mise en application des méthodes de la clinique de l'activité. Tout d'abord, les méthodes de l'instruction au sosie et de l'autoconfrontation croisée ont été modifiées afin de répondre aux

besoins de cette recherche. De plus, comme il a été mentionné dans le chapitre sur la méthode et dans la discussion, la méthode de l'instruction au sosie n'a pu être réalisée que de manière partielle. Ceci est dû, d'une part au fait de mon inexpérience avec cette méthode qui a résulté en des relances ne suivant pas réellement le type de formulation souhaité. D'autre part, les participants ont eu des réticences à appliquer la consigne car ils affirment que chaque psychologue a sa propre façon de faire. Ceci a eu une influence sur le discours produit, notamment dans la première partie. Une meilleure application de la méthode de l'instruction au sosie devrait permettre d'obtenir des descriptions plus détaillées des pratiques et des raisons qui les sous-tendent. Par ailleurs, un autre facteur a également eu une influence sur les entretiens, mon statut en tant qu'étudiante en psychologie et donc future pair des psychologues interviewés. Ceci a empêché que je sois perçue comme une chercheuse « naïve ». Or, cette posture de chercheuse « naïve » a pour but d'inciter les participants à expliciter leurs propos au lieu de s'appuyer sur des connaissances perçues comme partagées avec les confrères (Bosson, 2006). Il serait donc intéressant de reproduire cette recherche avec un enquêteur n'ayant pas de lien avec la psychologie clinique.

La deuxième limite de mon travail se situe dans l'analyse et l'interprétation des résultats. Effectivement, l'analyse et plus particulièrement le codage du corpus a été effectué par moi-même. Il n'y a donc pas eu d'accord inter-juge si ce n'est à travers les discussions que j'ai eues au sujet des thèmes avec ma directrice de mémoire, Madame Muller Mirza. Il en est de même pour l'interprétation des résultats. Cette partie du travail ayant été effectuée principalement seule, les chances qu'un autre chercheur trouve des résultats différents sont plus élevées que pour une recherche ayant été analysée par plusieurs personnes s'étant mises d'accord sur les thèmes et catégories relevés. Bien que l'accord inter-juge soit recommandable, l'analyse n'en demeure pas moins subjective. En effet, cette subjectivité fait partie inhérente des méthodes qualitatives. Comme le disent Miller et Huberman (2005) : « ce que vous « voyez » dans une transcription est inévitablement sélectif » (p. 110). Ainsi, les présupposés et attentes du chercheur viennent inévitablement influencer sa lecture du corpus. L'analyse et l'interprétation ne sont donc jamais neutres puisqu'elles dépendent des caractéristiques de l'analyste. Ceci constitue à la fois la faiblesse mais aussi la force des méthodes qualitatives et doit être prise en compte lors de la lecture des résultats de ces recherches (Blanchet & Gotman, 2010).

La troisième limite se trouve au niveau du choix des participants. Parmi les participants qui sont psychothérapeutes, ou en cours de formation pour ce titre, les

« généralistes », Stéphane et Sophie, sont tous deux de l'approche psychodynamique. Alors que Mathilde et Marc, des « spécialistes », sont systémiciens. Or, l'approche psychothérapeutique ayant une influence marquée sur les pratiques du psychothérapeute, il est possible que les similitudes observées au sein des groupes « spécialistes » et « généralistes » soient en partie dues au fait qu'ils sont de la même orientation. Elles ne seraient donc pas seulement dues à leur degré de familiarité avec la prise en charge de migrants. De plus, il aurait été intéressant d'interviewer également des psychologues d'autres approches, comme par exemple la TCC et l'ethnopsychiatrie.

## **Conclusion**

Dans le cadre de ce travail je me suis demandé si la présence d'usagers migrants remet en question les pratiques des psychologues d'une manière particulière. Ceci soulève également la question s'il en résulte une distinction de l'activité des psychologues travaillant avec des migrants par rapport à celles de leurs pairs, qui exercent au contact d'autres types d'usagers. Cette interrogation a interpellé un grand nombre de chercheurs, et transparait dans les publications de psychologie transculturelle et d'ethnopsychiatrie. L'existence même de ces deux courants suggère l'importance qu'a pris ce questionnement. J'ai donc mis en évidence que les représentations que les psychologues ont de leurs pratiques sont influencées par de nombreux facteurs interagissant entre eux : les valeurs du psychologue et sa conception de son travail, les besoins des usagers, et ce qu'une institution ou association peut attendre du psychologue.

Les interrogations de la littérature se retrouvent dans la pratique des psychologues. En analysant les données récoltées à travers cinq entretiens semi-structurés, réalisés avec des psychologues, j'ai pu démontrer que les questionnements présents dans la littérature se reflètent dans le discours des praticiens. Le premier aspect que j'ai investigué porte sur l'impact de la familiarité du psychologue avec la prise en charge d'usagers migrants, et a attiré l'attention sur différents éléments de la prise en charge. Ceux-ci se dénombrent comme suit : les ressources déployées, la place de la culture, la position de bienveillante neutralité, et les catégories diagnostiques. Globalement, d'un point de vue des ressources, les psychologues utilisent les mêmes indépendamment de leur familiarité avec les usagers migrants, si ce n'est que les « spécialistes » utilisent également leurs expériences personnelles dans ce cadre. En ce qui concerne la culture, les participants ont tous montré qu'ils sont conscients de son importance et de l'influence qu'elle peut avoir sur le déroulement d'une prise en charge. En

effet, la culture a été mentionnée dès la première partie de l'entretien, lors de l'application de la méthode de l'instruction au sosie (Kloetzer et al., 2010). Pour ce qui est du maintien de la posture de neutralité, tous les psychologues que j'ai interrogés s'accordent sur la nécessité de prendre parti pour leurs usagers. Ils présentent cependant une définition différente de ce en quoi consiste la neutralité. Enfin, tous les participants qui ont mentionné les catégories diagnostiques se sont montrés critiques à leur sujet. Cependant, deux d'entre eux ne considéraient pas pour autant qu'il ne faille pas les utiliser. Le deuxième aspect principal, par ailleurs peu abordé dans la littérature, a montré que les psychologues sont influencés par le cadre imposé par l'association ou institution dans laquelle ils travaillent. Ils rapportent d'ailleurs cette influence dans leur description de leurs pratiques.

La présente recherche met en avant des informations précieuses sur l'état actuel de l'engagement des psychologues dans le canton de Vaud envers les populations migrantes, ainsi que sur la variété d'options de prise en charge présentes. D'une part, on voit émerger une réelle volonté de la part des participants de venir en aide à cette population, et de remettre en question les pratiques des psychologues si nécessaire. D'autre part, il existe de nombreux lieux avec différentes approches, offrant une large variété d'options pour les migrants venant dans le canton de Vaud. Cette richesse d'offre bénéficie non seulement aux usagers, mais aussi aux psychologues, et dynamise les « genres de leur activité ». Cette dynamisation passe par l'interaction entre ces différentes approches qui nourrit les questionnements au sujet des pratiques, ce à travers des collaborations inter-structurelles. Cette variété est donc importante car elle permet également l'émergence de lieux-ressources non-psychiatriques. Ceux-ci permettent d'éviter une sur-pathologisation des difficultés rencontrées par les populations migrantes. Un fait qui renvoie à l'injonction de Miller (1999). Celui-ci incite au développement de structures communautaires, qui s'appuient sur les ressources déjà présentes au sein des communautés migrantes. Ces structures ont également l'avantage de répondre au besoin de liens sociaux si importants chez les migrants du fait de leurs pertes liées à la migration.

Ce travail met en avant la nécessité d'avoir des psychologues qui se penchent de manière approfondie sur les questions de la migration et de la prise en charge de personnes migrantes. Dans ces cas, il apparaît primordial de développer des compétences spécifiques aux problématiques qui y sont liées, ainsi qu'une aptitude à remettre en question les aspects culturellement normés sur lesquels reposent les pratiques actuelles des psychologues. En effet, le discours de mes participants souligne bien le fait que certaines pratiques, efficaces avec des

usagers d'origine suisse, peuvent s'avérer inadéquates avec des usagers migrants. De plus, les « généralistes » insistent sur l'importance pour eux de pouvoir faire appel à des psychologues plus compétents (« spécialistes ») sur les enjeux psychologiques de la migration, afin de les guider dans la prise en charge d'usagers migrants. Tous, par ailleurs, expriment la nécessité d'avoir des espaces de réflexions permettant d'explorer de nouvelles pratiques plus en adéquation avec les problématiques de ce type d'usagers. Ainsi, l'institution Flemming a créée en son sein une équipe spécialisée dans les problématiques de la migration afin de pouvoir venir en aide aux employés en les conseillant et sensibilisant à ce sujet. Les associations Devereux et Barreto, quant à elles, ont pour objectif d'être des structures spécifiquement adaptées aux besoins des usagers migrants, et ceci se traduit par des aménagements au niveau des dispositifs de prise en charge.

Pour conclure, il ressort de cette recherche que la prise en charge d'usagers migrants soulève de nombreuses questions relatives aux pratiques des psychologues et au cadre d'action proposé par les institutions et associations. Un fait signalant qu'il serait nécessaire pour les psychologues de constamment réfléchir à l'adéquation de leurs pratiques, et de se montrer particulièrement à l'écoute des critiques que leurs usagers pourraient avoir à ce sujet. Ce travail pose également la question du plaidoyer du psychologue pour ces usagers, ainsi que de la portée politique des prises en charges.

## Bibliographie

Adams, P. (2006). Exploring social constructivism: Theories and practicalities. *Education*, 34(3), 243-257. doi :10.1080/03004270600898893

Ahovi, J. (2006). Place du transculturel dans la consultation psy. *Enfances & Psy*, 30(1), 110-120. doi :10.3917/ep.030.0110

American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58(5), 377-402. Récupéré à <http://psycnet.apa.org/buy/2003-06802-006>

Baubet, T., & Moro, M.-R. (2000). L'approche ethnopsychiatrique. *Enfances & Psy*, 12(4), 111-117. doi :10.3917/ep.012.0111

- Baubet, T., & Moro, M.-R. (2000). Trauma et cultures. *L'Autre*, 1(3), 405-408.  
doi :10.3917/lautr.003.0405
- Baubet, T., Taïeb, O., Heidenreich, F., & Moro, M.-R. (2005). Culture et diagnostic psychique: l'utilisation du guide de formulation culturelle du DSM-IV en clinique. *Annales Médico-psychologiques*, 163(1), 38-44. doi :10.1016/j.amp.2004.11.008
- Bemak, F., Chung, R. C.-Y., & Pedersen, P. (2003). *Counseling refugees: A psychosocial approach to innovative multicultural interventions*. London, UK : Greenwood Publishing Group.
- Beneduce, R. (2006). L'apport de Frantz Fanon à l'ethnopsychiatrie critique. *VST-Vie sociale et traitements*, 89(1), 85-100. doi :10.3917/vst.089.100
- Bhugra, D., Gupta, S., Schouler-Ocak, M., Graeff-Calliess, I., Deakin, N., Qureshi, A., . . . Carta, M. (2014). EPA guidance mental health care of migrants. *European Psychiatry*, 29(2), 107-115. doi :107-115. 10.1016/j.eurpsy.2014.01.003
- Blackwell, D. (2005). *Counselling and psychotherapy with refugees*. London, England : Jessica Kingsley Publishers.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *L'entretien: L'enquête et ses méthodes*. Paris, France : Armand Colin.
- Bosson, M. B. (2006). Analyse de l'activité et mouvements dialogiques dans le cadre de l'instruction au sosie. *Pratiques psychologiques*, 12(1), 31-43.  
doi :10.1016/j.prps.2006.01.003
- Clot, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. *Éducation et didactique*, 1(1), 83-93. doi :10.4000/educationdidactique.106
- Clot, Y., & Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail : concepts et méthodes. *Travailler*, 4, 7-42. Repéré à <http://masterprotc4.free.fr/IMG/pdf/texteclot4.pdf>
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2(1). doi :10.4000/pistes.3833

- Clot, Y., & Kostulski, K. (2011). Intervening for transforming : The horizon of action in the Clinic of Activity. *Theory & Psychology, 21*(5), 681-696.  
doi :10.1177/0959354311419253
- Clot, Y., & Leplat, J. (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. *Le travail humain, 68*(4), 289-316. doi :10.3917/th.684.0289
- Dispaux, M.-F. (2007). La neutralité à l'épreuve de la clinique au quotidien. *Revue française de psychanalyse, 71*(3), 669-685. doi :10.3917/rfp.713.0669
- Drozdek, B. (2014). *If you want to go fast go alone, if you want to go far go together : On context-sensitive group treatment of asylum seekers and refugees traumatized by war and terror*. Enschede, The Netherlands : Utrecht University.
- Elghezouani, A. (2010). Modélisation des pratiques psychothérapeutiques avec des migrants allophones. *Psychothérapies, 30*(1), 15-24. doi :10.3917/psys.101.0015
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet, 365*(9467), 1309-1314. doi :10.1016/S0140-6736(05)61027-6
- Feldman, N. (2012) L'accueil de patients migrants au cabinet du psychiatre-psychothérapeute. *Dépendances, 46*, 29-31. Récupéré à [http://www.grea.ch/sites/default/files/dep\\_46\\_art\\_9.pdf](http://www.grea.ch/sites/default/files/dep_46_art_9.pdf)
- Fleury, F. (2006). Santé mentale et requérants d'asile: quelle remise en question ? Histoire et évolution d'un travail de terrain à Appartenances, Lausanne (Suisse). In M. Sassolas (Ed.), *L'éloge du risque dans le soin psychiatrique* (pp. 135-147). Toulouse, France : ERES.
- Fumeaux, P., Revol, O., & Hunziker, B. (2013). Candidat à l'échec scolaire incompris et ignoré: l'enfant de migrants. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 61*(4), 243-249. doi :10.1016/j.neurenf.2013.03.006
- Goguikian Ratcliff, B., & Strasser, O. (Ed.). (2009). *Clinique de l'Exil. Chroniques d'une pratique engagée*. Genève, Suisse : Georg.
- Jones, D. (2010). A weird view of human nature skews psychologists' studies. *Science, 328*(5986), 1627-1627. doi :10.1126/science.328.5986.1627

- Katz, J. S. (2010). Reconsidering therapeutic neutrality. *Clinical Social Work Journal*, 38(3), 306-315. doi :10.1007/s10615-010-0272-7
- Kirmayer, L. J., & Benneqadi, R. (2011). Les politiques de l'altérité dans la rencontre clinique. *L'Autre*, 12(1), 16-29. doi :10.3917/lautr.034.0016
- Kloetzer, L., & Henry, M. (2010). Quand les instruments de métier deviennent objets de discours. Une condition de l'analyse du travail en autoconfrontation croisée ? *Activités*, 7(2), 44-62. doi :10.4000/activites.2406
- Lago, C. (2005). *Race, culture and counselling*. Maidenhead,UK : McGraw-Hill Education.
- Leanza, Y., & Klein, P. (2002). Professionnels de la santé et de la relation d'aide en situation interculturelle: quelle formation ?. In P. R Dasen, & C. Perregaux (Eds), Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation (pp. 281-298). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Métraux, J.-C. (2008). Du mépris à la reconnaissance. Réflexions sur la psychothérapie des familles migrantes. *Le divan familial* 21(2), 135-154. doi :10.3917/difa.021.0135
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Miller, K. E. (1999). Rethinking a familiar model: Psychotherapy and the mental health of refugees. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 29(4), 283-306. Récupéré à <https://link.springer.com/content/pdf/10.1023%2FA%3A1022926721458.pdf>
- Nathan, T. (1997). Spécificité de l'ethnopsychiatrie. *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 34, 7-24. Récupéré à [http://www.ethnopsychiatrie.net/general/speci\\_ethno.htm](http://www.ethnopsychiatrie.net/general/speci_ethno.htm)
- Nathan, T. (2000). Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie. *Genèses*, 38(1), 136-159. doi :10.3917/gen.038.0136
- Pepitone, A., & Triandis, H. C. (1987). On the universality of social psychological theories. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 18(4), 471-498. Récupéré à <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0022002187018004003>
- Pinker, S. (2002). *The blank slate : The modern denial of human nature*. New York, NY : Viking.

- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons : a meta-analysis. *Jama*, 294(5), 602-612. doi :10.1001/jama.294.5.602
- Qureshi, A., & Collazos, F. (2011). The intercultural and interracial therapeutic relationship : Challenges and recommendations. *International Review of Psychiatry*, 23(1), 10-19. doi :10.3109/09540261.2010.544643
- Rouchy, J.-C. (2006). La conception du dispositif de groupe dans différents cadres institutionnels. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 47(2), 9-23. doi :10.3917/rppg.047.0009
- Antoine, P. (2017). L'analyse interprétative phénoménologique (IPA). In M. Santiago-Delefosse, & M. del Rio Carral, (Eds.), *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé* (pp35-58) Paris, France : Dunod.
- Sironi, F. (2003). Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique. *Pratiques psychologiques*, 4, 3-13. Récupéré à [http://syndromedebenjamin.free.fr/oms/sironi-maltraitance\\_theorique.pdf](http://syndromedebenjamin.free.fr/oms/sironi-maltraitance_theorique.pdf)
- Skinner, B. F. (2011). *About behaviorism*. New York, NY : Knopf Doubleday.
- Thakker, J., & Ward, T. (1998). Culture and classification: The cross-cultural application of the DSM-IV. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 501-529. doi :10.1016/S0272-7358(97)00107-4
- Vygotski, L. S. (2005). *Pensée et langage*, (F. Sève, Trad.). Paris, France : La Dispute. (Edition originale, 1985).
- Wachtel, P. L. (1986). From Neutrality to Personal Revelation : Patterns of Influence in the Analytic Relationship (A Symposium) \_ On the limits on therapeutic neutrality. *Contemporary Psychoanalysis*, 22(1), 60-70. doi :10.1080/00107530.1986.10746114

## Webographie

EVAM (n.d). Récupéré sur [www.evam.ch/faq/](http://www.evam.ch/faq/)

Office fédéral des statistiques (n.d). Récupéré sur  
[www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/migrants.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/migrants.html)

Secrétariat d'Etat aux migrations (2017). Récupéré sur  
[www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/auslaenderstatistik/monitor.htm](http://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/auslaenderstatistik/monitor.html)  
1

Swissinfo (n.d). Récupéré sur  
[https://www.swissinfo.ch/fre/economie/d%C3%A9mographie\\_la-suisse-terre-d-immigration-europ%C3%A9enne/42931478](https://www.swissinfo.ch/fre/economie/d%C3%A9mographie_la-suisse-terre-d-immigration-europ%C3%A9enne/42931478)

## Annexes



### Master en psychologie

### Mémoire de Master

Formulaire d'information pour le/la participant(e)

**Responsable de Mémoire : Nathalie Muller-Mirza**

**Etudiante responsable de projet : Virginie Detry**

But de l'étude : Cette recherche se fait dans le cadre d'un mémoire de Master.

L'objet de ce travail est d'explorer la façon dont l'institution et le type de patientèle façonnent la pratique des psychologues.

Nature de la participation : Nous vous proposons de participer à un entretien individuel d'une durée de 45 minutes environ. La participation est libre et volontaire.

Confidentialité et utilisation des résultats : Les renseignements donnés seront traités de manière strictement confidentielle. Après transcription, l'enregistrement sera détruit et les données concernant votre identité seront codées et rendues méconnaissables.

Droit du participant : Vous pouvez à tout moment suspendre votre participation, sans fournir de justification.

Suivi de l'entretien : Si vous vous sentez inconfortable après cet entretien ou souhaitez en parler, n'hésitez pas à en informer l'étudiante chargée du projet. De plus, si vous souhaitez un rendu à la fin du projet, faites en la demande auprès de l'étudiante responsable.

## Informations sur le parcours professionnel

Avant l'entretien qui se déroule dans le cadre de mon mémoire de Master à l'Université de Lausanne, j'aurais besoin de quelques informations sur votre parcours professionnel. Je vous remercie d'y répondre. Ces informations resteront confidentielles et ne seront pas divulguées.

1. Est-ce que vous pourriez me décrire votre parcours professionnel en quelques mots et comment vous êtes arrivé(é) à travailler à X en tant que psychologue ?

---

---

---

2. Depuis quand travaillez-vous à X ?

---

3. Avez-vous ou êtes-vous en cours de formation pour le titre de psychothérapeute et si oui dans quelle approche ?

---

J'aimerais également savoir quel type de clientèle vous avez rencontré au cours de votre carrière. Si vous voulez bien écrire oui ou non à côté de chaque permis de séjour.

### Type de permis de séjour

Permis L :

Permis B :

Permis C :

Permis F :

Livret N :

Je vous remercie chaleureusement pour vos réponses.

Avec mes meilleures salutations,

Virginie Detry

## Mémoire de Master

### Formulaire de consentement pour les participant(e)s

1. On m'a informé(e) de la nature et des buts de ce projet de recherche, ainsi que de son déroulement.
2. Ma participation à cette étude est volontaire et je peux me retirer en tout temps.
3. Les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.
4. J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce projet et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.
5. J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom, prénom de l'étudiante

Date

Signature

---

Nom, prénom du/de la participant(e)

Date

Signature

---

### Enseignante responsable du Mémoire

Nathalie Muller Mirza, MER  
Institut de Psychologie,  
Faculté des sciences sociales et politiques  
Géopolis (bureau 4240) Université de Lausanne  
1015 Lausanne  
Tél: +41 21 692 32 54

## **Canevas de l'entretien :**

Introduction : *Bonjour, merci d'avoir accepté de faire cet entretien. Avant de commencer voici le formulaire d'information et le formulaire de consentement je vous laisse en prendre connaissance.*

Vignette : *Si tout est bon pour vous on va maintenant commencer. Voici la vignette au tour de laquelle va se construire l'entretien. Je vous laisse prendre le temps de la lire.*

Nuptia est une jeune femme congolaise de 22 ans qui est arrivée en Suisse il y a 8 mois. Elle vient d'une famille fermière aisée et a fui son pays après que son père et elle-même aient été capturés par un groupe armé en allant vendre leur production. Après plusieurs jours d'emprisonnement elle a réussi à échapper à ses bourreaux et à retourner chez elle, auprès de sa mère et de ses sœurs. Sans nouvelles du père et dans la crainte d'une nouvelle arrestation sa mère décida de l'envoyer en Suisse avec une amie de la famille.

A son arrivée en Suisse, Nuptia a fait une demande d'asile en tant que réfugié politique. La situation en République démocratique du Congo est considérée comme relativement stable et sa demande d'asile est donc rejetée mais elle est admise de façon provisoire avec un permis F en raison de sa santé psychique fragile. En effet, elle présente des symptômes de stress post traumatique résultant des agressions sexuelles et physiques subies lors de sa séquestration.

Elle est pour l'instant logée dans une structure d'accueil pour migrants et sa connaissance du français a facilité son intégration. Elle voit régulièrement une assistante sociale avec qui elle a établi une relation de confiance. Son assistante sociale, inquiète de voir son état de santé psychique s'aggraver lui a conseillé de venir vous voir.

### **1ere partie : instruction au sosie**

L'énoncé de départ : *Pour cette 1<sup>ère</sup> partie de l'entretien on va imaginer que vous devez vous absentez et que je vais vous remplacer pour rencontrer cette patiente, que devrais-je faire pour faire les choses comme vous l'auriez fait ? Je vais vous poser des questions pour savoir comment vous auriez fait avec cette patiente.*

→ Le but de cette question étant de voir quels sont les éléments de la vignette qui vont être relevés par la psychologue.

*Comment est-ce que vous débiteriez votre entretien avec cette jeune femme ? Quels seraient les éléments que vous aborderiez en premier avec cette patiente ? Sur quels aspects aimeriez-vous travailler ?*

*Que faites-vous habituellement face à ce type de patient ? Votre démarche face à cette patiente se différencie-t-elle à vos yeux de la façon dont vous accueillez d'autres patients ?*  
→ Pour voir s'il y a une sorte de procédure au sein de l'institution pour ce type de patient ou si la psychologue a développé une démarche spécifique.

Si la psychologue répond positivement au fait que ce type de suivi est particulier à ses yeux :  
*En quoi cette patiente constitue un suivi particulier à vos yeux ?*

*Quelles sont selon vous les difficultés qui pourraient survenir dans le suivi de cette patiente ?*

→ Cette question a pour objectif de voir si les aspects tels que le permis de séjour, la différence de culture et autres sont perçus comme de potentiels obstacles au bon déroulement de la prise en charge.

## **2<sup>ème</sup> partie : autoconfrontation croisée**

Le but de cette partie est de pousser la psychologue à argumenter ses choix ce qui devrait mettre en avant des aspects plus inconscients de son travail et faire ressurgir son identité professionnelle. Il sera intéressant de voir si la/le psychologue va faire référence à une identité collective, partagée avec ses collègues ou si elle/il se centrera plus sur ses convictions personnelles.

- 1. Mention du besoin d'une formation spécifique ou d'un travail personnel sur ses propres appartenances**
  - *Si la/le psychologue a fait mention de ceci : Nombre de vos confrères pensent qu'une formation de base en psychothérapie fournit toutes les compétences nécessaires pour des suivis thérapeutiques avec des réfugiés, qu'en pensez-vous ?*
  - *Si la psychologue n'a pas mentionné la question de formation : Bon nombre de vos confrères affirment que la prise en charge psychothérapeutique de réfugiés nécessite une formation spécifique (comme par exemple une formation en ethnopsychiatrie, des séminaires pour apprendre à travailler en collaboration avec des interprètes, etc.), qu'en pensez-vous ?*

## 2. Prise en compte de la culture d'origine

- La psychologue a abordé le thème de la culture : *Sur base de la littérature et de mes cours à l'université il me semble que peu d'approches et de psychologues donnent de l'importance au rôle de la culture dans un entretien psychothérapeutique, qu'en pensez-vous ?*
- La psychologue n'a pas abordé le thème de la culture : *De plus en plus de vos confrères estiment que la culture peut jouer un rôle important dans un entretien psychothérapeutique, qu'en pensez-vous ?*

## 3. Reconsidération de la posture de bienveillante neutralité

- La posture de bienveillant neutralité est mentionnée et remise en question : *La bienveillante neutralité est généralement présentée comme une qualité clé du suivi psychologique, qu'en pensez-vous ?*
- La bienveillante neutralité n'est pas mentionnée : *Certains de vos confrères qui suivent des réfugiés considèrent qu'il n'est pas possible de maintenir une position de bienveillante neutralité avec cette patientèle (nécessite une prise de position vis à vis des horreurs subies), qu'en pensez-vous ?*

## 4. Psychopathologie spécifique et/ou remise en question des critères diagnostiques

- Cette thématique est abordée : *Un grand nombre de vos confrères utilisent les critères de diagnostic usuels tels qu'on peut les trouver dans le DSM V ou la CIM 10 et procèdent de la même manière qu'avec tout autre patient (comme par exemple un patient d'origine suisse), qu'en pensez-vous ?*
- Cette thématique n'est pas abordée : *Nombre de vos confrères affirment que les violences subies ainsi que le parcours migratoire font que les réfugiés nécessitent une prise en charge spécifique et adaptée (ex : adapter la fréquence des rdv, collaboration avec des personnes de leur communauté, etc.), et certains remettent aussi en question les critères diagnostiques du DSM qu'en pensez-vous ?*

### **3<sup>ème</sup> partie : questions factuelles et clôture de l'entretien**

1. ***Dans ce type de situation est-ce que vous avez pour habitude de travailler en réseau avec d'autres professionnels ?***

→ Le but est de voir si les psychologues font appel à l'aide d'autres collègues psychologues, collaborent avec assistantes sociales, interprètes etc...

2. ***Qu'est-ce qu'évoque pour vous le fait qu'elle ait un permis F ?***

→ Pour voir quels enjeux ils associent à ce permis

3. ***Est-ce que vous pensez que vos collègues auraient répondu d'une façon similaire à mes questions ?***

→ Le but de cette question est de voir si la psychologue estime que sa façon de faire est partagée par les collègues de son service (ou institution) ou non. Ceci permet de voir dans quelle mesure l'institution peut avoir un impact sur la façon dont les psychologues élaborent leur prise en charge d'une patientèle spécifique, les réfugiés.

4. ***Est-ce que vous pensez que la façon dont vous avez répondu se différencie par rapport aux réponses que je pourrai obtenir dans d'autres institutions comme par exemple Appartenances ?***

→ Le but de cette question est similaire à la précédente mais ici je mets l'accent sur d'éventuelles différences entre les manières de faire au sein des institutions.

5. ***Que reprenez-vous de cet entretien ? Comment cela s'est-il passé pour vous ?***

→ Le but est de voir quels sont les aspects qui l'ont le plus interpellée.

## Normes de transcription

Les éléments suivants vont apparaître dans la transcription :

Numérotation des tours de parole et initiales de l'Interviewé et de l'Interviewer.

Les mots ou parties de phrases incompréhensibles	[XXX]	Chaque X correspond plus ou moins à un mot incompréhensible
Les rires et autres comportements para ou non verbaux	(silence de plus de 3 sec) (rires) (chuchotemet)	
Intonation montante qui marque en général une question	?	
Intonation descendante qui marque en général le passage d'un énoncé à un autre	.	
Intonation descendante avec légère pause	,	
Commentaires du transcripteur	(( ))	Ex : ((semble gêné)) ((ralenti nettement le débit))
Les interruptions. Lorsqu'une phrase est inachevée par le fait que l'interlocuteur prend la parole et coupe l'intervention, marquez ainsi dans la transcription :	A : xxx\$ B : \$xxx	
Arrêt brutal d'un mot ou d'un énoncé (faux départ)	Ex. A. Il fait b- moche aujourd'hui	
Accentuation d'un mot ou d'une syllabe	MAJUSCULES	
Quelques conventions orthographiques pour les interjections	Mhm Hein Ben Ouais Euh Pis ah	

Prenez soin d'indiquer dans une colonne « remarques » toutes les observations que vous faites et qui n'entrent pas dans les catégories ci-dessus, tout ce qui vous semble important et vous passe par la tête.

Numérotation des tours de parole	Initiales B pour Interviewer et A pour Interviewé	transcriptions	Remarques, idées...
1	B		
2	A		
3	B		

### Tableau des pronoms

Nom du thérapeute	Nombre de mots	Nombre de 'je'	Ratio 'Je'/NDM	'on' : psychologues	Ratio on : P/NDM	'on' : unité	Ratio on:U/NDM
Stéphane	1596	16	0.010	15	0.0094	4	0.0025
Sophie	1204	23	0.019	0	0	0	0
Marc	4648	148	0.032	13	0.0028	11	0.0024
Mathilde	2644	72	0.027	10	0.0038	25	0.0095
Marine	5147	89	0.017	7	0.0014	58	0.0113

## Tableaux dynamiques croisés des thèmes

<b>Pratiques : Styles ou genres</b>	<b>Marine</b>			<b>Marc</b>			<b>Mathilde</b>			<b>Sophie</b>			<b>Stéphane</b>		
Styles	7	3	0	6	4	0	2	4	1	1	1	2	0	4	1
Genres	5	1	0	2	1	0	4	3	1	1	0	0	0	0	0
Mes pratiques dans un horizon de pratiques	7	2	1	3	1	1	2	2	3	0	0	1	0	1	0

<b>La posture du praticien</b>	<b>Marine</b>			<b>Marc</b>			<b>Mathilde</b>			<b>Sophie</b>			<b>Stéphane</b>		
Individu	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0
Psychologue	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0

<b>Mon métier</b>	<b>Marine</b>			<b>Marc</b>			<b>Mathilde</b>			<b>Sophie</b>			<b>Stéphane</b>		
Appris pendant ma formation	3	1	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	1	4	0
Résultant de toutes mes expériences	4	1	0	2	3	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0

<b>Des pratiques pour des usagers</b>	<b>Marine</b>			<b>Marc</b>			<b>Mathilde</b>			<b>Sophie</b>			<b>Stéphane</b>		
Spécifiques pour des usagers migrants	3	4	0	5	7	1	2	5	0	1	2	0	4	0	1
Adaptés à tous les usagers	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	1	3	0

<b>Ressources du psychologue</b>	<b>Marine</b>			<b>Marc</b>			<b>Mathilde</b>			<b>Sophie</b>			<b>Stéphane</b>		
Cours théoriques	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	3	0	0	1	0
Expériences professionnelles	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Collègues et confrères	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	2	2
Autres professionnels	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Bagage personnel	1	1	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

<b>La perception des catégories diagnostiques</b>	<b>Marine</b>			<b>Marc</b>			<b>Mathilde</b>			<b>Sophie</b>			<b>Stéphane</b>		
Ressource pour l'utilisateur	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Outil de communication	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0
Catégorisation inadéquate	1	4	0	0	2	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0

<b>La perception du permis F</b>	<b>Marine</b>			<b>Marc</b>			<b>Mathilde</b>			<b>Sophie</b>			<b>Stéphane</b>		
Instabilité pour l'utilisateur	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	2
Difficulté pour le psychologue	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Rassurant pour le psychologue	0	0	1	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0

<b>Qui sont les porteurs de culture ?</b>	<b>Marine</b>			<b>Marc</b>			<b>Mathilde</b>			<b>Sophie</b>			<b>Stéphane</b>		
L'utilisateur	1	2	0	5	2	0	2	1	0	2	1	2	2	0	1
Le psychologue	0	1	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
L'institution ou l'association	0	1	0	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	3

<b>La perception de l'utilisateur migrant</b>	<b>Marine</b>			<b>Marc</b>			<b>Mathilde</b>			<b>Sophie</b>			<b>Stéphane</b>		
Individu	9	2	0	6	1	0	5	3	1	3	1	1	2	0	0
Groupe	2	1	1	4	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0
Réseau	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

<b>La perception de la culture de l'utilisateur</b>	<b>Marine</b>			<b>Marc</b>			<b>Mathilde</b>			<b>Sophie</b>			<b>Stéphane</b>		
Ressource	0	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Obstacle	1	0	0	3	1	0	1	0	0	4	1	0	3	0	0