

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PENSER LE SOUTIEN AUPRÈS DES PARENTS EN SITUATION DE
PRÉCARITÉ À PARTIR DU DISCOURS DES PROFESSIONNELS :
UNE ÉCOUTE POLYPHONIQUE D'UNE PRATIQUE CLINIQUE
AUX MULTIPLES VISAGES

THÈSE PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
PROFIL SCIENTIFIQUE-PROFESSIONNEL

PAR
FABIENNE MARTIN

SEPTEMBRE 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

Rien de plus nettement délimité qu'un texte, même interrompu, même incomplet. [...] Ne peut commencer à faire sens que le texte dont le lecteur possède les codes. Il n'y a de texte qu'en présence d'un lecteur. Et c'est là, en cette présence, que le miracle se produit – peut se produire. Cet objet rigoureusement délimité, le texte, s'ouvre à une infinité de lectures. Tout texte est à la fois parfaitement clos et invitation à l'ouverture. Lire un livre, c'est, au sens fort, l'ouvrir.

Thierry Hentsch, 2006, p. 21

REMERCIEMENTS

Les mots qui portent ma gratitude seront toujours manquants, échappant ainsi à la véracité que je leur avais soupçonnée au moment où ils acceptèrent de venir à moi. À tous ceux et celles qui ont su être là pour moi, le temps de plonger dans les vicissitudes de l'écriture, de cet exercice complexe, je vous laisse donc ces quelques phrases pour affirmer toute la reconnaissance que je ressens à votre égard. Mme Irène Krymko-Bleton, je vous remercie infiniment pour la confiance que vous m'avez toujours accordée en m'offrant de grandes opportunités et pour cette chance toujours renouvelée de partager avec vous ce si grand intérêt pour les premiers temps de la vie ; Mme Sophie Gilbert, je vous remercie pour votre grande disponibilité face à ce projet en construction ; Mme Élise Bourgeois-Guérin, un grand merci pour avoir accepté de faire partie de mon jury ; Mme Noël, je vous remercie pour ces premiers moments où j'ai eu un réel plaisir à travailler auprès de vous.

Mes amis-es, ceux et celles qui souriez à la lecture de ce simple mot, je prends donc ce moment pour vous remercier aussi et vous signifier tout le bonheur que j'ai eu à traverser ce chemin à vos côtés, parsemé d'épreuves, de dialogues et de trouvailles. Ce que j'ai inscrit sur ces multiples pages n'aurait pu prendre forme, tel que cela se présente aujourd'hui, sans la lumière de votre regard. Que s'approfondissent, encore et encore, ces douces complicités.

Un merci tout particulier aux professionnels qui ont accepté de livrer avec générosité des bribes d'élaboration de leur pratique clinique auprès des parents en situation de précarité. En souhaitant que les propos de cette thèse puissent nourrir votre pratique clinique tout autant que les vôtres ont su susciter chez moi un foisonnement d'idées.

Jonathan ! La beauté qui t'habite a su étinceler jusqu'à moi et porter fruit dans mon écriture. Ta poésie recèle des trésors insoupçonnés dont je m'inspire pour peaufiner les contours et les manières de paraître dans mon style d'écriture. Merci d'être toujours là attentif et délicat. Je t'aime.

Éléonore, Nathaël, Marguerite : mes trois magnifiques enfants. J'espère que j'aurai su, durant tout ce temps, vous laisser ne serait-ce qu'entrevoir le plaisir de l'écriture. Merci pour ce regard toujours neuf, à la fois sur le monde ainsi que sur les réflexions parfois trop muries des adultes. Je vous aime tendrement.

Un dernier merci à vous, Micheline, pour avoir toujours su m'accompagner à démystifier l'insaisissable.

AVANT-PROPOS

Petite histoire de la recherche

Il est important de préciser que les données utilisées pour cette thèse ont été recueillies dans le cadre d'une recherche exploratoire, ayant débuté en 2013, entre le Centre de Psychologie Gouin (CPG), situé à Montréal, et l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Cette recherche, intitulée *Soutien à la parentalité en situation de vulnérabilité psychosociale* (2013-2016), est dirigée par la professeure Raphaële Noël au sein du Laboratoire *Parentalités et Enfant en Développement*. Faisant partie intégrante de ce projet avec Marie-Alexia Allard, une psychologue ayant pratiqué au Centre de Psychologie Gouin, j'ai pu participer en tant que candidate au doctorat, à la cueillette ainsi qu'aux analyses de données.

Cette recherche qualitative avait pour objectifs d'élargir la compréhension actuelle des caractéristiques et des besoins des parents en situation de précarité, d'explorer les différents modèles d'intervention clinique s'adressant aux parents en situation de précarité, de mieux comprendre l'expérience clinique des professionnels travaillant auprès de cette population et d'éventuellement développer un service psychologique de soutien à la parentalité, d'accueil et d'accompagnement (ce dernier point fut ajouté en lien avec une communication présentée dans le cadre du congrès annuel de

l'ACFAS en 2016¹) complémentaire aux services d'évaluation psychologique et d'expertise psycholégale répondant à la demande de la protection de la jeunesse. Pour ce faire, le but premier était de consulter ces parents en situation de précarité pour avoir une meilleure compréhension de leurs besoins et ainsi mettre en place un service de soutien en adéquation avec ceux-ci. Puisque la recherche qualitative permet de réfléchir et de modifier certains aspects de la méthodologie, et ce, tout au long du processus (Paillé et Mucchielli, 2012), l'une des missions propres au Centre de Psychologie Gouin d'expertise psycholégale est apparue comme pouvant représenter un « tiers légal » pour ces parents. Le Centre de psychologie Gouin pourrait ainsi devenir menaçant pour les parents en situation de précarité, ceux-ci étant susceptibles d'imaginer qu'il pourrait intervenir dans leur parentalité à titre d'évaluateur de leurs capacités parentales. De ce fait, il semblait paradoxal de penser que ces parents, déjà difficiles à atteindre, voire parfois méfiants, allaient se déplacer au centre pour parler de leur parentalité dite précaire.

Comme mentionné ci-haut, le mode itératif, propre à la méthodologie qualitative, a permis par ce mouvement de va-et-vient entre la collecte et l'analyse des données de changer l'objectif principal de la recherche initiale, soit de développement d'un service adressé d'accueil et d'accompagnement à ces parents, en raison de cette limite inhérente à la mission de cette institution. Le mandat principal de prévention à l'égard de ces parents en situation de précarité a été maintenu. Interroger les professionnels œuvrant auprès des parents en situation de précarité est devenu l'objectif principal de cette recherche. En ciblant davantage nos lectures sur le sujet, la complexité de la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité apparaissait évidente, comme le soulignent plusieurs auteurs, tel que Mellier (2006), du fait du contre-

¹ Allard, M-A., Noël, R., Martin, F. (2016, mai). L'expérience de professionnels intervenant auprès de familles vulnérables : entre réalités cliniques et professionnelles. Colloque ACFAS «Enjeux de l'intervention auprès des parents en difficulté : comprendre, accompagner et soutenir » (S. Gilbert, C. Baret, dir.) au 84^e congrès de l'ACFAS, Montréal, Canada

transfert déstabilisant de ces professionnels avec les enjeux relationnels caractérisant les premiers temps de la vie. Cette compréhension venait préciser la pertinence de se pencher davantage sur l'ouverture d'un service à offrir aux professionnels plutôt que directement aux parents en situation de précarité.

La recherche initiale a donc fait l'objet d'une analyse dont les résultats ont été présentés à quelques communications scientifiques dans le cadre de colloque et congrès. Une présentation par affiche a eu lieu à la Société Québécoise de Recherche en Psychologie (SQRP)² en 2015 et une communication orale a eu lieu lors du congrès annuel de l'Association Francophone pour le Savoir (ACFAS)³ en mai 2016 dans le cadre d'un symposium intitulé *Enjeux de l'intervention auprès des parents difficulté : comprendre, accompagner et soutenir*.

Comme ce projet de thèse s'inscrit dans cette recherche entre le Centre de Psychologie Gouin (CPG) et l'Université du Québec à Montréal, il est important de noter que mon intérêt pour cette population a donc émergé lors de la participation à cette recherche. L'analyse exploratoire et les lectures faites au cours de cette recherche me démontrèrent la pertinence de m'intéresser à ce sujet, dans le cadre de ma thèse doctorale, méritant, à mon avis, encore toute l'attention des chercheurs et cliniciens afin de découvrir de nouvelles idées quant à cette pratique clinique auprès des parents en situation de précarité. La littérature ne cessait de révéler combien ces parents vulnérables semblaient en partie insaisissables et difficilement atteignables au point que même les professionnels se retrouvaient parfois à leur tour dans une

² Allard, M-A., Martin, F., Noël, R., Bouche-Florin, A. (2015). Soutenir la parentalité en situation de précarité: l'oscillation de l'intervenant entre éducation et accompagnement. Communication par affiche, 37^e congrès de la SQRP, Gatineau, Canada

³ Allard, M-A., Noël, R., Martin, F. (2016, mai). L'expérience de professionnels intervenant auprès de familles vulnérables : entre réalités cliniques et professionnelles. Colloque ACFAS «Enjeux de l'intervention auprès des parents en difficulté : comprendre, accompagner et soutenir » (S. Gilbert, C. Baret, dir.) au 84^e congrès de l'ACFAS, Montréal, Canada

situation de précarité, tant au niveau de leur vécu personnel que dans leur identité de professionnel. Le caractère instable de leur fonctionnement fut confirmé par les analyses étant en cours à ce moment dans la recherche initiale. Tout cela confirma le bien-fondé de tenter d'explorer les diverses pratiques cliniques évoquées par les professionnels œuvrant auprès des parents en situation de précarité, sans pour autant avoir comme objectif de créer un service leur étant adressé. Puisqu'en recherche qualitative, la compréhension d'un phénomène prime sur le cumul des connaissances (Guillemette et Luckerhoff, 2015), ce projet vise davantage l'approfondissement d'une exploration singulière des pratiques cliniques évoquées par les professionnels interrogés, ayant comme point de départ les réflexions construites lors de la recherche initiale.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	v
Petite histoire de la recherche	v
RÉSUMÉ.....	x
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I.....	4
PROBLÉMATIQUE.....	4
1.1 Parentalité en situation de précarité.....	4
1.2 Perspectives actuelles: recherche et clinique.....	6
1.3 Conditions des professionnels	8
1.4 Objectif de recherche	10
CHAPITRE II.....	11
CONTEXTE THÉORIQUE	11
Introduction	11
2.1 Ancrage réflexif	12
2.1.1 Parentalité.....	12
2.1.2 Précarité	14
2.1.3 Parentalité et précarité	19
2.2 Pratique clinique	21
2.2.1 Un contre-transfert déstabilisant	21
2.2.2 Des professionnels en souffrance.....	23
2.2.3 D'un dysfonctionnement symétrique à l'appauvrissement des pratiques	25
2.2.4 La haine dans le contre-transfert : un écho aux premiers temps de la vie	26
2.2.5 Une souffrance psychique d'origine sociale : une demande non dite	28
2.3 Proposition clinique actuelle	30
2.3.1 La pratique en réseau	30
2.3.2 Prévention primaire	32

Conclusion.....	34
CHAPITRE III.....	35
OBJECTIFS DE RECHERCHE	35
3.1 Formulation de l'objectif de recherche	35
3.2 Évolution de l'objet de recherche	35
3.3 Retombées escomptées.....	40
CHAPITRE IV	37
MÉTHODOLOGIE	37
Introduction : position de l'étudiante-chercheuse	37
4.1 Participants	43
4.2 Procédure	45
4.3 Analyse des données	49
4.4 Éthique	55
4.4.1 Le consentement libre et éclairé.....	55
4.4.2 Droit de retrait.....	55
4.4.3 Confidentialité et anonymat.....	55
Conclusion et limites de la méthode.....	56
CHAPITRE V.....	57
RÉSULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE	57
Introduction	57
5.1 Préambule: Portrait des participants	58
Introduction.....	58
5.1.1 Qu'est-ce que les professionnels entendent par précarité ?	59
5.1.2 Modalité institutionnelle décrite par le professionnel	63
Charlie	63
Aimé	65
Lou	68
Camille.....	69
Maxime.....	71

Dominique	73
Conclusion	74
5.2 ANALYSE PAR CATÉGORIES CONCEPTUALISANTES : cinq éléments	
fondateurs des pratiques cliniques évoquées par les professionnels	75
Introduction.....	75
5.2.1 Quand la distance invite à se disposer à la réflexion	77
À la recherche d'une distance suffisamment bonne.....	78
Une réflexion en mouvement : rester au cœur des enjeux cliniques	88
5.2.2 Un espace de soin construit à même le socle fertile de ces parents	94
Un savoir professionnel en filigrane	94
La reconnaissance du « capital humain » et son déploiement dans l'intervention	102
5.2.3 Un temps circulaire confronté au temps linéaire des pratiques.....	107
Présence à temporalité singulière : impératif d'une pratique de l'instantanéité	107
Le soin institutionnalisé : au risque d'une coupure dans la relation soignante	113
Un investissement à l'image des débuts de la vie.....	118
5.2.4 En réponse aux balises institutionnelles en porte-à-faux des visées	
cliniques : une structure malléable assurant la pérennité du soin	120
Étayage sur le groupe : un tiers structurant.....	121
Les modalités d'intervention préétablies perçues comme contraignantes	127
La malléabilité de la structure comme support à la rencontre	139
5.2.5 Par-delà la bonne conduite professionnelle : une pratique en marge.....	143
Un lien en émergence : l'éducation de surcroît.....	144
Marge comme lieu de création	150
Limite soignante	157
Conclusion	167
5.3 PROPOSITION D'UNE COMPRÉHENSION-THÉORISANTE	169
Introduction.....	169
5.3.1 Supporter l'attente	170
5.3.2 Dialectique de la présence-absence : un temps à la rencontre du soin.....	179
5.3.3 De l'offre de l'illusion : l'avènement de l'objet trouvé/créé	186
Conclusion	191
Conclusion du chapitre V.....	193
CHAPITRE VI	196

MISE EN DIALOGUE	196
Introduction	196
6.1 Écho aux premiers temps de la vie : une supposition du sujet	198
Un soin « ordinaire normalement dévoué » (Winnicott, 1956)	198
Castration symboligène : se structurer autour de la perte.....	203
Parole : humanisation, accès au symbolique	209
Le choc du miroir : un détour inévitable vers l'autre	212
6.2. Une éthique du singulier : à la rencontre d'une précarité fondamentale	221
Une frontière invitant inlassablement à la fluidité (Hentsch, 2006)	221
Recevoir l'autre : une éthique	226
La précarité du sujet : l'exigence d'un perpétuel recommencement	229
CONCLUSION.....	234
7.1 Apport, ouverture et limites.....	237
7.2 Recommandations cliniques	242
ANNEXE A : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	244
ANNEXE B : CANEVAS D'ENTRETIEN	249
ANNEXE C : CATÉGORIES CONCEPTUALISANTES	256
BIBLIOGRAPHIE	262

RÉSUMÉ

Tout au long de cette thèse, sera mis en relief ce qui, dans les pratiques cliniques auprès des parents en situation de précarité, rend impossible une idée du soin préétabli. Se heurtant à des ruptures répétées et à un contre-transfert teinté de l'utilisation de défenses primaires, les parents, mais aussi les professionnels, se trouvent régulièrement devant l'échec d'un apprivoisement de l'autre, du fait qu'il exige une prise de risques parfois insoupçonnée.

Force est de constater qu'il existe un difficile arrimage entre, d'un côté, ce qui mène certains professionnels travaillant auprès de ces parents en situation de précarité, plusieurs auteurs et théoriciens à affirmer qu'une pratique définie et structurée par une institution donnée serait garante d'un soin adéquat et pertinent pour ceux-ci. De l'autre côté, des professionnels œuvrant en marge, *de* ou *dans* l'institution dans laquelle ils s'inscrivent, qui ne cessent de rencontrer la marque du manque de leur savoir face à la souffrance indéchiffrable et sans mot de ces mêmes parents.

L'absence de consensus et l'échec des pratiques actuelles démontrent ainsi combien cette pratique clinique de la précarité aux multiples visages mérite encore que l'on y réfléchisse. Pour explorer les aléas des diverses pratiques cliniques auprès des parents en situation de précarité, d'un point de vue psychanalytique, à partir du discours de professionnels de services sociaux et de santé mentale, une méthodologie de recherche qualitative a permis d'analyser les entretiens en restant au plus près du discours des professionnels tout en accueillant la subjectivité du chercheur. Se questionner en termes de processus a conduit vers une compréhension psychanalytique espérant enrichir ce sujet complexe.

Pour ce faire, 6 entretiens semi-dirigés, auprès de professionnels pratiquant auprès des parents en situation de précarité, ont fait l'objet d'une analyse inspirée des catégories conceptualisantes de Paillé et Mucchielli (2012). Les résultats des analyses permettent de constater combien cette pratique clinique auprès des parents en situation de précarité revêt un caractère pluriel et fait parfois écho aux premiers temps de la vie psychique ainsi qu'à la précarité constituant le sujet. Ce constat mène à poser un regard clinique et théorique toujours renouvelé concernant cette pratique aux multiples visages, afin de préserver une pensée singulière demeurant au service de ces

parents qui n'arrivent pas à investir le lien soignant comme tel et à formuler une demande. Les professionnels semblent puiser à même la précarité qui les constitue en tant que sujets le temps de la rencontre avec ces parents. S'engageant dans un dispositif s'articulant autour de l'usage de l'objet au sens où l'entend Winnicott (1951), de la survivance de ce dernier, ce soin se situe aux prémices du langage, exigeant une éthique laissant place au sujet en perpétuelle construction.

Mots-clés : psychanalyse, précarité, parent, institution, recherche qualitative, professionnel, clinicien, pratique clinique

INTRODUCTION

Le terme précarité ne fait guère consensus. L'existence d'une pluralité terminologique dénote toute la complexité et la singularité des situations rencontrées ainsi que leur diversité. L'instabilité et la fragilité de la situation des parents en situation de précarité mettent de l'avant la perpétuelle évolution de celle-ci ainsi que la nécessité d'aller à la rencontre de leur singularité. Ce portrait confirme ainsi encore l'actualité toujours renouvelée de cette problématique.

La pratique auprès des parents en situation de précarité est grandement marquée par des discontinuités ainsi que l'utilisation de défenses comme le déni, le clivage et l'identification projective, ce que constatent la majorité des auteurs (Ahfir, 2015; Houzel, 1999; Lamour, 2010). Ces parents investissent donc les services qui leur sont offerts en alternant entre des mouvements d'investissement massif et des désinvestissements entraînant de vives ruptures dans le lien soignant. Ce mode de fonctionnement se répercute souvent dans les dynamiques professionnelles au sein des équipes soignantes qui tentent de soutenir les parents en situation de précarité, ce qui se conclut fréquemment par une mise en échec de toutes interventions proposées (Ahfir, 2015 ; Houzel, 1999 ; Lamour, 2010). L'absence de demande directe que remarquent certains auteurs (Houzel, 1999 ; Mellier, 2006) complexifie parfois l'obtention d'un soutien psychologique et social. De ce fait, la souffrance de ces parents en vient à se manifester par d'autres voies : les manifestations comportementales ou la somatisation. Un travail de décodage reste donc à faire dans le lien professionnels-parents en situation de précarité, exigeant du professionnel une

mobilisation allant parfois bien au-delà des exigences professionnelles du fait que ce travail est situé dans un registre archaïque où l'indifférenciation marque le lien à l'autre (Roussillon, 1999, dans Mellier, 2006).

Il est possible de remarquer qu'une logique d'éducation à la parentalité (Lafortune et Gilbert, 2013) semble dominer dans les recherches, principalement faites dans le domaine des sciences infirmières et du travail social, abordant la question du soutien à la parentalité en situation de précarité. À l'Université du Québec à Montréal, le Groupe de Recherche sur l'Inscription sociale et identitaire des Jeunes Adultes (GRIJA) questionne, dans une perspective psychanalytique, les enjeux sous-jacents à la situation de précarité de ces parents, le fait d'accéder à la parentalité pour les jeunes en situation de grande précarité : en difficulté importante et dans la rue.

L'objectif de recherche de cette thèse consiste à explorer les aléas des diverses pratiques cliniques auprès des parents en situation de précarité, d'un point de vue psychanalytique, à partir du discours de professionnels de services sociaux et de santé mentale. Partant des données recueillies lors de la recherche initiale⁴, une analyse par catégories conceptualisantes est menée pour ainsi permettre l'émergence d'une compréhension clinique de ce qui semble être complexe au sein de cette rencontre soignante. Le mot soignant est ici utilisé en référence au terme « soin » (*care*) et son corrélat « prendre soin » [qui, pour Winnicott,] avaient presque pris valeur de concept » (Lehmann, 2005, p. 50).

Les uns comme les autres ne doivent jamais oublier que toute écoute, toute parole, tout silence, tout geste, tout acte, aussi technique qu'il puisse être, doit toujours s'inscrire dans un processus gouverné par le *care*, l'attention à l'autre, le prendre soin de la personne qui s'est remise entre leurs mains, qui leur a fait confiance au point de s'en remettre à leurs soins (Lehmann, 2005, p. 54).

⁴ Voir Avant-propos

En effet, cela invite à une situation de dépendance où le patient pourra éventuellement trouver cet indispensable *holding* dans la relation thérapeutique (Lehmann, 2005).

Dans les pages qui suivent, au chapitre I, un tour d'horizon sera fait sur ce qui rend cette problématique encore d'actualité. Au chapitre II de cette thèse, il sera question du contexte théorique ayant soutenu et guidé la réflexion subséquente, tant au plan de l'analyse que de la discussion des résultats. Au chapitre III, seront abordés l'objectif de recherche ainsi que les retombées escomptées. Au chapitre IV, seront précisés les éléments méthodologiques venant organiser l'analyse des données pour rester au plus près du discours des professionnels tout en répondant à l'objectif de recherche posé par la thèse. Le chapitre V présente les résultats de l'analyse qualitative divisés en trois grandes parties : préambule : portrait des participants, catégories conceptualisantes et conceptualisation intégrative. Le chapitre VI, la discussion intitulée Mise en dialogue, résulte d'une tentative de faire dialoguer les résultats de l'analyse qualitative, les réflexions ayant émergées lors des diverses étapes de ce processus itératif, de concert avec les différents auteurs psychanalytiques qui n'ont cessé d'éveiller la curiosité de l'étudiante-chercheuse. Ces différentes parties sont également pensées pour que le lecteur puisse retracer, au mieux, l'élaboration des idées construites au fil des analyses, de la réflexion et de la rédaction de celles-ci, selon une démarche résolument inductive.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

1.1 Parentalité en situation de précarité

En tout premier lieu, comme le souligne Neyrand (2002), la parentalité est « un processus général, valable pour les deux sexes, qui insiste sur l'idée d'un *devenir parents*, d'un au-delà de l'état de parents, de cet *être parent* défini par l'engendrement » (p. 131). Ce devenir parent est considéré comme une position subjective exigeant, autant de la femme que de l'homme, de nombreux réaménagements autant psychiques que familiaux permettant ainsi l'accès à la parentalité. Les nombreux remaniements identificatoires ayant lieu lors de cette période entraînent une instabilité passagère engageant à leur tour une profonde réorganisation psychique ainsi qu'un réaménagement considérable des positions de chacun au sein du couple et de la famille. Tous ces mouvements viennent permettre à l'homme et la femme de se rendre disponibles aux vicissitudes de leur parentalité.

En ce qui a trait à la parentalité en situation de précarité, il est important de noter combien la littérature ne manque pas de termes pour définir ce qu'elle recèle (Ahfir, 2015 ; Zaouche-Gaudron et Sanchou, 2005). Par exemple, pour qualifier la situation

de ces parents, certains auteurs en sont venus à utiliser les termes de vulnérabilité, pauvreté, précarité sociale ou encore de précarité psychosociale, affirmant ainsi leur angle théorique et/ou clinique sur le sujet. Cette pluralité terminologique éclaire ce qui, de cette situation, semble complexe à catégoriser et s'avère « tout autant indispensable tant les situations rencontrées sont » (Zaouche-Gaudron et Sanchou, 2005, p. 10). Comme le souligne le statisticien De Peretti (2005), il est statistiquement difficile de dénombrer et de caractériser les « précaires », expression utilisée par l'auteur, puisque cette notion demeure imprécise étant donné son caractère instable et fragile. Instable, compte tenu du manque de ressources financières et sociales ainsi que fragiles de par la difficulté à faire face aux divers problèmes amenés par ce défaut de ressources. En conséquence, toujours selon De Peretti (2005), l'instabilité et la fragilité de la situation des « précaires » renvoient à son évolution constante ainsi qu'à la singularité des situations, confirmant ainsi encore l'actualité de cette problématique. En effet, ce phénomène statistique évoqué par De Peretti (2005) fait écho aux enjeux cliniques propres à cette population, car, plus concrètement, l'expérience de plusieurs professionnels de services sociaux et de santé mentale révèle que le fonctionnement de ces parents en situation de précarité se caractérise par une grande fragilité et une instabilité autant d'ordre psychologique, socio-économique que somatique, ce qui contribue à rendre la situation de plus en plus complexe et précaire, autant au niveau familial que professionnel.

La plupart des auteurs (Ahfir, 2015 ; Houzel, 1999 ; Lamour, 2010) s'entendent pour dire que la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité est marquée de discontinuités ainsi que d'alternances entre une grande proximité et une mise à distance en écho à la dynamique relationnelle parent-enfant. Ce mode de fonctionnement parental se retrouve, selon Lamour (2010), dans le mode d'investissement professionnel à l'égard des familles, passant d'un engagement massif à un désinvestissement brutal. En conséquence, tout cela viendrait, à maintes reprises, mettre en échec les projets thérapeutiques à moyen ou à long terme mis en

place par les équipes de soins (Ahfir, 2015 ; Houzel, 1999 ; Lamour, 2010). En ce qui concerne cet aspect, certains auteurs constatent l'absence de demande directe pour l'obtention d'une quelconque forme de soutien psychologique (Houzel, 1999 ; Mellier, 2006). D'autres évoquent que l'utilisation de mécanismes de défense comme le déni, la projection et le clivage (Lamour, 2010) viendrait parfois complexifier le travail d'élaboration psychique permettant l'établissement d'un lien qui se voudrait soignant. Comme l'évoque Mellier (2006), il semble que dans ce cas, les souffrances prennent donc une « autre voie que la dimension psychique ou mentale pour "s'exprimer" ». Elles se manifestent sous des formes variées : physiques ou corporelles. En outre, ces souffrances « doivent faire l'objet d'un travail de lien, [réel défi pour les professionnels], car elles sont en rapport à une conflictualité très archaïque, là où la différence sujet–objet n'est pas acquise » (Roussillon, 1999, dans Mellier, 2006, p. 147).

1.2 Perspectives actuelles: recherche et clinique

À ce jour, au Québec, pour ne faire qu'un bref tour d'horizon, les recherches consultées indiquent que la question de la parentalité en situation de précarité est majoritairement traitée par le domaine des sciences infirmières et du travail social. Les réflexions entourant les recherches sur ce sujet se divisent en plusieurs champs d'intérêt. D'une part, certains chercheurs s'interrogent sur la précarité en mettant l'emphase particulière sur la place du père au sein des familles dites « précarisées » comme ce sera le cas pour Devault, chercheuse au département de travail social à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) ainsi que Dubeau, chercheuse au département de psychoéducation et de psychologie à l'Université du Québec en Outaouais (UQO). D'autre part, certains chercheurs en sciences infirmières, en

psychologie et en travail social (De Montigny et al., 2009 ; René et al., 2009) approfondissent les questions touchant à la pauvreté et l'exclusion des familles ainsi que les services qui leur sont offerts, et ce, dans une logique éducative de l'intervention auprès des parents. Ils mettent de l'avant la notion d'*empowerment* (De Montigny et al., 2009 ; René et al., 2009), familière à l'approche écosystémique en psychologie. Celle-ci conçoit la pratique clinique avec les parents dits « précaires » comme une redistribution de pouvoir. Le travail clinique consistera en des interventions visant à développer des habiletés parentales suffisamment adéquates pour permettre un fonctionnement familial harmonieux et sain pour l'enfant en développement.

Dans une autre perspective, les enjeux liés à l'immigration sont aussi l'une des multiples facettes rendant compte de l'expérience de la parentalité en situation de précarité. Rousseau, pédopsychiatre, professeure de psychiatrie à l'Université McGill ainsi que directrice de recherche et d'intervention à la clinique transculturelle au CSSS de la Montagne, se penche précisément sur ce versant de la précarité « culturelle », et ce en collaboration avec les travailleurs sociaux ainsi que les psychoéducateurs, ceux-ci étant directement en lien avec les personnes immigrantes et demandeurs de soins.

En ce qui a trait à la majorité des programmes mis en place, comme le soulignent Lafortune et Gilbert (2013), ils correspondent à cette logique d'éducation à la parentalité qui met au centre de ses priorités l'amélioration des compétences et des habiletés parentales. De plus, plusieurs Organismes Communautaires Famille (OCF) tentent de venir en aide aux familles dans leurs multiples urgences, et ce, par l'entremise d'un soutien concret et ponctuel, soit les dépannages alimentaires et le soutien matériel pouvant être combinés aux programmes évoqués ci-haut (Lafortune et Gilbert, 2013 ; René et al., 2004). Pour la mise en place de ces services, des chercheurs ont pris le temps d'élaborer une compréhension globale des besoins

éprouvés par ces parents en dégageant des interventions préétablies axées sur la réduction et/ou l'apaisement des besoins repérés. Toutefois, la littérature démontre que l'aide reçue par ces parents n'est que partielle et n'arrive pas, à elle seule, à répondre aux diverses dimensions de la souffrance psychique que vivent ces familles (Lafortune et Gilbert, 2013). En outre, lorsque la catégorisation des besoins et les interventions préétablies sont au centre de l'offre de soin, il arrive parfois qu'une forme d'évacuation du caractère instable propre au fonctionnement des parents dits « précaires » ainsi qu'à leur situation advienne. Pourtant, cette instabilité semble faire partie de la définition de la parentalité en situation de précarité et devrait, par le fait même, être au centre de l'attention des professionnels et des chercheurs s'intéressant à cette question. Lamour (2010) invite ainsi les professionnels à se « dégager [des] représentations habituelles et changer [les] repères, pour comprendre de tels parents et ne pas les mettre encore plus en difficulté par des attentes démesurées » (p. 19).

À partir d'une perspective psychanalytique, les deux chercheuses en psychologie de l'Université du Québec à Montréal, Gilbert et Lussier, se concentrent, plus précisément, sur la question de la parentalité en situation d'itinérance. Se situant à un pôle extrême de ce que peut être la précarité, elles l'abordent en termes de précarité psychosociale et/ou de vulnérabilité psychosociale pour ainsi tenter de rendre compte de toute la complexité de la précarité renvoyant aux dimensions sociales et psychiques de la souffrance vécue en situation d'itinérance.

1.3 Conditions des professionnels

Le questionnement sur la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité révèle un phénomène apparaissant tout aussi incontestable que fascinant,

comme le rappelle Furtos (2008) : « [...] La clinique psychosociale est la prise en compte d'une souffrance psychique s'exprimant sur les lieux du social » (p. 19). De ce fait, il apparaît alors pertinent, de s'attarder à la souffrance psychique des parents en situation de précarité aux portes du social, c'est-à-dire dans les divers services que ceux-ci fréquentent. Dans le contexte actuel, comme le remarque Furtos (2008), la question de la précarité est de plus en plus fréquente et visible sur le devant de la scène sociale. Elle est d'abord perceptible par le malaise des professionnels œuvrant dans le travail social et psychique, phénomène que cet auteur a commencé à observer dans sa pratique. En effet, plusieurs auteurs (Ahfir, 2015 ; De Peretti, 2005 ; Houzel, 1999 ; Lamour, 2010) s'entendent pour affirmer qu'il est devenu primordial de prendre en compte les éprouvés négatifs des intervenants se heurtant à toutes les manifestations de la souffrance de ces parents. Ne pas proposer d'espaces d'élaboration de ces éprouvés négatifs pourrait entraver les compétences professionnelles et même en arriver à entraîner certains dysfonctionnements dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Dès lors, le vécu des parents projeté à l'intérieur des soignants porte un caractère insaisissable, voire insupportable renvoyant le professionnel à son identification à cette souffrance et parfois à sa propre histoire, ce que le contexte d'intervention ne permet pas toujours d'élaborer (Lamour, 2010). Certains chercheurs et cliniciens (Ahfir, 2015 ; Bastard, 2005 ; Lamour, 2010) évoquent combien le travail auprès de ces parents en situation de précarité amène parfois les professionnels à ressentir le besoin impératif de soulager instantanément celui ou celle qui adresse une telle souffrance. Comme le précise Bastard (2005), ce phénomène renvoie à l'impact affectif sur les professionnels lorsqu'ils se voient happés par une souffrance informulée. La demande non dite par la personne en difficulté est reprise par l'aidant comme si elle était sienne, devenant à son tour dépositaire des affects de ces parents. Alors, il n'y a plus cette « mise à distance » nécessaire à la réflexion de tels mouvements affectifs et on assiste à la possibilité qu'un *burn out* survienne (Bastard,

2005 ; Lamour, 2010). Toutefois, cet épuisement professionnel témoigne de la désillusion qui fait suite à une importante implication suivie d'un échec des soins offerts et d'un sentiment d'impuissance ressenti par le professionnel, ne remettant guère sa compétence en question (Lamour, 2010). Évoquant la lourdeur de cet insuccès, Lamour (2010) rappelle à juste titre et de façon imagée: « Pour se consumer (*to burn out*), il faut d'abord s'être enflammé » (p. 39). Par le fait même, le professionnel perd confiance en ses propres capacités d'intervention, puisque celles-ci s'avèrent inefficaces (Masson, 1990 dans Lamour, 2010). Il n'arrive plus à s'impliquer auprès de ces parents et voit aussi sa vie personnelle atteinte par ce malaise professionnel, teinté de culpabilité.

1.4 Objectif de recherche

En référence à ce que révèlent les écrits concernant les parents en situation de précarité et la pratique clinique auprès de ceux-ci, mon objectif principal de recherche se formule en ces termes : explorer les aléas des diverses pratiques cliniques auprès des parents en situation de précarité, d'un point de vue psychanalytique, à partir du discours de professionnels de services sociaux et de santé mentale.

CHAPITRE II

CONTEXTE THÉORIQUE

Introduction

Afin de dégager la toile de fond théorique qui permettra d'explorer les aléas des diverses pratiques cliniques auprès des parents en situation de précarité, d'un point de vue psychanalytique, à partir du discours de professionnels de services sociaux et de santé mentale, ce contexte théorique débutera avec une première partie, intitulée Ancrage réflexif, venant dégager une compréhension théorique des notions de parentalité ainsi que de précarité pour en arriver à mieux définir la parentalité en situation de précarité à partir de la littérature.

La littérature révèle que la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité recèle son lot de difficultés en ce qui a trait à la relation entre les professionnels et les parents, ce qui amène ce deuxième point, intitulée Pratique clinique, où il sera exposé ces divers éléments de la pratique : un contre-transfert déstabilisant, des professionnels en souffrance, d'un dysfonctionnement symétrique à l'appauvrissement des pratiques, la haine dans le contre-transfert et une souffrance psychique d'origine sociale : une demande non-dite. Pour conclure, la troisième et

dernière partie, intitulée Pratique actuelle, présentera brièvement quelques propositions cliniques décrites à ce jour dans la littérature comme pouvant répondre au plus près des difficultés traversées par ces parents : La pratique en réseau et Prévention primaire. Il sera ainsi dressé un portrait des solutions qui ont été amenées pour penser cette difficile rencontre entre les parents en situation de précarité et les professionnels qui tentent de les soutenir. Certes, il est possible que d'autres auteurs, qui ont échappé à cette recherche doctorale, aient pu élaborer une compréhension des enjeux liés à cette population ainsi que des dispositifs à mettre en place pour soutenir des parents en situation de précarité.

2.1 Ancrage réflexif

2.1.1 Parentalité

Avant l'apparition du terme parentalité, les anthropologues se sont intéressés à la question de la parenté. Par exemple, l'anthropologue et ethnologue Claude Lévi-Strauss, dans *Les structures élémentaires de la parenté* publié en 1948, étudie les liens de parenté, c'est-à-dire la place que chaque individu occupe dans la société, selon une série de règles établies. De là, Lévi-Strauss en vient à une réflexion générale sur la genèse du lien social. Ce n'est qu'en 1959 que le terme parentalité, venant de la traduction de *parenthood*, est utilisé pour la première fois par la psychanalyste américaine d'origine hongroise, Therese Benedeck, dans son ouvrage « *Parenthood as a development phase* » (Lambooy, 2009, p. 32). Selon le dictionnaire international de la psychanalyse (2002), Benedeck utilise déjà ce terme pour mettre de l'avant le profond remaniement des investissements libidinaux ayant lieu autant

chez l'homme que chez la femme lors de l'accession à la parentalité. En 1961, le psychiatre et psychanalyste Paul-Claude Racamier introduit le terme parentalité dans le champ de la psychiatrie et de la psychanalyse en France. Suite à cela, comme le souligne la psychologue Béatrice Lamboy (2009) : « son usage s'est largement répandu et son passage dans le sens commun en a fait un terme polysémique difficile à appréhender de par la diversité des réalités auquel il peut renvoyer » (p. 32).

Malgré le fait que les médias semblent mettre de l'avant une définition partagée et sans équivoque du terme parentalité (Neyrand, 2013), de nombreux auteurs tels que Lamboy (2009) et le sociologue Gérard Neyrand (2013) s'entendent pour dire que la polysémie ne va pas sans entrer en résonance avec la pluralité des discours hétérogènes qui n'arrivent pas à faire consensus. Mis de l'avant par plusieurs disciplines, ce terme se retrouve avec de multiples visages laissant parfois planer une certaine confusion, tout en ayant la richesse d'être teinté par l'apport de diverses disciplines comme la psychanalyse, la sociologie, la politique, le domaine juridique et celui de la psycho-éducation. Comme le rappelle Lamboy (2009) citant Lamour et Barraco (1998), dans le champ de la psychanalyse, la parentalité correspond à l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective et la vie psychique.

En sociologie, certains auteurs font davantage référence à l'ensemble des fonctions sociales de la parentalité (Neyrand, 2013). Ils s'attardent aussi à l'aspect socio-politique, venant ainsi critiquer les services offerts aux parents, allant du soutien à l'éducation. Le champ juridique réfléchit à la parentalité en termes de défaillances et de rétablissement des fonctions parentales à l'aide de toute une série de réhabilitations ainsi que de contrôles de la parentalité, ce que le sociologue Neyrand ne manque pas de critiquer dans plusieurs de ses articles (2002 ; 2013). Finalement, la psycho-éducation se penche davantage sur ce qui rend compétent le parent dans sa

fonction d'éducateur et vient offrir une éducation à la parentalité en termes de compétences et d'habiletés parentales risquant ainsi de ranger la parentalité au rang de technique.

Force est de constater que depuis Racamier (1961) il y a eu un passage progressif d'une définition de la parentalité en termes de fonctionnement psychique et de transformations subjectives internes à une nouvelle définition qui, outre cette dimension de processus psychique, inclut désormais des pratiques parentales se référant aussi à la parenté, à la différence des sexes et à celle des générations (Neyrand, 2013). Raffinant et complexifiant cette définition, le sociologue Neyrand (2013) propose une intégration de la pensée sociologique, anthropologique ainsi que psychanalytique, ce qui permet d'en élargir la perspective et de rendre compte des mutations familiales ainsi que de l'existence de nouvelles structures familiales:

Cette élaboration pluridisciplinaire du concept de parentalité, bien que restant très marquée par l'approche clinique, permet de distinguer les deux dimensions de la parentalisation, du devenir parent : à côté de la parentalisation psychique, qui signe l'accès à une position parentale subjective, une parentalisation sociale, qui enregistre la filiation et positionne dans des rapports de parenté se signifiant par l'attribution du nom (Neyrand, 2013, p. 19).

Bref, l'adulte en vient donc à construire et élaborer ses représentations parentales non pas uniquement à l'intérieur de lui-même, mais dans son rapport aux générations précédentes ainsi qu'à la société, aux mœurs particulières, dans lesquelles il s'inscrit.

2.1.2 Précarité

En ce qui a trait à la précarité, il est à noter que les terminologies diffèrent d'un

auteur à l'autre, venant préciser l'ancrage théorique de leur réflexion et des propos qu'ils exposent. Certains auteurs aborderont la question de la précarité en insistant sur l'angle de la pauvreté, d'autres sous l'angle de l'exclusion ou bien de la précarité psychique.

Les racines étymologiques du vocable pauvreté sont très près de celles du mot parent comme le fait remarquer le psychiatre français Jean Furtos (2008), dans son ouvrage sur les cliniques de la précarité. Le terme pauvreté vient du latin *pauper* étant la conjonction de *paucis* : peu et de *parere* : engendrer, produire, qui à son tour a donné le mot « parent », rappelant de ce fait le lien entre la capacité de production au sens économique du terme et la fertilité. Par contre, cet auteur note que, de nos jours, lorsque la question de la pauvreté est abordée, il est plus commun d'avoir en tête un état de fait statistique qu'un regard sur ce qu'il est possible d'engendrer grâce à aux moyens autant psychique que financier.

Lorsqu'il s'agit d'exclusion, il est plutôt question de l'homme dans son rapport de productivité et d'excellence face aux exigences sociétales. N'arrivant plus à s'inscrire dans ce lien social, le sujet se retrouve alors en dehors de celui-ci. Furtos (2008) apporte une nuance importante à ce sujet en spécifiant que « l'exclusion doit être considérée comme un processus actif et non comme une entité individuelle » (Furtos, 2008, p. 13). Cela signifie que l'incomplétude humaine place d'ores et déjà l'homme dans un lien de profonde nécessité à l'autre le menant ainsi vers le lien social. L'homme est donc, de par sa vulnérabilité existentielle, demandeur de l'autre pour se savoir ainsi reconnu et existant dans le monde. Lorsque cette reconnaissance et cette réponse de l'autre n'adviennent pas et que le sujet se retrouve en marge dans ce lien, il est alors exclu du social et du lien social en raison de cette précarité constitutive.

Furtos (2008) soutiendra aussi que la précarité est, pour sa part, propre aux sociétés occidentales riches plongées dans la mondialisation du capitalisme financier et qu'il

est important de porter attention à ce qui rend précaire. Il affirme : « On peut vivre dans une société pauvre sans précarité, on peut vivre précaire dans une société riche, même si ce que l'on appelle "grande précarité" est effectivement synonyme de pauvreté, voire de misère » (Furtos, 2008, p. 14). Qu'en est-il de la précarité dans les pays où d'autres systèmes politiques ou socio-économiques sont en place? Elle est forcément présente, mais renvoie peut-être davantage à ce qui tisse le lien social et non plus uniquement aux rapports politiques et commerciaux des individus entre eux.

Afin de mieux définir ce qui caractérise la précarité et d'en explorer les rouages subjectifs et sociaux, Mellier (2006) note le rapport étymologique qu'entretient le mot précarité avec celui de prière : « ce qui est octroyé ne l'est pas de manière définitive, sûre, mais passagère » (p. 146). Définissant ainsi la précarité « en creux », « en mal de », « en absence de », comme le font les chercheurs Zaouche-Gaudron et Sanchou (2005), pour Mellier (2006), parler de précarité, c'est mettre l'accent sur cet état psychique d'un sujet par rapport à lui-même et par rapport aux autres. Considérant cet aspect de la précarité, poursuit l'auteur, il est intéressant d'apercevoir, à l'intérieur même de cette définition, la notion d'exclusion du sujet en rapport avec la société. De cette façon, il se retrouve en marge, non pas par sa seule singularité ni par sa seule constitution manquante de sujet, mais dans une mise à l'écart de ce qui permet normalement au manque d'être transformé en désir, c'est-à-dire à tout ce qui constitue la vie en société. Toujours selon Mellier (2006), le sujet se voit donc dans l'impossibilité de contribuer à son tour au monde qu'il habite. Il devient ainsi simple demandeur voire mendiant devant les possessions de l'autre, incluant les capacités à prendre soin, ce que le sujet ne peut intérioriser. Bref, la précarité renvoie à une véritable « détransitionnalisation »⁵ du rapport qu'entretient le sujet avec son environnement, s'accompagnant, du même coup, d'exclusion face aux autres.

⁵ Expression utilisée par l'auteur (Mellier, 2006)

La précarité se caractérise pour un sujet par le peu de fiabilité et de constance de ses identifications projectives à valeur communicative avec un autre. Dans ces situations dominent une profonde dépréciation du "self" et une désillusion radicale. Un fossé paraît infranchissable entre le monde subjectif du sujet et son environnement extérieur (Mellier, 2006, p. 147).

Ce même auteur s'attarde aussi à ce qui, précisément, fait de la précarité psychique une souffrance singulière pouvant être actualisée, voire amplifiée, par une précarité sociale et économique. Concevoir la précarité psychique comme potentielle chez tout individu, marquant ainsi cette vulnérabilité propre à tout être humain, va tout à fait dans le sens de ce qu'amène Furtos (2008) quand il parle d'une précarité normale dite constitutive. Pour sa part, Mellier (2006) nommera « précarité psychique » ce qui, de cette souffrance qualifiée de primitive, sera bien présente dans le contre-transfert, mais peu verbalisée dans le lien à l'autre. Le parent ayant peu ou pas de mots sur leur souffrance laissée sans représentation, il se retrouvera en difficulté pour formuler une demande auprès d'un psychologue. La demande se fera rare, voire impossible étant donné le « caractère provisoire » du lien à l'autre. Il précise :

La précarité psychique désigne des situations multiples et hétérogènes où les liens entre les sujets sont peu fiables, ils ont "un caractère provisoire". [...] Ces liens semblent facilement révocables, ils ne sont pas institués à l'occasion de relations plus constantes entre les sujets comme dans la problématique des relations d'objets. La place faite dans la clinique actuelle à la problématique des limites et des liens pointe cet infléchissement de la pratique vers des situations en elles-mêmes plus précaires, passagères ou difficilement accessibles au soin psychique (Mellier, 2006, p. 147).

En effet, une difficulté dans l'établissement du lien est prégnante dans les cas de précarité psychique, ce que remarquent la plupart des chercheurs et cliniciens, obligeant ainsi le professionnel à être particulièrement attentif aux indices non-verbaux des souffrances du sujet. Comme le fait remarquer Mellier (2006), celles-ci se manifesteront davantage par la voie du corps et de l'agir impliquant de ce fait des

plaintes somatiques et des douleurs physiques, plutôt qu'une expression par la voie psychique qui communiquerait une émotion déchiffrable par la demande qu'elle suscite. Dans le cadre de cette thèse, le terme « précarité psychique » sera retenu puisqu'il fait écho à ce que plusieurs auteurs observent dans leur pratique clinique auprès des parents en situation de précarité. De plus, ce concept permet de rendre compte des différents termes utilisés ainsi que de la complexité des enjeux relationnels et psychiques de ces parents. Ce concept apparaît ainsi ouvrir sur une réflexion incluant ces trois aspects souvent intriqués les uns avec les autres renvoyant aux enjeux relationnels des parents en situation de précarité.

Mellier (2006) fait le pont entre les démonstrations pathologiques nommées ci-haut et celles utilisées par les pathologies identitaires de types narcissiques et « états-limites ». Cette perspective pourrait sembler intéressante, mais il apparaît important de réfléchir à l'utilité de penser ces cas cliniques en termes de psychopathologie. Il va de soi que cela vient enrichir la compréhension théorique de leur fonctionnement psychique, mais peut aussi empêcher de penser les parents autrement qu'en termes psychopathologiques. Comment penser les liens avec ces parents en dehors d'une perspective « psychopathologisante » afin que les services puissent s'organiser autour de leurs enjeux singuliers?

Autre fait important, la temporalité vécue par les parents en situation de précarité est paradoxalement « hors temps », pour reprendre l'expression utilisée par Mellier (2006), étant donné le déni des souffrances primitives, et elle est à la fois très actuelle de par la prégnance de la souffrance ressentie par le sujet. D'autres auteurs s'étant penchés sur la pratique avec les populations précarisées, telle que Houzel (1999) et Bastard (2005), confirment cette hypothèse en évoquant que le rythme narratif est marqué par des ruptures, donnant souvent l'impression aux professionnels d'un discours sans chronologie (Bastard, 2005, p. 109). Ce rapport au temps, dans l'immédiat, paralyse ces parents dits « précaires » et les protège à la fois ; ils sont

incapables de se projeter dans l'avenir et de se percevoir autrement que ce qu'ils ressentent au temps de l'instant. Ce qui induit, selon Bastard (2005), une capacité réduite à remobiliser des compétences antérieurement acquises, une difficulté à utiliser des liens sociaux antérieurement construits et à nouer de nouvelles relations affectives stables. Tout ceci engendrant une solitude affective, sans oublier l'intensité de la souffrance qui les traverse et les amène à considérer les intervenants et professionnels comme des prolongements d'eux-mêmes et tout l'impact que cela entraîne lorsque l'aide ne correspond pas à cette attente en final démesurée. (Bastard, 2005) Les souffrances très primitives sont donc cliniquement plus difficiles à décoder pour les professionnels, et ce, en matière de demande claire et précise, ce qui rend ardu le travail des professionnels.

2.1.3 Parentalité et précarité

Concernant la parentalité en situation de précarité sociale, certains auteurs se sont penchés sur la question, par exemple la psychiatre Lamour ayant exercé pendant 28 ans au Centre Myriam David en petite enfance et le psychanalyste Houzel s'intéressant tout particulièrement à la psychanalyse d'enfants. Le regard clinique et théorique qu'a élaboré Houzel (1999), dans son ouvrage intitulé *Les enjeux de la parentalité*, fait écho à certains thèmes énoncés précédemment dans le cadre de ce contexte théorique, comme la discontinuité, la présence de ruptures ainsi que l'instabilité au sein des liens affectifs. Selon cet auteur, la trace de ces discontinuités se fait sentir dans les contacts, la composition du couple parental, la qualité des relations ainsi que dans la transmission généalogique marquant la plupart des histoires familiales relatées. Pour ce qui est des ruptures répétées, l'auteur remarque qu'elles font effet de contagion psychique à l'égard de l'équipe des soignants. Celle-

ci rejoue les mêmes dysfonctionnements dont fait montre la famille, incarnant et répétant les projections ayant lieu dans les dynamiques relationnelles propres à la famille.

En parlant des parents ayant des enjeux caractérisés par la discontinuité et l'instabilité, Houzel (1999) met l'accent sur le concept de transmission transgénérationnelle, c'est-à-dire la transmission inconsciente des éléments inassimilables laissés par la génération précédente. Dans le même ordre d'idées, Lamour (2010) défend l'idée d'une transmission de la souffrance des familles précaires sur l'équipe de soignants, qu'elle qualifiera de « pathologie du lien ». Cette expression renvoie à la précarité du lien qu'élabore Mellier (2006) :

Le travail à contenir repose sur une exigence de travail de la psyché présente à des niveaux très archaïques ou primitifs de son existence là où le matériel et le psychique, le corporel et le groupal voire le sociétal semblent très difficiles à différencier, là où le "lien" est précaire (Mellier, 2006, p. 148).

Tout cela sans oublier que des difficultés importantes sont relevées aux plans psychologique, socio-économique ainsi que somatique, ce qui complexifie grandement la situation déjà précaire de ces parents.

À cet effet, l'investissement des services de soins se caractérise donc par d'importantes alternances entre des mouvements d'investissement majeur suivi de coupure brutale venant ainsi mettre à mal les projets thérapeutiques mis en branle par les équipes soignantes (Ahfir, 2015 ; Houzel, 1999 ; Lamour, 2010). De plus, comme les mécanismes de défenses utilisés par les parents en situation de précarité semblent parfois se reproduire au sein des équipes de professionnels (Ahfir, 2015 ; Houzel, 1999 ; Lamour, 2010), cela ajoute un défi considérable autant pour les professionnels que pour les parents qui cherchent du soutien. Dans le même ordre d'idées, Lamour

(2010) remarque également combien il s'agit d'un monde dans lequel il est difficile d'être à trois, c'est-à-dire que les hommes, les pères, sont souvent absents ou exclus. Tout cela renvoie, selon Furtos (2008) :

à une souffrance [qui] ne se réduit pas à une localisation anatomique, comme la douleur organique d'une rage de dents ou d'un rhumatisme chronique. Il s'agit d'une douleur d'existence, d'une souffrance qui peut accompagner une douleur organique, mais aussi l'humiliation et le mépris social, et en règle générale l'insuffisance des régulations du socius (p. 14).

2.2 *Pratique clinique*

2.2.1 *Un contre-transfert déstabilisant*

Même si Freud ne fait mention que très rarement au concept de contre-transfert à proprement parler, il aborde cette question en 1910 en se référant à l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste au transfert de son patient, y compris les sentiments projetés en lui par celui-ci, en spécifiant qu'il doit être reconnu, maîtrisé et surmonté, même si ces divers thèmes apparaissent aujourd'hui plutôt contradictoires en ce qui concerne la technique. Ce sera en 1946 que Mélanie Klein précisera ce qui de l'inconscient du patient agit et se projette dans le psychisme de l'analyste en introduisant le concept d'identification projective. L'élaboration de cette auteure permit de constater la visée communicative des blessures primitives palpables se manifestant dans le contre-transfert. Quelques années plus tard, une élève de Klein, Paula Heimann (1949), conceptualisera combien le contre-transfert se révèle l'outil le plus important de la cure. À partir de là, les points de vue divergent d'un psychanalyste à l'autre et d'une école à l'autre, considérant le contre-transfert soit

comme tout ce qui, de la personnalité de l'analyste, peut intervenir dans la cure ou le limitant aux processus inconscients que le transfert de l'analysé induit chez l'analyste (Geissmann, 2002).

Ferrant et Ciccone (2007) propose une définition riche et complète qui ajoute une précision tout à fait pertinente quant aux notions de transfert et de contre-transfert : Ces deux concepts se rapportent tous deux au niveau inconscient de la relation d'analyste à analysant. Prendre en compte le transfert et le contre-transfert en clinique signifie s'attarder à ce qui se déroule dans le temps, car il s'agit, toujours selon Ferrant et Ciccone (2007), d'un travail de dévoilement réclamant souvent l'écoute d'une tierce personne permettant une « décantation », terme utilisé par les auteurs, pour qu'émerge une prise de conscience de ce matériel inconscient. Ce processus de mise en lumière des enjeux inconscients, se déroulant au service de la relation analytique, ouvre sur la possibilité d'offrir une écoute clinique de l'inconscient, nécessaire pour que puisse être accueilli le sujet dans toute sa singularité, c'est-à-dire jusque dans les particularités de son inconscient. Comme cet espace tiers d'élaboration du contre-transfert ne s'avère pas d'emblée offert par l'institution ou la supervision dans tous les milieux, Ferrant et Ciccone (2007) en sont venus à distinguer le contre-transfert de ce qu'ils nomment les « contre-attitudes » (guillemets mis par les auteurs) pour ainsi se garder d'interpréter trop rapidement ce qui ne se rapporterait en fin de compte pas au contre-transfert, mais qui se rapporterait davantage aux contre-attitudes. Celles-ci sont définies par tout ce qui peut être ressenti consciemment à l'égard du patient et utilisé pour nourrir le clinicien dans son élaboration des enjeux du patient. La contre-attitude laisse donc de côté tout ce qui a trait au niveau inconscient faute d'espace d'élaboration, comme cela peut être le cas dans certaines institutions.

Du côté de la pratique clinique auprès des sujets en situation de précarité, Furtos (2012) souligne que la prise en compte du contre-transfert est fondamentale puisque

« le malaise térébrant de la phase actuelle de la modernité est une souffrance psychique qui ne peut souvent être reconnue que par autrui, surtout dans ses formes extrêmes, et c'est là que nous en revenons au contre-transfert » (p. 33). D'une part, Houzel stipule combien « ces transmissions pathogènes peuvent [...] induire dans les équipes sociales, thérapeutiques ou éducatives des dysfonctionnements symétriques, si ces équipes ne sont pas en mesure de les identifier et de les élaborer » (Houzel, 1999, p. 113). Il met donc en garde les équipes cliniques en ce qui a trait à la nécessité d'un repérage de la transmission pathogène pour éviter qu'elle n'engendre à son tour des problèmes de même nature au sein de l'équipe clinique. Cela amène Houzel (1999) à postuler qu'il y a une symétrie entre le processus d'élaboration des traumatismes et des ruptures vécus par l'enfant et la construction de représentations stables et cohérentes de l'enfant et sa famille par l'équipe soignante qui le soutient. L'instabilité et le manque de compatibilité des représentations au sein de l'équipe soignante traduisent ces mêmes mécanismes de clivage et de projection à l'œuvre dans les familles. Il est de la tâche du professionnel, toujours selon cet auteur, d'établir une représentation suffisamment stable et cohérente de la famille pour qu'un réel travail ait lieu auprès de celle-ci se trouvant déjà dans un rapport de rupture et d'instabilité (Houzel, 1999).

2.2.2 *Des professionnels en souffrance*

Lamour (2010) aborde précisément cette question dans son ouvrage *Parents défaillants, professionnels en souffrance* où elle élabore la question de la souffrance des parents, mais aussi celle des professionnels qui vivent un contre-transfert tout à fait singulier dans la pratique clinique avec ces parents, celui-ci et se trouvant souvent banalisé, voire nié. Elle explique que le manque de cohésion au sein des équipes

professionnelles révèle combien elles sont aux prises avec une souffrance aux dimensions individuelles, mais aussi groupales rappelant étrangement les dérèglements propres de la famille, comme le fait remarquer Houzel (1999). Lamour (2010) ajoute :

Toute relation d'aide, de soins, quels que soient les supports théoriques sur lesquels s'appuient les professionnels, active les processus émotionnels et pose la question de leur régulation. [...] Ces ressentis sont tellement déstabilisants, qu'ils sont soit tus, soit exprimés en les minimisant. La difficulté d'en parler ne peut se comprendre que si on aborde les processus qui sont à l'origine de cette souffrance (p. 13).

Il est donc possible de penser que les représentations que se font les professionnels de ces parents peuvent souvent être bien loin de la réalité clinique. De là, vient toute la nécessité de se dégager des représentations habituelles de la famille pour changer les repères afin d'en arriver à penser l'impensable qui n'a pu être mis en forme par ces sujets. L'auteure évoque aussi le fait que « la sidération, la peur, le sentiment d'être manipulé et sous l'emprise des parents, quand ils habitent les professionnels, font écho à ce que vit l'enfant dans le lien avec ses parents » (Lamour, 2010, p. 23). Bien entendu, il paraît important de mentionner que cela peut ramener le professionnel à sa propre histoire, et ce, quelle que soit la posture clinique à laquelle le professionnel adhère pour réfléchir à cette famille en grande souffrance psychique. Toutefois, Lamour (2010) remarque que certaines situations mettent à mal les professionnels : la grande proximité avec ces familles, le travail à domicile, l'isolement, le manque de formation, la fragilisation des institutions et/ou la résonance de la problématique familiale avec leur propre vécu. Ils ne sont donc pas à l'abri de ce qui les rend, à leur tour, vulnérables. En lien avec ce qui vient d'être mentionné, Lamour (2010) affirme, en parlant de sa pratique clinique auprès de ces familles, que : « [ces familles] font ressurgir le bébé qui est en nous ; ils nous confrontent à nos imagos parentaux, à nous-mêmes en tant que parents, et au fonctionnement de nos propres parents » (p.

27).

2.2.3 D'un dysfonctionnement symétrique à l'appauvrissement des pratiques

Houzel (1999) expose un phénomène caractérisant de la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité qu'il qualifie de dysfonctionnement symétrique. Celui-ci se définit comme étant l'agissement des mêmes défenses et dynamiques groupales que peuvent utiliser les parents en situation de précarité au sein des équipes de professionnels. De ce fait, ils interviennent auprès des familles dites « cas lourds » en utilisant certains mécanismes de défense tels que le clivage, le déni et la projection qui, selon Lamour (2010), ont pour effet l'appauvrissement et la rigidification de la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité, mais aussi des dynamiques entre professionnels. Compte tenu de l'intensité relationnelle de cette pratique clinique, comme le précise Lamour (2010): « [les professionnels] en viennent à demander à l'enfant et à ses parents de s'adapter à nos fonctionnements institutionnels [aussi en souffrance], à l'inverse de ce qui serait souhaitable pour entrer en relation avec ces familles, si difficiles à atteindre et à apprivoiser » (p. 29). Cette affirmation va tout à fait dans le sens de la pensée qu'élabore Bastard (2005) au sujet de l'adaptation dont les professionnels devraient faire preuve pour ajuster leurs fonctionnements, et ce, dans le but d'élaborer un meilleur accordage avec les enjeux singuliers de ces familles tel que leur souffrance le réclame. Les professionnels doivent donc travailler à dégager la valeur sémantique de leurs éprouvés à l'aide d'une tierce personne. Tout cela afin qu'émerge une réflexion sur le contre-transfert concernant la place singulière de chacun d'entre eux au sein des diverses dynamiques auxquelles ils sont confrontés. Il y aurait au cœur de cette pratique clinique plusieurs scènes résonantes les unes avec les autres, répétant notamment certaines dynamiques

propres aux enjeux relationnels de ces parents en situation de précarité. Par exemple, la résonance entre la dynamique enfant-famille et la dynamique famille-professionnel, en parallèle avec la dynamique professionnel-équipe clinique qui, à son tour, a des répercussions sur la dynamique équipe clinique-institution voire même sur celle de l'institution et du monde socio-politique.

Cette prise en compte d'un certain télescopage des enjeux relationnels vécus par les parents exigerait du professionnel et de l'équipe clinique d'être au plus près d'une écoute que Ferrant et Ciccone (2007) qualifieraient « du dedans ». Celle-ci nécessitant un temps d'arrêt suffisamment important pour que s'élabore une compréhension cliniquement significative du contre-transfert avec ces parents, et ce, dans toute sa complexité. Ceci permettrait aussi de raffiner la prise en charge, en incitant les professionnels à se garder d'intervenir trop vite par l'application de modèles déjà existants qui ne concorderaient pas avec ce qui fait souffrance chez ces sujets (Lamour, 2010). Pour ce faire, encore faut-il que les professionnels eux-mêmes soient supportés dans l'élaboration de ces situations de parentalité en situation de précarité.

2.2.4 La haine dans le contre-transfert : un écho aux premiers temps de la vie

Ces compréhensions théoriques du contre-transfert liées à la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité semblent se rapporter à la présence de la haine dans le contre-transfert, dont fait mention Winnicott (1947). L'auteur suppose que le patient étant dans un état primitif, similaire au nourrisson, vient ainsi placer l'analyste dans une posture analogue à la mère d'un nouveau-né. De par cette posture, le psychanalyste serait donc porteur de cette haine, sans toutefois l'agir concrètement

l'existence de celle-ci dans sa façon de prendre soin du patient. Selon cet auteur, cela se référerait à l'expérience de la mère qui ressentirait de la haine pour son nouveau-né avant même que celui-ci ne puisse être habité par cet état affectif ou qu'il ne puisse la reconnaître chez sa mère. Cela entre en résonance avec ce qu'ont à élaborer les cliniciens et théoriciens qui se sont penchés sur la question de la parentalité en situation de précarité ou sur la précarité, dans son sens plus large. La souffrance, telle que décrite par plusieurs auteurs (Ahfir, 2015 ; Bastard, 2005 ; Houzel, 1999 ; Lamour, 2010 ; Mellier, 2006), remonterait à des temps primitifs où le corps est le principal dépositaire de ce que la psyché n'arrive pas à métaboliser (Mellier, 2006). Donc, ce profond malaise ressenti chez les cliniciens par la voie du corps et constituant le contre-transfert (Mellier, 2006), invite à le réfléchir en des termes de relation à l'autre de nature plus primitive, comme le propose Winnicott (1947). Il convient alors de considérer et de mettre au centre des réflexions cliniques ce qui se rapporte aux enjeux fondamentaux liés à la vie précoce de l'enfant pour ainsi tolérer, sans agir, toute l'intensité du contre-transfert, tel que le précise Winnicott lorsqu'il conceptualise la haine dans le contre-transfert. Celui-ci ne manque pas de rappeler et de reconnaître la difficulté inhérente à cette situation. Il affirme que les patients suscitant ce type de contre-transfert :

représentent une lourde charge affective pour ceux qui les soignent. [...] Une des tâches principales de l'analyste de n'importe quel malade, est de rester objectif à l'égard de tout ce que le malade apporte, et le besoin de l'analyste de pouvoir haïr son malade objectivement en est un cas particulier. (Winnicott, 1958, p. 74).

Le professionnel aurait donc la tâche d'objectiver cette haine, présente en même temps que l'amour porté au patient, tout en y reconnaissant un sens puisque cela révèle quelque chose de l'histoire précoce du patient, peut-être même des carences vécues durant la petite enfance. Par contre, selon Winnicott (1947), le professionnel doit avoir une assez bonne connaissance de ses expériences primitives, suite à une

analyse approfondie, pour être en mesure de reconnaître la haine vécue comme étant une réponse aux réactions et comportements de l'analysant, c'est-à-dire de l'objectiver, de la contenir et de faire preuve de patience, de tolérance et de constance afin que le patient lui suppose le désir d'une offre de ce soin (Winnicott, 1947). Il faut entendre cela comme une « attitude professionnelle ». « L'attitude professionnelle est comparable au symbolisme en ce sens qu'elle suppose une *distance entre l'analyste et le patient*⁶. Le symbole se situe dans un fossé (*gap*) entre l'objet subjectif et l'objet qui est perçu objectivement » (Winnicott, 1960, p. 353). Entendu de la sorte, le professionnel pourrait, selon Bastard (2005), se décentrer des problèmes identitaires de ces parents et arriverait à une compréhension spécifique et professionnelle tout en préservant sa position de tiers.

2.2.5 *Une souffrance psychique d'origine sociale : une demande non dite*

À partir de Furtos (2008), il serait possible de penser à la souffrance de ces parents en situation de précarité en termes de « souffrance psychique d'origine sociale ». Ne se réduisant pas à une localisation anatomique, il la définit comme une douleur d'existence pouvant être accompagnée de plusieurs renforçateurs : la douleur physique, le mépris social ainsi que l'humiliation (Furtos, 2008). Définissant la « souffrance d'origine psychique », Furtos (2008) ajoute :

Cette souffrance est enfin d'origine sociale parce qu'un individu isolé, c'est comme un bébé isolé, ça n'existe pas : on est toujours au moins à la marge d'un groupe, avec toujours à l'horizon une appartenance ou une exclusion possible de cette groupalité qui est de nature politique (p. 14).

⁶ Mis en italique par l'auteur

Ce rapport entre la souffrance du sujet et le social vient parfois révéler une impuissance professionnelle et viendrait constituer le pivot de l'orientation clinique, car c'est en effet étrangement par le malaise des professionnels que le malaise dans la civilisation interpelle (Furtos, 2008). La position qu'occupe le soignant sur les lieux du social ou de l'institutionnel révèle donc des informations cruciales pour élaborer une compréhension de ce qui n'arrive à prendre forme dans les multiples offres de soins adressées aux parents en situation de précarité.

D'après plusieurs des auteurs (Ahfir, 2015 ; Lafortune et Gilbert, 2013 ; Lamour, 2010 ; Mellier, 2006), lorsque ces parents sont dans un lien soignant, il s'y dépose une souffrance autant psychique que matérielle, sans que précisément une demande d'aide claire ne soit adressée. Les professionnels en viennent à vivre ce phénomène comme étant de l'ordre de l'insupportable, ce qui les amène souvent à souhaiter soulager immédiatement le sujet ou parfois à s'identifier à cette souffrance, entraînant par conséquent une trop grande proximité escamotant cette « mise à distance » nécessaire à l'élaboration d'une compréhension de la problématique du sujet (Bastard, 2005 ; Lamour, 2010). Les équipes soignantes, menées par la culpabilité et l'impuissance devant la souffrance de ces parents, en arrivent à l'épuisement en investissant ce soin comme une mission de sauvetage. Bastard (2005) rapporte que :

Ce phénomène procède de la souffrance informulée, sans adresse, de ceux dont ils ont la charge : ils souffrent face à la souffrance de l'usager, parce qu'ils en sont affectés. La demande non dite par la personne en difficulté est reprise par l'aidant comme si elle était sienne. Il arrive ainsi qu'à leur insu ils deviennent dépositaires des affects des personnes qu'ils accompagnent, et qu'ils éprouvent eux aussi (colère, vécu d'impuissance, accès de désespoir, abattement) (Bastard, 2005, p.114).

Furtos (2012) expose qu'il y a dans le contre-transfert du professionnel la nécessité de tolérer l'impuissance que suscite l'élaboration de la demande des parents en

situation de précarité afin de pouvoir porter l'autre en soi et d'être affecté par ce lien, dans ce qui constitue le professionnel comme sujet (Furtos, 2012). Mannoni (1965) évoque aussi toute l'importance de se garder d'intervenir trop vite et sur le terrain de la réalité, dans les situations où l'agir est envisageable pour le patient, « afin de laisser au sujet la possibilité d'une dimension nouvelle qui le sort d'une relation d'asservissement ou de dépendance à l'Autre » (p. 131).

2.3 Proposition clinique actuelle

2.3.1 La pratique en réseau

Différents auteurs (Bastard, 2005 ; Houzel, 1999 ; Lamour, 2010 ; Mellier, 2006) auront tendance à préconiser un travail en réseau qui permet à chacun de dégager un nouvel élément de réflexion à cette pratique clinique auprès des parents en situation de précarité. Ainsi, Houzel (1999) précise que le réseau doit être une structure ouverte et souple, devant se constituer au cas par cas, autour de la famille dans un souci d'être ajusté aux enjeux familiaux. Pour sa part, Lamour (2010) en vient à proposer d'utiliser le contre-transfert comme voie d'information pour mieux intervenir. De plus, l'accompagnement et le soutien des professionnels par des personnes extérieures à la situation pourraient favoriser une pratique en réseau permettant un espace de réflexion, soit une « enveloppe partenariale », expression que Lamour (2010), empruntée à la psychanalyste Parret (p. 46). Appuyé sur le concept de Moi-Peau développé par Anzieu en 1985, ce dernier consiste à penser la peau telle une enveloppe établissant une frontière avec l'autre et assurant, de par sa perméabilité, que les éléments de tensions ou de chocs soient filtrés, amenant ainsi une nouvelle

représentation ainsi qu'un nouvel équilibre psychique du corps. L'enveloppe partenariale propose donc provisoirement, à l'image du Moi-peau, une enveloppe qui vient favoriser la construction de ces nouvelles représentations au sein de l'équipe. Afin de mettre en place cette enveloppe partenariale, chaque soignant est invité à questionner ses propres représentations : de la pratique clinique auprès de ces parents, des parents, des dynamiques entre les soignants. L'analyse approfondie du fonctionnement de l'équipe de professionnels en vient à ouvrir sur une réflexion collective qui permet d'aller au-delà des jugements et préjugés qui pourrait se voir agis dans l'équipe ou directement auprès des parents à aider (Iguenane, 2001).

Créant une sorte de membrane psychique permettant l'élaboration de la pratique clinique, mais aussi des problématiques complexes, à la fois individuelles et groupales, l'enveloppe partenariale ouvre sur un espace de réflexion nécessaire à ce type de pratique clinique. Les enjeux psychiques rencontrés dans la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité réclament parfois une prise en charge groupale adaptée spécifiquement, non pas à la problématique puisque la demande n'est pas verbalisée. Dès que l'on considère une prise en charge groupale, les professionnels de diverses disciplines peuvent donc agir en tant que tiers et porter cette demande non formulée par le sujet lui-même, comme le mentionne Bastard (2005). Les organismes, l'institution et la collectivité en arrivent à jouer ce premier rôle que Mellier (2006) qualifiera, pour sa part, « d'intermédiaire » mettant justement l'accent sur la nécessité de porter cette première « demande » pour qu'émerge une demande tierce se référant à l'écoute clinique (p. 149). De ce fait, c'est une demande à entendre en deçà de la triade « cadre, demande et symptôme » (Mellier, 2006), propre à la clinique, qui sous-entend que le patient en est à investir ce processus dans lequel chacun a une place précise et définie, renvoyant ainsi le patient à celle qui est la sienne. La prise en compte de la précarité dans la clinique conduit Mellier (2006) à penser celle-ci davantage en termes de « dispositif, offre de contenant et indice d'une

souffrance ». Cet auteur énonce alors le postulat que le professionnel doit, dans un premier temps, porter ce cadre dans sa tête pour que ce premier travail dans le lien puisse s'établir, et ce, dans des espaces interdisciplinaires. Il décrit :

Quand aucune demande claire n'est adressée au clinicien, quand il se situe sur un terrain, car des problèmes relèvent de sa compétence, le terme de "cadre" semble bien difficile à employer. Ce qui fait cadre pour un processus psychique n'est pas encore institué, la problématique transférentielle n'est pas encore centrée sur le clinicien. Le "cadre" présuppose l'existence du processus, le dispositif indique au contraire un arrangement prévu pour un processus. Comment ce qui est de l'ordre de la vie psychique, de la souffrance, comment ce qui "procède" ainsi peut-il "procéder" dans un dispositif pour devenir psychique ? Un dispositif devient ainsi une "préparation" pour un travail arrêté comme possible. Tous ces dispositifs luttent contre l'écrasement de la temporalité psychique pour accueillir et mettre au travail des souffrances très primitives (Mellier, 2006, p. 150).

Tous ces auteurs en sont à proposer des solutions, dispositifs, interventions et cadres de réflexion par l'entremise d'un travail en équipe ou d'une pratique en réseau. Ils ont tous en commun cette idée qu'ils doivent travailler avec les parents démontrant des manifestations et des indicateurs de souffrances, ce que Ferrant et Ciccone (2007) nomment « contre-attitudes », pour élaborer un service en adéquation avec le sujet singulier. Toutefois, des variations subsistent concernant la mise en place du travail en réseau et des modalités d'intervention qui y sont liées.

2.3.2 *Prévention primaire*

Dans un autre ordre d'idées, d'autres professionnels en sont venus à penser autrement les enjeux primitifs en proposant d'y réfléchir avant que ne s'instaurent les problématiques, c'est-à-dire dans une perspective de prévention primaire. La Maison

buissonnière, inspirée de la Maison Verte créée par la psychanalyste Françoise Dolto à Paris (1979), propose un lieu où les enfants de 0 à 4 ans sont invités à venir socialiser en compagnie d'un adulte qui leur est significatif. C'est un lieu où des professionnels œuvrant en tant qu'accueillants et non intervenants ou psychothérapeutes, viennent mettre en mots ce que le langage du corps de l'enfant, et même du nouveau-né, tente de dire, tant pour lui-même que pour son parent, ou pour le lien avec son parent. Selon la psychanalyste François Dolto (1984), cette mise en mots permet de libérer le corps de l'expression d'un malaise, d'une incompréhension ou d'une angoisse. La psychanalyste et co-fondatrice de la Maison buissonnière située à Montréal, Irène Krymko-Bleton (2012), aborde cette question, dans un article intitulé *Prévenir autrement : la prévention primaire à La Maison buissonnière*, en affirmant :

Cela me semble une autre façon de tenter d'introduire précocement les mots dont la psyché tente de se nourrir pour ainsi dégager le corps. De cette façon, il n'est plus le lieu de prédilection pour exprimer ce qui reste incompréhensible et souffrant pour l'enfant et l'adulte en devenir. [...] Notre pratique, semblable en cela à toute pratique psychanalytique, mise donc sur les fonctions structurantes et médiatisantes de la parole. S'adresser en mots à l'enfant qui ne parle pas encore situe celui-ci comme sujet (p. 148).

Cette pratique permet, non pas d'atteindre précisément la problématique propre aux parents en situation de précarité, mais touche à ce qui, dès le début de la vie rend possible cet espace entre soi et l'autre dans le monde social, permettant ainsi d'élaborer certains éléments du devenir subjectif de tout individu en y reconnaissant l'enfant comme sujet au sein de sa dynamique familiale, mais aussi de la place qu'il occupera dans la société. Avec ce modèle d'un accueil parent-enfant il y a alors matière à penser un espace pour accueillir les parents en situation de précarité sociale et leurs enfants.

Conclusion

En conclusion, en ce qui concerne la pratique auprès des parents en situation de précarité, plusieurs auteurs (Ahfir, 2015 ; Houzel, 1999 ; Lamour, 2010 ; Mellier, 2006) s'entendent pour dire que celle-ci est marquée par : l'instabilité, la discontinuité, des ruptures répétées dans les interventions, la difficulté à établir un lien qui s'élabore au fil du temps ainsi que l'effet de contagion psychique à l'égard de l'équipe des soignants qui amène parfois ceux-ci à rejouer les dynamiques propres à la famille en souffrance.

Dans la littérature actuelle, la question du contre-transfert et des contre-attitudes auprès des parents en situation de précarité met en lumière une compréhension riche des enjeux contre-transférentiels des professionnels. Ces écrits révèlent que les mécanismes de défense à l'œuvre dans cette pratique clinique sont les suivants : déni, clivage, identification projective, etc. Le corps devient alors porteur de cette souffrance, que Mellier (2006) qualifie de primitive, et reste donc informulée, sans mot. Toutefois, cette souffrance reste palpable dans le contre-transfert déstabilisant et nécessite un travail de contenance dans la pratique clinique (Mellier, 2006).

Autant du côté des professionnels que des parents en situation de précarité, les auteurs consultés (Houzel, 1999 ; Lamour, 2010) remarquent une alternance entre des investissements majeurs et des coupures brutales, ce qui complexifie grandement la continuité des services offerts. Lamour (2010) fait aussi remarquer que le professionnel n'est pas à l'abri d'être à son tour vulnérable dans cette pratique clinique dans laquelle il y a une très grande proximité avec les familles, où les institutions semblent fragilisées et où, dans certains cas, il y a résonance avec le vécu

personnel du professionnel. L'impuissance de ces soignants révèle, en quelque sorte, des informations cruciales sur le fonctionnement de ces services pour tenter d'élaborer une compréhension de ces multiples empêchements (Furtos, 2008).

Selon les écrits, ces divers auteurs abordent les obstacles rencontrés par les professionnels qui soignent les parents en situation de précarité et mettent de l'avant les rouages de cette difficile rencontre entre professionnels et parents en situation de précarité. Les enjeux propres à ces parents semblent se référer aux premiers temps de la vie et être marqués par un vécu infantile de souffrance qui ne peut que transparaître dans la relation à l'autre, ici, le soignant, à défaut de pouvoir être parlé. Dans la mesure où le soin est au cœur de la relation professionnelle, comme ce fut le cas lors des premiers liens affectifs du début de la vie, les enjeux s'y dévoilant mettent donc en scène, à nouveau, ce qui dans l'histoire relationnelle infantile a échoué ou n'a pu être métabolisé. Tel que la littérature parcourue le révèle, un certain télescopage de ces enjeux relationnels des parents en situation de précarité semble caractériser la pratique clinique avec ceux-ci. Furtos (2008) rappelle, de son côté, que cette souffrance est à la fois une « souffrance d'origine psychique » et d'origine sociale. Ses manifestations sur les lieux du social, autant sous la forme de l'impuissance des professionnels que les dysfonctionnements institutionnels, sont une porte d'entrée pour mieux découvrir ce qui fait défaut bien au-delà de la situation singulière des uns et des autres.

CHAPITRE III

OBJECTIFS DE RECHERCHE

3.1 Formulation de l'objectif de recherche

Dans le cadre de cette thèse, seule la dimension manifeste du discours des professionnels sera prise en compte, en laissant de côté la dimension latente de leurs propos. Comme le montrent les écrits concernant la clinique de la précarité, les difficultés rencontrées dans la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité vont bien au-delà du fonctionnement psychique propre au professionnel (Furtos, 2008). Cette thèse s'attarde donc aux rouages de ces diverses pratiques cliniques, marquées par des ruptures de soins entre professionnel et parent en situation de précarité. L'objectif principal de cette recherche doctorale consiste à explorer les aléas des diverses pratiques cliniques auprès des parents en situation de précarité, d'un point de vue psychanalytique, à partir du discours de professionnels de services sociaux et de santé mentale.

3.2 Évolution de l'objet de recherche

Dans la mesure où la recherche qualitative prend forme à l'intérieur même d'un processus itératif (Guillemette et Luckerhoff, 2015 ; Paillé et Mucchielli, 2013), celle-ci ne peut se voir réduite à un dénouement prescrit à l'avance. Elle s'avère marquée par la notion de « trouvaille » (Lacan, 1973) qui, elle, est inévitable à toute découverte, nous le rappelle Lacan (Rassial et Costa Pereira, 2007). L'objectif de recherche est donc en perpétuel questionnement et peut être remanié à maintes reprises pour s'assurer de l'arrimage entre les données, l'objectif de recherche et les résultats (Paillé, et Mucchielli, 2012). Ainsi, le canevas des entretiens menés auprès des professionnels fut appelé à changer au fur et à mesure des données recueillies et analysées au sein d'une séquence « recueil-analyse-conceptualisation » (Guillemette et Luckerhoff, 2015) (voir annexe 3).

De ce fait, il devient significatif d'évoquer l'évolution de l'objectif de recherche pour assurer la transparence de cette recherche (Santiago-Delfosse, 2004) et ainsi mieux comprendre son dénouement et la réinterprétation des résultats au fil des découvertes, ceci pour en assurer la rigueur. L'objectif de cette recherche doctorale fut donc transformé afin de rester au plus près des données, et ce, au fur et à mesure que la conceptualisation avançait.

Tout d'abord, il est important de rappeler que dans le cadre de la recherche initiale (voir l'avant-propos : la petite histoire de la recherche), les objectifs étaient formulés autour de la mise en place d'un service psychologique de soutien à la parentalité, d'accueil et d'accompagnement au sein du Centre de Psychologie Gouin : élargir la compréhension des caractéristiques et des besoins des parents en situation de précarité, explorer différents modèles d'intervention clinique s'adressant aux parents en situation de précarité, mieux comprendre l'expérience clinique des professionnels travaillant auprès de cette population. Le canevas d'entretien, développé à partir de la

littérature sur le soutien des parents en situation de précarité (voir annexe 3), a donc été conçu afin de tenter de répondre à cet objectif de mettre en place un tel service professionnel au Centre de Psychologie Gouin.

L'analyse exploratoire et les lectures faites au cours de la recherche initiale démontrèrent la pertinence de m'intéresser à ce sujet, dans le cadre d'une recherche doctorale, sujet méritant, que les chercheurs et cliniciens continuent à alimenter la réflexion à propos de cette pratique clinique décrite comme étant en souffrance. Le caractère instable des parents en situation de précarité fut confirmé par les analyses en cours à ce moment-ci dans la recherche initiale. De plus, la littérature ne cessait de révéler combien ces parents semblaient en partie insaisissables et difficilement atteignables au point même que les professionnels se retrouvaient parfois à leur tour dans une situation de précarité.

La souffrance des professionnels est apparue comme nouvel objet de recherche, lors de l'analyse des entretiens dans le cadre de la recherche générale qui visait à examiner les différents modèles cliniques des professionnels tentant d'accompagner les parents en situation de précarité. Sonder les données en ayant en tête l'exploration des pratiques cliniques auprès des parents en situation en précarité se présentait comme un incontournable. Il apparaissait dès lors pertinent de mettre en lumière ce qui se joue dans ces pratiques cliniques afin de mieux comprendre ces parents, de relever ce qui fonctionne dans les pratiques et d'offrir un service en complémentarité aux services déjà existants. Qu'est-ce qui entrave la construction d'un lien suffisamment consistant pour qu'advienne le soin psychique?

En ce sens, plusieurs éléments, constatés en cours d'analyse, ont invité les chercheuses à faire preuve de prudence et d'éthique face à la généreuse contribution

des participants ainsi que face au matériel pouvant être analysé. La nature des données recueillies lors de la recherche initiale ne permet pas de faire l'objet d'une analyse de discours se rapportant aux manifestations latentes (voir chapitre IV). D'une part, le nombre de rencontres est limité à un entretien par participant, celui-ci étant d'une durée de 60 minutes et mené à partir d'un canevas d'entretien semi-structuré ayant des visées précises quant à la mise en place d'un service aux parents en situation de précarité offert sur les lieux de l'institution où se déroule la recherche initiale. D'autre part, comme l'analyse qualitative est une méthode inductive reposant sur la notion de découverte, lorsque la période d'analyse advient, il est primordial de laisser place à l'émergence de réponses parfois inattendues. L'objectif de recherche est souvent formulé en début de processus, il va de soi que cela demande à être réprécisé, si nécessaire (Luckerhoff et Guillemette, 2012) afin de nourrir la recherche et de s'assurer que les résultats sont bien enracinés dans les données, évitant le piège de vouloir à tout prix voir apparaître ce que nous souhaitons voir se dévoiler.

Considérant cela ainsi que la limite imposée par la nature des entretiens, l'objectif s'est vu modifié afin d'assurer l'arrimage entre les données recueillies, soit la parole des participants, et ce qui résultait de l'analyse qualitative. En effet, les participants révélaient plusieurs éléments significatifs et intéressants quant aux rouages de leur pratique clinique singulière. Cela amena la chercheuse-étudiante à recentrer l'objectif de recherche autour de l'exploration des aléas des diverses pratiques cliniques auprès des parents en situation de précarité, d'un point de vue psychanalytique, à partir du discours de professionnels de services sociaux et de santé mentale plutôt que de l'exploration, à partir du discours de professionnels, des enjeux relationnels au sein des dynamiques professionnels-parents en situation de précarité dans le cadre de cette pratique clinique.

Cet objectif laisse donc place à ce qui semble vouloir se faire entendre quant aux diverses pratiques cliniques et ouvre à la découverte tout en faisant place à la parole des professionnels interrogés quant à leur pratique tout aussi singulière. Il y a là un certain retour aux objectifs de recherche propres à la recherche initiale, c'est-à-dire s'intéresser aux modalités d'intervention. Toutefois, un point diffère et apporte un élément significatif. Au moment où se déroulait la recherche initiale, l'une des chercheuses travaillait au sein de l'équipe des cliniciens du Centre de Psychologie Gouin. De plus, comme le groupe de recherche se rencontrait sur les lieux pour échanger et faire progresser la recherche, il est possible de penser que tous ces éléments ont pu venir teinter l'analyse. Cette proximité importante, avec le lieu dans lequel le service devait prendre forme, est peut-être venue teinter le regard des chercheuses concernant la parole des professionnels ainsi que le résultat des analyses exploratoires. Ici, dans le cadre de la présente recherche doctorale, peut-être que l'étudiante-chercheuse est disposée à analyser ces données avec une plus grande liberté étant donné qu'elle n'entretient aucun rapport avec le Centre de Psychologie Gouin, donc qu'elle est extérieure au projet d'ouverture d'un service, et que la présente recherche n'a pour seule visée que de découvrir ce qui se présente dans les entretiens de ces six professionnels qui ont été interpellés pour la réflexion au sujet de la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité. En outre, comme aucune recherche de nature qualitative ne peut se répéter intégralement ni être comparée à une autre étant donné que chaque étude est unique en raison de son appui sur la subjectivité des chercheuses. (Paillé et Mucchielli, 2013), il est possible d'affirmer que la présente recherche vient approfondir et compléter ce qui a été mis en lumière lors de la recherche initiale.

3.3 *Retombées escomptées*

Cette recherche doctorale a le souhait de mettre en place une exploration singulière des multiples visages de la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité afin de mieux comprendre les enjeux de cette pratique et les impasses dans lesquelles elles se retrouvent trop souvent. Ceci pour ajouter ne serait-ce qu'un petit élément de nouveauté aux différentes réflexions déjà entamées par divers auteurs des différents champs de pratique et orientations théoriques. Tout cela en évitant, au mieux des capacités de l'étudiante-chercheuse, le piège de la prise de position ou de la défense d'un des partis concernés : celui des parents en situation de précarité qui n'arrivent pas à trouver un lieu soignant, celui des professionnels que Lamour (2010) décrit comme étant en souffrance ou celui de milieu institutionnel ou communautaire pouvant porter, aux yeux de nombreuses personnes, le lourd fardeau d'un potentiel échec de la relation soignante. Cependant, comme mentionné ci-haut, plusieurs auteurs, et ce dans divers domaines, se sont attardés à la question de ces soins marqués par la discontinuité, la souffrance des professionnels ainsi que par l'écho de cette pratique avec les enjeux de la petite enfance. Il va de soi que les résultats de cette thèse sont inscrits à même ce savoir déjà-là et en découlent. L'ajout propre à cette thèse peut se situer dans le fait qu'elle se penche sur le regard actuel des professionnels qui se heurtent à l'échec fréquent et répété d'une telle pratique. Les discours analysés sont donc à l'interstice entre les parents et l'institution ou l'organisme qui les reçoit. En ce sens, il serait pertinent de penser que ce travail de recherche puisse interpeller les professionnels œuvrant auprès des parents en situation de précarité et qu'ils y reconnaissent la complexité des enjeux de la pratique clinique auxquels ils font face dans leur quotidien. Si tel était le cas, cela pourrait ouvrir sur de nouvelles compréhensions de la pratique clinique spécifique à cette population de

parents précaires, prenant à la fois en compte le soignant qui les accueille et les parents à atteindre.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Introduction : position de l'étudiante-chercheuse

Tracy (2010) énonce que la transparence permet au lecteur de mieux situer les choix décisionnels du chercheur et de juger de l'adéquation de la méthode en lien avec son objet d'étude. De ce fait, cette recherche se veut une description méthodique et détaillée de la procédure afin d'assurer la validité ainsi que la rigueur de cette thèse (Santiago-Delefosse, 2004) donc en quelque sorte de se prononcer sur la qualité de celle-ci. « Les méthodes qualitatives, si elles sont en adéquation avec leur objet, produisent des savoirs qui sont valides tout en comportant certaines limites comme toute méthode » (Miller et Dingwall, 1997 cités dans Santiago-Delefosse, 2004, p. 247).

Pour concrétiser ce projet de thèse, la recherche qualitative apparaît la méthode de recherche la plus en adéquation avec le sujet d'étude, la position de l'étudiante-chercheuse ainsi qu'avec l'orientation théorique de celle-ci. Cette méthode permet d'analyser les entretiens au plus près du discours des participants, tout en laissant place à la subjectivité du chercheur (Bourguignon, 1995 ; Gilbert, 2009; Lepage et

Letendre, 1998; Luckerhoff et Guillemette, 2012; Paillé et Mucchielli, 2013) s'arrimant aux mouvements naturels d'allers-retours du chercheur se faisant entre les données, les analyses, la problématisation et les écrits existants (Guillemette et Luckerhoff, 2015 ; Paillé et Mucchielli, 2013). Ce phénomène propre au processus ayant lieu en recherche qualitative, nommé itérativité, fait en sorte que la recherche n'évolue pas de façon séquentielle, mais plutôt en spirale tout au long du projet (Luckerhoff & Guillemette, 2012).

À cela s'ajoute le fait qu'une grande place est accordée à la subjectivité du chercheur. Il devient impossible de prédire le dénouement d'une recherche qualitative ni de le comparer à un autre, rendant chaque étude unique (Paillé et Mucchielli, 2013). En quelque sorte, la recherche qualitative est ainsi caractérisée par une imprévisibilité du fait de cette appropriation subjective des principes fondamentaux donnés par la méthode initialement choisie, ici, l'analyse par catégorie conceptualisante et par le phénomène d'itérativité.

Les théories psychanalytiques sont un point d'ancrage théorique permettant ainsi d'enrichir et d'approfondir ce sujet de recherche complexe par l'entremise de l'exploration singulière de l'étudiante-chercheuse quant aux diverses pratiques cliniques exposées par les professionnels œuvrant auprès des parents en situation de précarité.

En effet, l'importance accordée à la subjectivité est le propre de la psychanalyse, l'une des rares disciplines qui résiste à la tendance actuelle d'allégeance scientiste consistant à réduire l'humain à un ensemble de données objectivables. En outre, la notion de signification est également fondamentale en psychanalyse, s'agissant du sens singulier qui concerne le sujet, une signification qui tient sa spécificité du désir inconscient propre à chaque individu en tant que moteur du fonctionnement psychique (Gilbert, 2007, p. 276).

Comme le stipule Santiago-Delefosse (2004), lorsque la recherche s'inscrit dans un paradigme constructiviste, « la réalité est issue de la rencontre entre sujet et contexte, co-construction entre sujet et chercheur, de laquelle surgira le sens attribuable à la situation observée et dans laquelle tous les participants sont partie prenante en fonction de leur histoire, de leurs origines socioculturelles » (p. 248). Ce positionnement concernant la préséance de la réalité subjective du sujet, c'est-à-dire de la vérité construite et interne du vécu relationnel du sujet face à lui-même et aux autres, par rapport à la vérité existant comme entité en soi découlant d'une réalité objective des faits, précise les fondements ontologiques de ma réflexion et des découvertes émergeant cette recherche doctorale. Il faut ajouter à cela que

l'histoire des sciences montre que la « trouvaille » [, terme utilisé par Lacan,] ne découle pas d'une démarche hypothético-déductive et qu'elle est la condition des découvertes, mais, à l'encontre du projet scientifique de réduire rétroactivement la part de l'induction, au profit d'une déduction et d'une expérimentation validante, la psychanalyse ne s'élabore théoriquement qu'en laissant ouverte la possibilité de trouvailles, qui constitue la seule voie de réfutation. (Rassial et Costa Pereira, 2007, p. 73).

Le désir de l'étudiante-chercheuse face à la « trouvaille » (Lacan; 1973), ancré ici dans cette méthodologie caractérisée par un processus itératif et inductif, prend racine aussi dans cette préoccupation d'être à l'écoute des processus, tout en ayant une éthique propre à la psychanalyse devant ce que les participants ont bien voulu amener comme nouvelle matière à penser pour enrichir mes réflexions en évolution.

Cette thèse porte l'espoir de susciter de nouveaux questionnements sur la pratique auprès des parents en situation de précarité ou de mettre en lumière de nouvelles pistes de réflexion. Pour ce faire, la subjectivité de l'étudiante-chercheuse, consciente et inconsciente, est grandement sollicitée (Bourguignon, 1995 ; Lepage, et Letendre, 1998 ; Paillé et Mucchielli, 2013) lors de l'écoute des entretiens et des processus de

modélisation et de théorisation : elle oriente, « écoute » et articule les analyses qualitatives (Brunet, 2009 ; Paillé et Mucchielli, 2013). Cette recherche doctorale souhaite rendre compte de la complexité des rouages de ces diverses pratiques cliniques tout en éclairant sur ce qui donne parfois l'impression qu'une certaine précarité des services en arrivent parfois à devenir présente au sein de ceux qui tentent de soutenir ces parents. Faisant écho aux processus primaires, les enjeux de cette pratique clinique en arrivaient à se faire sentir jusqu'au sein des processus de recherche, là où le chercheur peut être intimement sollicité pour s'appropriier le sujet et en faire son objet de recherche. De ce fait, par moments, il fut aride de préserver cette distance nécessaire permettant d'articuler un propos résonant avec toute la complexité de ce phénomène à l'étude, et ce, sans prendre position du côté de la moralité.

À la lumière de ces énoncés sur le concept de « trouvaille », utilisé par Lacan (1973), il est difficile voire gênant d'avoir recours au verbe transitif comprendre pour énoncer le chemin à prendre pour analyser le discours des participants. Jusqu'au XVI^e siècle, le verbe comprendre avait pour doublet sémantique le verbe *prendre*, ayant parfois pour valeur d'« empoigner, happer », ce qui se transforma graduellement, à la fin du XVII^e, au profit du sens d'« englober, embrasser en un tout » et de celui de « concevoir, saisir par l'intelligence » (Dictionnaire historique de la langue française, 2006), p. 827). La trouvaille serait, dans ce cas, réduite à la totalité des éléments saisis et unifiés dans le creux d'une seule et unique compréhension, et ce, au risque de provenir de seulement quelques chercheurs. Lorsqu'on parle d'un phénomène se rapportant à la psyché humaine, il est impensable de s'imaginer avoir saisi l'ensemble du phénomène. L'on peut difficilement penser avoir embrassé la totalité d'un sujet, penser l'empoigner et le prendre comme l'on saisit l'objet par la donnée probante en sciences. Aujourd'hui, le verbe comprendre est davantage entendu comme l'action de « saisir intuitivement l'essence de quelqu'un ou quelque chose, approuver le bien-fondé de ses motivations » (Dictionnaire historique de la langue française, 2006), p.

827), ce qui apparaît tout autant problématique quant à l'espoir sous-jacent que cela suppose, c'est-à-dire pouvoir aller à l'essence même du propos, ou même du phénomène observé par le chercheur.

Les verbes découvrir, élaborer et explorer sont utilisés tout au long de cette thèse pour se garder de penser à une finalité, même singulière, du sujet à l'étude dans cette recherche et par souci de laisser place à de nouveaux positionnements et élaborations de ce même sujet. En ce qui a trait au verbe découvrir, il renvoie, lui, à ce qui était jusqu'à présent caché. Se différenciant de la notion de découverte scientifique au XIX^e siècle, le verbe découvrir vient du bas latin *discooperire* « mettre à découvert » et se rapporte au sens abstrait de « révéler, montrer » (Dictionnaire historique de la langue française, 2006, p. 1012) qui démontre une ouverture à la trouvaille et ne suppose pas de préhension du phénomène, mais plutôt quelque chose qui était resté jusque-là inconnu, se révélant enfin. De son côté, en cohérence avec la définition de découvrir, le verbe élaborer laisse place à ce qui se « travaille avec soin », ce qui se « façonne par un long travail » et ce qui se « prépare par un long travail de l'esprit » (Dictionnaire historique de la langue française, 2006, p. 1199). Finalement, le verbe explorer, emprunté au latin classique *explorare* « observer, examiner, explorer », il renvoie à l'idée de parcourir du regard un lieu pour y découvrir quelqu'un ou quelque chose, et d'examiner de fond en comble un lieu pour y découvrir quelqu'un ou quelque chose (Dictionnaire historique de la langue française, 2006, p. 1371)

Le processus en spirale propre à la méthodologie qualitative de nature inductive (Brunet, 2009 ; Guillemette & Luckerhoff, 2015) a permis de laisser place aux doutes et aux changements, se présentant tout au long de cette recherche qualitative, permettant de demeurer au plus près du discours des professionnels. « De fait, dans la perspective psychanalytique, le savoir est attribué au sujet, qu'il s'agisse du participant à la recherche ou d'un analysant dans la cure, ce qui suppose d'emblée chez le chercheur l'ouverture à de nouveaux savoirs et la tolérance à l'inconnu. »

(Gilbert, 2007, p. 207). Posture qui implique une part d'inconfort pour le chercheur, comme le précise Gilbert (2007), puisque le savoir ne se présente jamais comme complet, saisissable et achevé. Le chercheur est donc confronté à l'inaccessibilité et l'incomplétude propre à la psyché humaine ce qui rappelle « cet impossible à cerner et à maîtriser qui oblige le clinicien d'orientation psychanalytique, toujours confronté au manque (de sens, de complétude aussi), à se mettre au travail séance après séance, à ne jamais basculer dans le rôle de technicien détenteur de la maîtrise supposée » (Gilbert, 2009, p. 23).

Pour l'exercice de cette thèse, rédigée et élaborée dans le cadre du milieu universitaire, la méthode de recherche qualitative sera utilisée, comme mentionné ci-dessus, puisque cette méthode se rapproche de l'orientation théorique psychanalytique adoptée dans cette thèse. Le niveau d'inférence lors des analyses sera donc très peu élevé (voir la section *Analyse des résultats*) surtout en ce qui concerne le vécu affectif des professionnels, veillant à préserver l'intimité des propos des participants, et ce, surtout considérant les caractéristiques des entretiens: un seul entretien par participant, d'une durée de 60 minutes, et ce, à partir d'un canevas d'entretien semi-structuré ayant des visées précises liées aux objectifs de la recherche initiale (voir la section *Sujets*). Bref, il est possible de mentionner que ces données recueillies ne peuvent se comparer à ce que l'analysant pourrait livrer en analyse puisque le temps n'a pas pu prendre son essor et laisser place à un transfert, une association libre et, surtout, à une possible compréhension du sujet inconscient.

Comme le rapportent plusieurs auteurs (Ahfir, 2015 ; Houzel, 1999 ; Lamour, 2010), l'équipe soignante est souvent amenée, malgré elle, dans une répétition de l'utilisation de mêmes défenses que les parents en situation de précarité qu'ils tentent d'accompagner, se retrouvant eux-mêmes en souffrances. Il est donc possible de supposer que cela a un effet sur les chercheurs qui se penchent sur une situation où l'archaïque ne semble pas avoir trouvé frontière. Cela explique les raisons d'une

analyse qui se garde de saisir trop vite, en ayant un niveau d'inférence peu élevé en lien avec la fréquence et la durée des entretiens, et en évitant de prendre position en défendant la cause des uns ou des autres, dans les situations où l'agir est au cœur du fonctionnement du patient (Mannoni, 1965). Tout cela « afin de laisser au sujet la possibilité d'une dimension nouvelle qui le sort d'une relation d'asservissement ou de dépendance à l'Autre » (Mannoni, 1965, p. 131).

4.1 Participants

Dans le cadre de la recherche générale, afin de développer une compréhension riche et détaillée des modèles cliniques de professionnels œuvrant auprès de familles en situation de précarité, six professionnels de divers milieux, ayant entre 3 et 30 années d'expérience professionnelle auprès de ces familles (voir la première partie *Préambule : portrait des participants* du Chapitre V), ont été recrutés par relations professionnelles interposées (voir annexe 2) et ont participé à la recherche sur une base volontaire, et ce, sans compensation financière (voir annexe 2 et 3). Étant donné le contexte de cette recherche, les professionnels sont entendus ici comme les personnes détenant une formation universitaire et ayant une pratique spécialisée en santé mentale. Plus précisément, il s'agit de deux psychoéducateurs⁷, trois travailleurs sociaux étant aussi psychothérapeutes ainsi qu'un psychologue travaillant tous dans des institutions et organisations différentes des milieux de la santé et des services sociaux (voir la première partie *Préambule : portrait des participants* du Chapitre V). Dans leur emploi actuel, ils ont fait l'expérience d'une pratique clinique auprès de

⁷ Les prénoms fictifs utilisés sont non-genrés et les titres professionnels sont mis au masculin au sens générique afin de préserver l'anonymat des participants.

parents en situation de précarité. (voir la première partie *Préambule : portrait des participants* du Chapitre V).

L'échantillon comporte six participants, constitué au départ dans le cadre de la recherche exploratoire et ayant pour objectifs la mise en place d'un service de soutien à la parentalité en situation de précarité. Au fil de l'analyse, certains thèmes devenaient récurrents dans le discours des professionnels et certains d'entre eux donnaient accès à différents lieux de pratique, ce qui venait enrichir la compréhension des services offerts donc des modalités d'interventions auprès de ces parents.

L'échantillon de professionnels de services sociaux et de santé mentale est varié pour ainsi représenter au mieux la diversité des regards sur la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité et afin de mieux cerner la complexité du phénomène à l'étude (Tracy, 2010). En ce qui a trait à leur expérience de travail, comme aucune définition et précision n'ont été données aux participants concernant la nature de la précarité à l'étude, les professionnels ont eu toute la latitude de dégager ce qu'ils entendaient subjectivement par précarité, ce qui apparaît comme une richesse supplémentaire étant donné la pluralité des définitions. Pour dégager toute la pertinence et la richesse de ces multiples définitions, une première partie, intitulé *Préambule : portrait des participants* du chapitre V, en lumière la définition singulière du terme de précarité ainsi que la description des modalités institutionnelles ou organisationnelles spécifiques à chaque participant. Cette section permet de mieux dégager leur positionnement face à la précarité rencontrée dans la pratique clinique propre à l'institution ou l'organisation dans laquelle ils œuvrent.

Comme mentionné ci-dessus, les participants ont été approchés par l'étudiante-chercheuse ou par la directrice de recherche de cette dernière, Raphaële Noël, Ph.D, professeure au département de psychologie, et ce, par l'intermédiaire de relations professionnelles. Il est important de souligner que la directrice de la recherche et la

co-chercheuse ne connaissaient aucun des participants. Deux des participants n'étaient pas inconnus de l'étudiante-chercheuse, de sorte que des mesures particulières ont été prises pour éviter que cela n'interfère lors de la passation. Des précisions sont données dans la section suivante (voir la section *Procédure*).

4.2 *Procédure*

Il est important de rappeler que dans le cadre de la recherche initiale, les objectifs étaient ciblés autour de la mise en place d'un service psychologique, complémentaire à l'expertise psycholégale et l'évaluation psychologique déjà proposée au Centre de psychologie Gouin, visant à soutenir et accompagner la parentalité : mieux comprendre les caractéristiques et les besoins des parents en situation de précarité ainsi que l'expérience des professionnels oeuvrant auprès de ceux-ci et explorer les modèles d'intervention clinique existant. Le canevas d'entretien a donc été construit de manière à être semi-directif, afin d'examiner avec des questions précises les services des professionnels et les modalités cliniques pratiquées dans les diverses institutions ou organisations dans lesquelles les professionnels œuvraient. L'objectif initial était de mener l'entièreté des entretiens individuels à l'aide d'un canevas d'entretien semi-structuré développé également à partir de la littérature sur le soutien des parents en situation de précarité, ce qui a permis de formuler également des questions plus ouvertes (voir annexe 3).

Le canevas fut appelé à changer au fur et à mesure des données recueillies lors des entretiens (voir annexe 3) puisque la recherche qualitative se déroule sur un mode itératif (Guillemette et Luckerhoff, 2015 ; Paillé et Mucchielli, 2013) et qu'elle ne se

déploie pas de façon séquentielle, il s'avère ainsi impossible d'en prédire le dénouement ainsi que ce qui émergera suite à l'analyse qualitative. Sa nature itérative fait plutôt en sorte que tout élément de la recherche peut être continuellement questionnée, évaluée, remaniée et réinterprétée (Paillé, et Mucchielli, 2012). La possibilité de changer d'objectif de recherche au contact de ce qui émerge lors de l'analyse des résultats permet de rester au plus près du discours des participants comme le conceptualise Horincq Detournay (2021) sous le nom d'émergent fit.

La totalité des professionnels interrogés n'a reçu aucune compensation financière pour participer à cette recherche. Les deux premiers professionnels furent interrogés par la co-chercheuse et psychologue du Centre de Psychologie Gouin, Marie-Alexia Allard, et moi-même, pour m'accompagner et me former aux prochains entretiens, mais aussi, comme mentionné dans la section *Sujet*, parce que je connaissais ces deux participants. Afin que la relation que j'avais avec 2 des 6 professionnels interrogés ait le moins d'impact sur leur discours, ces deux entrevues ont principalement été menées par la co-chercheuse, Marie-Alexia Allard. Cela a permis aussi d'éviter, le plus possible, les interactions familières entre le participant et la personne menant l'entrevue. De ce fait, la présence de la co-chercheuse venait tierciser ces deux rencontres pouvant être propices à certains glissements étant donné la relative proximité entre les deux participants et moi-même. En ce qui a trait aux quatre entretiens subséquents, ils ont été conduits uniquement par moi-même puisque ces participants m'étaient inconnus et que j'avais maintenant été formée à la conduite d'entretien de recherche. De plus, après ces deux entretiens révélant de nouveaux objets de recherche, l'ensemble de l'équipe de chercheuses constatait la pertinence de plutôt mener ces entretiens de façon non directive pour s'assurer que le professionnel puisse aborder les questionnements et observations qui lui apparaissaient pertinents au moment de la rencontre, expliquant ainsi l'évolution du canevas initial (voir annexe 3). Le simple fait de procéder à des synthèses, des reflètes et reformulations, de

ce que les participants apportaient dans son discours, permettait d'ouvrir dans un deuxième temps vers les thèmes non-abordés dans un premier temps (Lepage, et Letendre, 1998).

Le travail d'analyse en continu, possible en recherche qualitative, dans une alternance entre la collecte et l'analyse des données, a permis de bonifier le canevas en fonction des résultats en émergence, tout au long de la recherche (Paillé et Mucchielli, 2012). Au fil des entretiens, l'intensité de la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité a été effectivement relevée, comme évoqué dans la littérature sur le sujet. Le canevas au départ orienté uniquement autour de la description et de la compréhension du modèle clinique pratiqué a été progressivement modifié par l'ajout de questions abordant plus directement le vécu des professionnels auprès des parents en situation de précarité.

Plus précisément, lors des quatre derniers entretiens, une question de départ fut posée et, par la suite, le fil associatif du discours du professionnel était suivi, soit les idées qui émergeaient au fil de l'entretien, tout en s'assurant, par l'entremise de reformulations ou de reflets, que le participant aborde les thèmes du canevas au fil de son discours. La consigne de départ était posée dans ces mots : « quels sont les enjeux généraux et spécifiques des parents en situation de précarité sociale durant la transition à la parentalité ou durant l'exercice de leur parentalité? » Elle s'est graduellement transformée en des termes plus généraux et laissant de côté le temps de cette parentalité, préférant que le professionnel définisse et qualifie les enjeux des parents en situation de précarité et la notion de précarité en lien avec sa propre expérience. De plus, un volet a été ajouté à cette question, abordant aussi les caractéristiques des services existants. La question était formulée ainsi: « selon vous, quels sont les enjeux généraux et spécifiques des parents en situation de précarité sociale de même que les caractéristiques des services qui leur sont offerts? ». Tout

cela a permis d'explorer la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité, et ce à partir du discours des professionnels, dans toute sa complexité et au-delà des intentions initiales des chercheuses.

Tel que mentionné ci-dessus, il est important de souligner à nouveau que le canevas d'entretien a été utilisé avec souplesse, c'est-à-dire qu'une question de départ était posée, enchaînant sur les différents thèmes abordés, sans chronologie précise et laissant libre cours à ce que le professionnel mettait de l'avant dans son discours. Des relances au plus près de leur discours ont été faites pour soutenir l'élaboration tout en s'assurant que la totalité des thèmes prévus avait bel et bien été couverte lors de l'entretien. Cela a permis de ne pas limiter les données à ce que les chercheuses souhaitent retrouver dans les entretiens et de porter attention à ce qui était dit par les professionnels, laissant ainsi la possibilité qu'émerge de nouveaux thèmes, conformément à la logique inductive définie dès le départ comme conduite à tenir et dans le recueil des données et dans les analyses de celles-ci. L'entretien se terminait en questionnant le professionnel sur la pertinence d'un service offert aux professionnels et s'il avait des conseils à donner concernant la mise en place de ce dernier.

En raison des horaires de chacun, le lieu de l'entretien fut laissé au choix du participant: un bureau de travail ou un local de recherche à l'UQAM, les deux modalités assurant la confidentialité. Les entretiens ont été d'une durée maximale de 60 minutes et le verbatim a été retranscrit intégralement à la suite de l'enregistrement audio numérique, en veillant à protéger l'anonymat des participants et de leurs clients.

4.3 *Analyse des données*

La recherche qualitative se veut un lieu où l'exploration il est possible de par l'acte fondamental de nommer, permettant ainsi de rendre signifiant et de *re-présenter* des données textuelles en les transposant d'une manière qui fait sens, et ce, en lien avec une problématique donnée (Paillé et Mucchielli, 2012). La méthodologie qualitative est « un positionnement intellectuel qui postule d'abord la radicale hétérogénéité entre les faits humains ou sociaux et les faits des sciences naturelles et physiques, les faits humains ou sociaux étant des faits porteurs de significations véhiculées par des acteurs » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 40). Selon Paillé et Mucchielli (2012), cette méthode d'analyse est enracinée dans le courant épistémologique de l'approche compréhensive et postule la possibilité « qu'à tout homme de pénétrer le vécu et le ressenti d'un autre homme » (p. 40). Dans le cadre de cette thèse, il est important de souligner que les données recueillies proviennent du discours des professionnels qui partagent leur expérience singulière de leur pratique clinique tout aussi singulière. Il s'agit donc de plusieurs compréhensions du phénomène et des parents en situation de précarité, ce qui fait en sorte que l'étudiante-chercheuse restait le plus hypothétique possible au sujet de ce que cela pourrait révéler à propos des parents eux-mêmes et de leur fonctionnement psychique.

À mesure que l'analyse des résultats prenait forme, il y avait là, également, un travail de déconstruction qui s'opérait pour chacun des discours de professionnels. Chacun avait élaboré sa compréhension de sa pratique clinique singulière, mais aussi des parents en situation de précarité, rendant ces discours riches d'un travail de métabolisation en construction. Ce dernier exigeait donc d'interroger et de parfois détricoter ces constructions puisqu'elles étaient entremêlées d'un vécu affectif sensible propre au contre-transfert déstabilisant que rapportent les professionnels

(Ahfir, 2015 ; Bastard, 2005 ; Lamour, 2010 ; Mellier, 2006), contre-transfert qui n'a pas fait l'objet d'analyse pour ce projet de thèse, mais qui a servi de point de départ pour l'analyse de la recherche initiale, intitulée *Soutien à la parentalité en situation de vulnérabilité psychosociale* (Noël et Allard, 2013-2016).

Concrètement, l'analyse du contre-transfert des professionnels n'a pas été au cœur des analyses et le niveau d'inférence de celles-ci restent très peu élevés, comme stipulé dans les sections *Introduction : objectif de recherche et position de l'étudiante-chercheuse* et *Procédure*. Les six entretiens, d'une durée de 60 minutes chacun, ont été analysés tout en se gardant de trop interpréter, et ce, trop rapidement, vu le nombre restreint d'entretiens par participant, un seul. Aussi, il est important de souligner que les professionnels, ayant consentis de manière libre et éclairée au projet de recherche initiale entre l'Université du Québec à Montréal et le Centre de psychologie Gouin, ont donné leur accord afin de participer à une recherche qui se concentrait, non pas sur les mécanismes inconscients se jouant dans les dynamiques relationnelles ou se révélant dans le contre-transfert dans le cadre de leur pratique clinique auprès de parents en situation de précarité, mais sur les modalités d'intervention et sur les caractéristiques de ces parents. Ne pas mettre de l'avant les processus inconscients des participants est donc mû par cette éthique de la recherche visant à ne pas confondre espace de recherche et espace cliniques. La limite inhérente à ce projet de recherche se rapporte à la notion d'interprétation psychanalytique qui est entendue ici comme celle qu'il est possible d'énoncer grâce au contrat entre deux parties dans la situation clinique, d'analyste à analysant (Green, 2011). L'interprétation ne peut donc prendre tout son sens que dans la relation transférentielle émergeant grâce aux multiples rencontres marquées par la libre association et le dispositif analytique. Il va de soi que les entretiens menés dans le cadre de cette thèse ne peuvent se prévaloir de cette nature, qui supposerait une possibilité d'interpréter le vécu affectif, en partie inconscient, comme le ferait l'analyste. La courte durée des entretiens (60 minutes) ainsi que la fréquence de

celles-ci (une rencontre par participant) n'apparaissent pas suffisantes pour poser un tel regard sur les données à analyser. De ce fait, l'étudiante-chercheuse a travaillé à réduire les inférences dans les analyses, et ce tout au long du chapitre V, intitulé *Résultats de l'analyse qualitative*, donnant parfois l'impression de se rapprocher davantage de ce que certains auteurs, comme Paillé et Mucchielli (2012), nomment l'analyse thématique.

Dans la troisième partie de ce chapitre V le niveau d'inférence s'accroît légèrement puisque ce deuxième niveau d'analyse s'appuie sur la mise en commun des discours singuliers de chacun des participants. Le résultat de l'analyse ne reflète donc plus uniquement la pratique clinique propre à chacun des participants, mais se réfère à leurs expériences singulières qui semblent vouloir révéler quelques éléments des rouages de cette pratique clinique devenue en quelque sorte commune.

L'analyse choisie pour ce projet de recherche doctorale est le résultat d'une appropriation subjective des principes fondamentaux de l'analyse par catégories conceptualisantes proposée initialement par Paillé et Mucchielli (2012). Celle-ci a inspiré le travail d'analyse de cette thèse, mais ne reflète guère l'application de cette méthode à proprement parler. Ce modèle de méthode interprétative apparaît un mode d'analyse permettant « de qualifier les expériences, les interactions et les logiques selon une perspective théorisante » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 316) tout en ajustant le niveau d'inférence propice à chaque recherche, ce qui ici fut une légère réserve pour les raisons déjà mentionnées ci-haut. Toutefois, cette méthode va au-delà de la désignation de contenu pour incarner l'attribution même de la signification, et ce, dans le temps présent (Paillé et Mucchielli, 2012).

Il faut cependant noter que cette prudence de l'étudiante-chercheuse, menant vers un faible niveau d'inférence dans les analyses, est porteuse d'un certain nombre de limites puisque lors de l'analyse, certaines catégories conceptualisantes auraient peut-

être pu gagner en profondeur ou en détails si le niveau d'inférence avait été plus élevé, ce qui peut parfois donner l'impression que certains matériaux restent non-interprétés.

Dans la mesure où elle donne lieu à une définition, la catégorie a les propriétés synthétiques, dénominatives et explicatives d'un concept. Tout construit théorique tentant de mieux cerner l'expérience humaine est d'abord, à l'origine, une catégorie (Paillé et Mucchielli, 2012). Créer une catégorie, riche et dénotative, c'est déjà mettre en marche l'articulation du sens des représentations, des vécus et des événements consignés tout en faisant directement référence au phénomène et non pas à une classe de phénomènes (Paillé et Mucchielli, 2012). Pour ce faire, il est nécessaire de sortir de la logique de l'analyse de contenu et tenter de nommer directement l'expérience, ici, les « contre-attitudes » (Ferrant et Ciccone, 2007) sans glisser dans une interprétation des enjeux inconscients de chaque participant, puisque, la fréquence et la durée des entretiens ne permettraient pas une interprétation des mécanismes inconscients des participants sans risquer de manquer à une éthique de la recherche, mais aussi la nature même des entretiens. Comme la catégorie n'est pas une entité objective, elle est l'expression d'une lecture du réel qui pourra prendre autant de formes que le phénomène le permet (Paillé et Mucchielli, 2012).

Pour s'assurer de la rigueur de cette analyse, plusieurs stratégies ont été mises en place lors de la recherche initiale et se sont poursuivies dans le cadre de cette thèse. Tout d'abord, tout au long de la cueillette de données et des analyses menées lors de la recherche initiale, un journal de bord et des notes post-entretiens ont été rédigés pour enrichir les données de mes réflexions autant au niveau méthodologique, théorique que clinique. Ces données plus personnelles et réflexives viennent ainsi enrichir le matériel collecté, bonifier la discussion et consigner le processus méthodologique et ses différentes étapes, assurant ainsi la transparence de ce processus d'analyse (Santiago-Delefosse, 2004).

Des rencontres avec la directrice de recherche, Raphaële Noël, ont aussi eu lieu régulièrement, suivant un mode d'analyse en tandem (Castonguay et Noël, 2017), permettant ainsi un regard tiers sur la théorisation en construction. Cela a permis de discuter, vérifier et valider la théorisation par catégories conceptualisantes inspirées de Paillé et Mucchielli (2012), outil dynamique et toujours en mouvement, prenant forme tout au long du processus d'analyse du phénomène étudié. Troisièmement, des rencontres de laboratoire, avec d'autres doctorants sous la supervision de la directrice de recherche de l'étudiante-chercheuse, Raphaële Noël, ont été organisées. Lors de la rencontre où je présentais une partie de mes résultats, la chercheuse Sophie Gilbert, professeure au département de psychologie de l'UQAM et spécialisée en méthodologie de recherche qualitative, a été appelée à venir assister à la présentation et aux échanges, ce qui permit de gagner en précision, raffinement et justesse.

Plus concrètement, le processus d'analyse s'est déroulé en ayant comme préoccupation première la notion de « trouvaille » (Lacan, 1973), ayant le souci que la méthode d'analyse soit au service du phénomène observé et construit dans le respect du discours transmis généreusement par les participants. Pour préserver cet état d'esprit face à la nécessité d'être bien enraciné dans les données, l'analyse des six entretiens a été marquée par un processus en spirale plutôt que linéaire (Guillemette et Luckerhoff, 2015 ; Paillé et Mucchielli, 2013), marquant ainsi la possibilité d'être en résonance avec les processus de pensée qui ne sont que très rarement linéaires. Cela signifie que, dans un premier temps, des catégories ont été conçues en lien avec le premier entretien. Elles marquent donc le coup de départ, servant ainsi, en quelque sorte, de grille de départ, sans toutefois constituer un repère conceptuel limitatif pour les catégories émergeant lors des entretiens ultérieurs.

Chaque entretien a été abordé avec la même ouverture et disponibilité quant à ce qui s'est présenté de nouveau tout au long de ce processus d'analyse. Les catégories se

transformèrent au fil de l'analyse subséquente des six entretiens, soit par des ajouts, des précisions ainsi que des réorganisations. Tout cela dans le but d'être à même de préserver la singularité des propos tout en regroupant et catégorisant certaines parties du discours. Gardant des traces de ces changements à l'aide des mémos dans le logiciel QSR NVivo (V.10) et du journal de bord, un grand soin a été consacré pour que le fil conducteur des mouvements réflexifs de cette recherche puisse être retracé pour faire preuve, le plus possible, de transparence et de rétractabilité, critères de rigueur en recherche qualitative (Santiago-Delefosse, 2004). Les catégories conceptualisantes (voir annexe 4) se comptent au nombre de 15, regroupant un total de 97 thèmes. Ceux-ci sont articulés sous forme de texte et viennent expliquer ainsi qu'enrichir les catégories conceptualisantes qui ont émergé lors de l'analyse.

Dans le chapitre V, *Résultats de l'analyse qualitative*, les multiples extraits utilisés font montre d'un désir d'enraciner le propos de l'étudiante-chercheuse uniquement dans le discours des professionnels tout en retardant l'entrée de la théorie au maximum (Guillemette et Luckerhoff, 2015), ce qui explique l'absence d'auteur cité dans cette partie de la thèse. La présentation des résultats a été guidée par le souci de rester au plus près du discours des professionnels pour faire vivre au lecteur le processus de sélection et d'élaboration ayant mené à la construction des catégories conceptualisantes. Pour ce faire, il s'avère important de préciser que certains extraits de verbatim ont été légèrement modifiés afin d'assurer la clarté du discours des professionnels sans jamais en changer le sens. Un travail d'élagage a donc été fait sur la forme de verbatim, n'altérant pas le sens des propos. De plus, le masculin est employé tout au long de la thèse ainsi que des prénoms non-genrés pour parler des participants afin de préserver leur anonymat.

4.4 Éthique

4.4.1 Le consentement libre et éclairé

Avant de débiter l'entretien, le formulaire de consentement (annexe 2) a été présenté et expliqué au participant. À ce même moment, il a été stipulé à ce dernier qu'il pouvait se retirer à tout moment, donc qu'il pouvait exercer son droit de retrait, peu importe le moment et sans justification et sans préjudice.

4.4.2 Droit de retrait

Comme mentionné dans le formulaire de consentement (annexe 2), si le participant avait éprouvé le moindre inconfort ou réticence face à certaines questions, il aurait donc pu mettre fin à tout moment à l'entretien, et ce, sans aucune justification. À ce moment, les données auraient été détruites et n'auraient pas été utilisées pour la recherche.

4.4.3 Confidentialité et anonymat

Concernant les entretiens individuels, tous les noms propres et en particulier les noms et prénoms des participants, les noms des villes concernées, des institutions et des

organisations mentionnées ont été changés par des codes alphanumériques ainsi que par des noms de villes et prénoms fictifs (ces derniers étant non genrés) permettant de respecter l'anonymat des participants. De plus, les titres professionnels sont mis au masculin au sens générique afin de préserver au mieux l'anonymat des participants.

Le matériel de recherche (enregistrements numériques et transcriptions codées) ainsi que le formulaire de consentement sont conservés séparément sous clé par la personne responsable du projet, Raphaële Noël, directrice de recherche, pour la durée totale du projet. Les enregistrements, les transcriptions des verbatim ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications des résultats de recherche. Seuls les chercheuses, les étudiantes-chercheuses et les assistants de recherche impliqués dans l'analyse des données ont pu avoir accès aux données.

Conclusion et limites de la méthode

Pour conclure, il est important de rappeler que cette recherche doctorale a pour ancrage des données recueillies dans le cadre d'une plus grande recherche et que cela pose certaines limites, comme celle du niveau d'inférence. De plus, il faut aussi rappeler que le discours des professionnels, concernant leur pratique clinique respective ainsi que leur compréhension des enjeux relationnels des parents en situation de précarité se déroulant dans la relation soignante, se rapporte à leur expérience singulière, limitant l'analyse des données à leur discours concernant le fonctionnement psychique des parents puisque ces derniers n'ont pas été interrogés directement. Ce matériel d'analyse, que les participants ont bien voulu partager les des entrevues, est donc en quelque sorte une élaboration subjective de leur expérience clinique auprès des populations précarisées qui leur a été donné de rencontrer tout au

long de leur pratique clinique, limitant de ce fait le résultat des analyses à leur interprétation du phénomène et des parents en situation de précarité en lien avec cette pratique clinique singulière qui est la leur.

L'analyse des données a aidé à mettre en lumière une exploration, une *re*-présentation des différentes pratiques cliniques auprès des parents en situation de précarité tout en veillant, au mieux des capacités de l'étudiante-chercheuse, à ce que le matériel recueilli au sujet des pratiques cliniques singulières, et ce que cela pouvait révéler des parents eux-mêmes, demeurent le plus hypothétique possible au sujet du fonctionnement psychique de ces derniers, puisque ceux-ci n'ont guère été rencontrés lors de la cueillette de données.

Cela explique le faible niveau d'inférence des analyses ainsi que le fait que plusieurs tiers ont été sollicités à différents moments de la recherche pour s'assurer que l'analyse des matériaux, c'est-à-dire du discours des professionnels ne s'étendait pas au fonctionnement psychique propre aux parents en situation de précarité puisque ceux-ci n'ont guère été interrogés dans le cadre de ce projet de recherche, ce qui serait fort intéressant pour une prochaine recherche.

Néanmoins, la méthode de recherche qualitative choisie permet, dans ce cas, de répondre au mieux à l'objectif de recherche formulée en ces termes : explorer les aléas des diverses pratiques cliniques auprès des parents en situation de précarité, d'un point de vue psychanalytique, à partir du discours de professionnels de services sociaux et de santé mentale.

Étant donné la place que la recherche qualitative accorde à la subjectivité du chercheur (Bourguignon, 1995 ; Gilbert, 2009 ; Lepage et Letendre, 1998 ; Luckerhoff et Guillemette, 2012 ; Paillé et Mucchielli, 2013) ainsi qu'au principe

fondamental d'itérativité et d'induction (Guillemette et Luckerhoff, 2015 ; Paillé et Mucchielli, 2013).

En outre, une description méthodique et détaillée de la démarche de l'étudiante-chercheuse et de la procédure tout au long de la recherche permet de dire que cette recherche s'inscrit dans le paradigme constructiviste. La transparence (Santiago-Delefosse, 2004) permettra au lecteur de mieux se situer quant aux positions et décisions prises par l'étudiante-chercheuse ainsi que sur la qualité de la recherche et pour arriver à produire des savoirs valides tout en ayant des limites comme toute autre méthode (Miller et Dingwall, 1997 cités dans Santiago-Delefosse, 2004). Le produit final qu'est cette recherche doctorale résulte donc de la rencontre entre le sujet et la méthode, l'étudiante-chercheuse et la méthode, l'étudiante-chercheuse et les enjeux aux confins de l'archaïque (Ahfir, 2015 ; Houzel, 1999 ; Lamour, 2010 ; Mellier ; 2006) , la rencontre entre l'étudiante-chercheuse et la charge contre-transférentielle qu'il est possible de ressentir dans les écrits, en lien avec la souffrance des professionnels rencontrés (Lamour, 2010) ainsi que la rencontre avec l'inadéquation institutionnelle face à d'une telle pratique clinique. De ce fait, il est impossible de prédire de quelle manière vont s'articuler les analyses et la transformation de chaque étape de la recherche. Le résultat de celle-ci reste donc unique et son dénouement en partie imprévisible.

CHAPITRE V

RÉSULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE

Introduction

Dans ce chapitre sera exposée l'exploration singulière des pratiques cliniques auprès des parents en situation de précarité à l'aide des données recueillies lors des entretiens auprès des six participants ayant acceptés généreusement de livrer leur parole pour mieux mettre en lumière ce qui semble fonctionner et ce qui achoppe dans les multiples offres de services auprès des parents en situation de précarité.

Tout d'abord, dans la première partie, un préambule permettra de bien décrire les professionnels interrogés par la présente recherche, aidant ainsi le lecteur à bien saisir toute la portée des paroles de l'ensemble des professionnels, et ce en lien avec leur milieu de travail : institutionnel ou organisationnel. Ensuite, dans la deuxième partie, les supra-catégories conceptualisantes et les catégories conceptualisantes seront présentées pour expliquer ce qui est apparu pertinent et a contribué à découvrir de nouveaux aspects de la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité, dégageant ainsi cinq éléments fondateurs des pratiques cliniques évoquées par les professionnels rencontrés. Finalement, la troisième partie permet d'ouvrir sur une

conceptualisation singulière des éléments fondateurs des pratiques cliniques auprès des parents en situation de précarité, faisant le pont entre certaines supracatégories.

5.1 Préambule: Portrait des participants

Introduction

Étant donné la diversité des lieux de pratique, des titres professionnels ainsi que des modalités d'intervention de chacun des participants, cette partie permettra de donner un éclairage plus précis sur la provenance de ces données ainsi que sur l'ancrage institutionnel ou organisationnel de la pratique clinique de chaque professionnel. Il est important de préciser que les informations données dans cette présente partie découlent uniquement de ce qui a été mentionné par le participant, c'est-à-dire ce que les professionnels ont bien voulu partager lors des entretiens. De plus, le choix des termes est en résonance avec le discours de chacun des professionnels, voire directement pris dans le discours de ceux-ci, pour que le lecteur puisse avoir accès, le plus possible, à la posture théorique et clinique de chacun des participants. Toutefois, comme mentionnés dans la partie *Participant* du chapitre IV, afin de préserver l'anonymat des participants, plusieurs éléments furent modifiés : le nom des villes, le prénom des participants ainsi que les dates mentionnées. En effet, par souci d'anonymat, les prénoms fictifs utilisés sont non-genrés et les titres professionnels sont mis au masculin au sens générique afin de préserver l'anonymat des participants. Ceci a été possible puisque cet aspect ne constitue pas un élément significatif pour l'analyse des données et n'a donc pas été mis en perspective dans cette thèse. Les années d'expérience auraient pu être un élément intéressant pour éclairer davantage le

lecteur dans sa compréhension des éléments mis en valeur dans cette analyse, mais cette information ne fait malheureusement pas partie intégrante de tous les entretiens, ce qui empêche de la mettre à profit pour l'analyse. Toutefois, il est possible de mentionner que chaque professionnel a un nombre d'années d'expérience allant de 3 à 30 années de pratique clinique.

En premier lieu, comme le canevas d'entretien a été construit de telle sorte que le professionnel ait la liberté de définir lui-même la nature de la précarité à laquelle réfère sa pratique clinique, cette précarité et son contexte clinique seront exposés en regroupant les propos de chacun. Dans un deuxième temps, la modalité institutionnelle du professionnel, le modèle théorique actuel et son évolution, seront décrits de manière individuelle, et ce, toujours en fonction de ce qui a été transmis dans les entretiens.

5.1.1 Qu'est-ce que les professionnels entendent par précarité ?

De manière générale, tous les participants décrivent les parents en situation de précarité comme ayant de grandes préoccupations financières au quotidien liées à un faible revenu. Tout cela accompagné de difficultés à trouver un logement décent, ce qui s'arrime souvent avec des difficultés liées à la planification budgétaire (Dominique). Aimé affirme que ces composantes sont si présentes pour certaines familles qu'il devient impossible de penser le soin à celles-ci sans s'occuper d'abord de ce qu'il nomme le « b.a.-ba ». Donc, selon lui, il est nécessaire de veiller à ce que ces familles aient de la nourriture et un logement décent pour vivre une vie dégagée de ces préoccupations, donc de porter attention aux besoins pour qu'ensuite parents et professionnels puissent s'attarder à autre chose. Ceci va dans le sens du discours de

Camille qui précise que ces parents en situation de précarité sont souvent dépassés par les exigences du quotidien et ce que cela entraîne une diminution de leur énergie disponible pour faire face à ces obstacles ainsi qu'au temps à consacrer au travail sur soi, tout cela étant souvent combiné avec un très faible niveau d'introspection (Charlie, Dominique, Camille).

Plusieurs des professionnels interrogés se refusent toutefois de croire qu'il s'agit uniquement de questions financières. Dominique apporte un point de réflexion important en amenant la dimension sociale de leur problématique. De leur côté, Aimé ainsi que Lou abordent, grâce à leur pratique clinique, les questions culturelles pouvant jouer significativement quant aux perceptions des situations vécues par les parents, du rapport hommes-femmes ainsi que du jugement de ce rapport du point de vue de la société d'accueil. Pour sa part, Lou distingue la précarité de la vulnérabilité, attribuant à cette dernière un caractère situationnel plutôt que permanent ou transgénérationnel comme c'est le cas pour la plupart des parents mentionnés dans ces entretiens (Lou, Charlie, Aimé, Camille, Dominique et Maxime).

Les participants décrivent les parents en situation de précarité comme étant isolés socialement (Charlie, Maxime, Camille) et ayant peu d'éducation aux conventions sociales (Charlie, Lou, Dominique). Un manque de frontière est observé en lien avec la question de la spontanéité de ces parents. Spontanéité mise en valeur par certains professionnels, comme pour Camille, qui reçoit aussi cette spontanéité comme une démonstration du côté « brut » et authentique de ces parents. Il affirme trouver cela attachant, à certains moments, même si cela démontre un manque de frontière.

Dans le lien aux parents en situation de précarité, selon Charlie, tout semble se mettre en place pour que le rapport soit d'emblée symétrique, ce qui porte à croire qu'il y a parfois voire souvent, un manque de différenciation entre le professionnel et le parent

en situation de précarité (Charlie et Dominique). Un déficit sur le plan de la mentalisation est noté par ce professionnel, ce que partage Dominique.

Plusieurs parents en situation de précarité semblent démontrer de bonnes intentions pour tenter de s'en sortir, comme le soutient Maxime, mais les moyens semblent manquer à l'appel : problème de gardiennage, pas d'accès aux transports, difficultés financières, faible mentalisation, faible niveau d'introspection, manque de scolarisation, isolement, etc. La totalité des participants souligne que ces parents en situation de précarité portent en eux une histoire de vie compliquée : maltraitance, abandon, dépendance, trauma, etc. Cette trajectoire les amène parfois inconsciemment à mettre en place un quotidien qui positionne prématurément leur enfant dans une sorte de « parentification » (Camille), ce que Camille et Charlie décrivent comme étant un vide affectif à combler à partir de l'amour et de l'attention que leur enfant leur porte. Ce phénomène, que Camille arrime avec le développement d'une débrouillardise marquée chez l'enfant, semble aussi porter atteinte au développement de ce dernier puisque cette débrouillardise est souvent le reflet de dynamiques dysfonctionnelles entre les parents et les enfants (Camille, Charlie). La débrouillardise, excessive dans certains cas, devient donc une sorte de réponse à ces dysfonctionnements. Charlie, Camille, Lou et Dominique dénotent toutefois que l'acte de jouer avec leurs enfants est un geste qui reste à construire chez ces parents.

Dans une autre perspective, Charlie évoque que l'enfant peut aussi être perçu comme un rival puisqu'il tend à rappeler au parent en situation de précarité ce dont il a encore besoin au temps actuel, soit les soins parentaux n'ayant pas été reçus lorsqu'il était enfant. Cela confronte le parent au fait que ceux-ci ne seront pas comblés en temps réel, ce qui complexifie grandement le rapport au soin pouvant être apporté spécifiquement à l'enfant.

Pour ajouter à cela, plusieurs notent que ces familles sont souvent aux prises avec des conflits conjugaux importants autant lorsque le couple parental est en union que lorsque les familles sont reconstituées. Par ailleurs, il s'avère que le père de naissance est, pour la plupart du temps, très peu présent, voire peu investi (Camille, Charlie et Dominique).

De plus, Aimé et Charlie mettent en lumière l'influence du milieu de vie. Le phénomène d'embourgeoisement de certains quartiers dits défavorisés, où habitent certaines personnes plus à risque de précarité, vient porter atteinte au sentiment d'appartenance que peuvent avoir les parents en situation de précarité lorsqu'ils fréquentent les services offerts par le quartier ou l'arrondissement. Ces parents désirant fréquenter les services de soutien à la parentalité en viennent donc à se présenter dans des quartiers où la population desservie leur ressemble davantage. Pour certains parents, cela permet de diminuer le sentiment de menace, la crainte d'une dénonciation à la protection de la jeunesse et de l'impression, parfois réelle, du jugement des autres parents qui démontrent un mode de vie passablement différent du leur (Charlie, Camille et Aimé). Cette dernière crainte se cristallise dans l'écart entre ces parents en situation de précarité et les parents venant d'emménager dans le quartier, ce qui fait que, graduellement, les parents en situation de précarité n'arrivent plus à trouver racine dans le quartier où ils habitent, souvent depuis très longtemps, étant donné les transformations qui apparaissent et se multiplient, mode de vie qui correspond de moins en moins au leur.

Les participants s'entendent aussi pour dire que les parents en situation de précarité ne demandent que très peu d'aide voire pas du tout, contrairement à ce que nous pourrions être portés à croire. Ils ont besoin que les services s'adaptent à eux tout en étant soutenus au niveau de leurs compétences parentales, et que les professionnels reconnaissent les bons coups de ces parents (Dominique, Charlie, Camille, Maxime, Dominique et Lou).

5.1.2 Modalité institutionnelle décrite par le professionnel

Charlie

Dans le cadre de sa pratique clinique de travailleur social et psychothérapeute, Charlie distingue deux lieux de pratique tout au long de l'entretien: un lieu actuel et un lieu ancien. Le service dans lequel il travaille au moment de l'entretien est décrit comme un organisme d'accueil parent-enfant destiné principalement aux enfants de 0 à 4 ans, accompagnés d'un adulte significatif. Il affirme ne pas y agir à titre de travailleur social, même si cela est sa profession. Une contribution obligatoire y est demandée, mais le montant reste à la discrétion des parents ou des adultes accompagnant l'enfant qui fréquente le lieu. Le participant décrit ce paiement comme étant symbolique, signifiant que celui-ci peut représenter bien plus qu'une transaction financière et que ce paiement s'inscrit donc dans la clinique, c'est-à-dire qu'il peut être réfléchi par le professionnel comme un autre élément parlant des parents et des enfants accueillis. La fréquentation des lieux est spontanée, même si cela peut arriver que les familles soient recommandées par un autre service en santé mentale. Le nombre de rencontres, la fréquence et la durée des visites ne sont pas prédéterminés, mais laissés à la discrétion de chaque famille. Le professionnel décrit ce lieu comme un organisme communautaire qui agit à titre préventif lors des premières expériences de socialisation et qui permet d'accompagner parents et enfants lors des multiples séparations qu'ils auront à vivre tout au long du développement, comme lors du passage de la maison à la garderie, celui de la maison à l'école ou encore celui de la garderie à l'école.

En ce qui concerne la modalité d'intervention, le professionnel met de l'avant combien, dans ce lieu, le lien et le contre-transfert sont d'une grande importance. Passer par ce que l'intervenant ressent afin de mieux comprendre les situations cliniques ainsi que les interactions des dyades parent-enfant, est décrit comme un atout incontournable. Il s'agit là de proposer des pistes de réflexion d'orientation psychanalytique sur la relation parent-enfant plutôt que des solutions et autres réponses éducatives, réponses que les parents reçoivent fréquemment dans le système actuel, selon le professionnel. Une réunion mensuelle avec l'entièreté de l'équipe a lieu pour travailler les résonances de chacune des petites équipes et pour réfléchir théoriquement, ce qui donne un éclairage nouveau sur certaines situations, selon Charlie.

En ces lieux, Charlie décrit le professionnel comme celui qui adopte une position flottante et évite d'être trop dans une approche éducative. « La base du tricot est l'aspect relationnel, pis l'aspect éducatif vient de surcroît » (Charlie). Il s'agit de tenter de saisir ce que le parent tente d'affirmer dans l'instantané de sa visite, tout en préservant le narcissisme parental, affirme le participant. Mettre des mots sur ce que l'enfant démontre étant donné sa posture, sa gestuelle, ses jeux, ses interactions et autres démonstrations du langage tout en respectant la liberté de ces familles à être ce qu'elles sont, c'est-à-dire ne rien demander de plus que ce qui se déroule au moment de l'accueil. L'aspect éducatif de l'intervention vient donc de surcroît, selon lui, en apprenant aux parents à mettre des mots sur ce qui se déroule au temps présent pour l'enfant.

En ce qui concerne le lieu de pratique précédant de plusieurs années celui décrit ci-dessus, Charlie en décrit les grands principes en mentionnant qu'il s'agissait d'un lieu institutionnel public de « reparentalisation », c'est-à-dire de permettre au parent de reprendre le développement de sa parentalité en lui offrant une figure d'attachement. Dans ce milieu, les professionnels y œuvrant avaient parfois recouru au modèle

éducatif dans les interventions, misant toutefois prioritairement sur l'établissement d'un lien significatif pour amorcer le lien aux parents en situation de précarité. Selon Charlie, ce fonctionnement, très apprécié des professionnels, était une modalité efficace et significativement pertinente au niveau clinique et permettait de préserver le lien si difficile à établir. Cependant, ce service s'est vu modifié par un changement de paradigme et d'orientation théorique et clinique, ce qui l'a amené à quitter cet emploi. « C'est l'histoire idéalisée dont le rêve a pété » (Charlie).

Aimé

Aimé est travailleur social de formation. En ce qui a trait à la pratique clinique d'Aimé, il la définit comme de la prévention, du dépistage ainsi que de l'intervention communautaire orientée vers les services. Le modèle actuel, dans lequel il travaille depuis environ 2 ans, s'inscrit dans une perspective écosystémique tout en s'appuyant aussi sur le modèle bio-psychosocial, comme il le mentionne lors de l'entretien. La majorité des personnes fréquentant ce lieu sont en contexte d'immigration et sont en majorité, 75 à 80%, des femmes du quartier dont 50% d'entre elles sont demandeurs d'asile, 60% de mariages arrangés, 15% de mariages forcés et 20% sont des femmes violées, consommatrices de SPA, travailleuses de l'industrie du sexe et des familles venant d'une institution visant à protéger les enfants.

Se situant dans le champ de la périnatalité sociale, cet organisme offre un accueil permanent pour les femmes et leurs enfants de 0 à 4 ans dans un lieu offrant tous les éléments d'une maison, selon Aimé. Dans ces lieux sont offerts : des consultations médicales, des suivis de grossesse avec une sage-femme, du soutien psychosocial par des travailleurs sociaux, de l'accompagnement pour les démarches concrètes quant à

l'intégration dans la communauté et de l'accompagnement autour des démarches administratives autour de la périnatalité. Le soutien peut aller jusqu'à des visites à domicile, si nécessaire. La seule condition est de ne pas avoir de médecin de famille pour accéder aux services.

Le modèle de pratique clinique est décrit comme étant une équipe de professionnels se rendant rapidement accessible : un médecin, un travailleur social et une sage-femme. Une approche sans jugement est préconisée. Les services sont gratuits et grandement accessibles, paramètres qui permettent de rejoindre ces familles avec plus de facilité. Chaque professionnel de l'équipe a une pratique individuelle, dans le souci d'assurer une cohérence d'interventions groupales. Chaque situation est discutée en équipe. Aimé affirme que le terme « cas » n'est pas utilisé pour plutôt prioriser celui de « situation » permettant d'assurer que la situation des familles rencontrées demeure en mouvement et sans jugement. Pour terminer, ce professionnel ajoute que tous les membres de l'équipe se permettent de verbaliser ce qu'ils vivent vis-à-vis des familles ainsi que des autres professionnels pour se dégager de ces ressentis le temps des interventions.

Selon Aimé, les contraintes administratives, telles que la prise de notes au dossier et les statistiques, sont respectées, mais sont l'affaire de tous. Les professionnels de cette organisation se soutiennent en groupe pour voir à cette tâche. Ils sont en lien avec un pédopsychiatre spécialisé en intervention culturelle et avec une unité d'évaluation pour les retards de développement, troubles du spectre de l'autisme, troubles de langage, etc. Aimé considère ce service d'aide concrète et directe comme une plaque tournante dans le réseau de la périnatalité sociale.

Aimé qualifie son travail comme une position d'accompagnement qui consiste à se positionner de l'intérieur pour aider ces familles tout en procédant à ce qu'il nomme du modeling : montrer et sécuriser. La multitude des services, l'offre de grande

disponibilité, avoir un quartier d'appartenance, proposer une stabilité des ressources et une motivation importante des professionnels (rémunération + bénévolat) fait en sorte que le service est un lieu qui a pour désir de recréer le village nécessaire pour élever des enfants.

Du coup, les professionnels semblent engagés bien au-delà des exigences professionnelles et sont amenés à faire du bénévolat à plusieurs reprises. La mission de cet organisme consiste à solliciter la mobilisation des familles par celle de l'environnement, donc de l'équipe de professionnels : remettre en route les mécanismes de mobilisation, ce qui est possible uniquement s'il existe un sentiment de sécurité et une reconnaissance des efforts de ces parents et des enfants. La relation est vue, par ce professionnel, comme symétrique avec la notion d'apport mutuel.

Avant cette expérience de travail, Aimé a œuvré pendant plus de 20 ans dans un milieu de travail qu'il décrit comme étant contraignant et trop organisé pour répondre à ces familles. Il affirme avoir beaucoup souffert de ce type de pratique clinique. Il évoque la souffrance vécue autrefois, liée à sa pratique en milieu institutionnel public, en affirmant : « je me sentais mourir » par la lourdeur administrative. Le « momentum » (Aimé) pour aider était toujours dépassé. Ce professionnel mentionne que la pratique personnalisée s'est perdue en raison du nombre à desservir : offre de continuité devenue impossible, possibilité de desservir certaines personnes à domicile s'est réduites jusqu'à disparaître complètement, personnalisation des relations devenues impossibles. Une rigidification du cadre d'intervention qui conduit, à son sens, à ne plus pouvoir aider les personnes en ayant le plus besoin. En lien avec ces pratiques, Aimé ajoute que cela a un impact négatif pour certains professionnels : « ils sont allumés de la lumière inverse d'aider ... ». Ces intervenants en arrivent à juger et critiquer les parents en situation de précarité : « si on les écoutait, il faudrait que les pauvres soient pauvres tout le temps... pas le droit de venir en taxi... de se faire les ongles... faut qu'ils aient l'air misérables » (Aimé).

Lou

Lou œuvre comme psychoéducateur dans un service qu'il qualifie de public et qui vise à dépister et intervenir auprès d'une population provenant d'un quartier multiculturel. Les parents et enfants qui sont recommandés au service de ce professionnel viennent d'un peu partout, même si une prédominance d'intervention transculturelle demeure. Ce professionnel et ses collègues reçoivent des groupes de parent-enfant rencontrant des difficultés développementales : trouble du spectre de l'autisme, retard de langage, trouble du développement, trouble d'attention avec ou sans hyperactivité, etc. Une équipe de travailleurs sociaux et de psychoéducateurs reçoit ces familles tous les mardis au même endroit, et ce, depuis plus de 20 ans. Cette constance du cadre, tous les mardis dans le même lieu depuis toutes ces années démontrent, selon Lou, toute la flexibilité des interventions et la tolérance nécessaire à cette fréquentation intermittente qu'il a constatée comme étant particulièrement caractéristique de ces familles.

Les parents doivent s'inscrire obligatoirement, mais peuvent attendre jusqu'au matin même de la visite du service pour signifier leur présence. Le modèle théorique du service offert par cette institution publique est d'approche systémique et se concentre tout particulièrement sur les schèmes de référence que peuvent avoir les familles. En ayant la possibilité de s'inscrire au dernier moment, l'aide peut donc être prodiguée dans l'instantané et comme aucune activité n'est préétablie avant l'arrivée des parents, il y a là une adaptation des interventions orientée vers les parents tout en considérant les schèmes de référence des familles reçues, ici, majoritairement de cultures diverses.

Il s'agit d'une intervention de groupe que Lou définit comme étant de la médiation thérapeutique se déroulant à l'aide d'activités sélectionnées à même les questionnements des parents présents lors de la visite. De plus, une préparation à l'école ou à la garderie est offerte par l'entremise du vidéomodeling. Dans cette vidéo, une séquence de routine de base est présentée pour familiariser l'enfant au contexte scolaire ou à celui de la garderie. Les familles apportent la vidéo à la maison pour poursuivre le travail au-delà du service offert sur les lieux de l'intervention. Aucun enfant n'est filmé pendant les rencontres, ce qui permet d'éviter le sentiment d'intrusion, selon Lou. Ce professionnel dit s'inspirer d'un programme déjà établi de psychostimulation, qui n'est pas nommé dans le cadre de l'entretien, et qui est, selon Lou, respecté par les autres psychoéducateurs de l'institution. L'adaptation personnelle que Lou en a faite permet, selon lui, d'établir un lien de confiance avec un intervenant, qu'il nomme l'intervenant pivot, pour que puissent advenir des références ultérieures dans d'autres services. « Il faut vraiment d'abord créer la relation de confiance » (Lou).

Camille

De son côté, Camille divise sa pratique clinique en deux temps, tout comme le fait Charlie : un temps antérieur et un temps actuel. Les deux lieux sont sans cesse mis en comparaison dans le discours du professionnel. D'un côté, le modèle passé se situe davantage dans la cadre d'une pratique communautaire et, d'un autre côté, le milieu actuel est décrit comme s'inscrivant dans le réseau de la santé publique. En général, Camille affirme que son travail est avant tout un travail de médiation puisqu'en tant

que psychoéducateur et psychothérapeute, il se sent souvent pris entre l'arbre et l'écorce, soit entre la famille et école ainsi que l'école et famille.

Du côté de la pratique clinique antérieure, celle dans le milieu public, Camille définit l'organisme de l'époque comme une équipe de pédiatrie sociale qui mettait tout en place pour éviter le placement des enfants en tentant de donner aux familles ce qui semblait lui manquer concrètement au niveau du besoin : entretien ménager, peinture, recherche d'emploi, banque alimentaire, etc. Il s'agissait d'accompagner voire de porter la famille le temps qu'il faut, ce qui peut devenir lourd, comme le souligne Camille. Le suivi familial peut se faire dans l'organisme communautaire, mais souvent les interventions se déroulent à la maison, à l'école de l'enfant et dans le milieu de vie des familles. Un plan d'intervention est élaboré après deux ou trois rencontres avec les familles et les suivantes sont volontaires et s'inscrivent dans un suivi à moyen et court terme. Camille qualifie l'équipe de solidaire et considère que les familles reviennent vers le service, car ils seraient très attachés au lieu ainsi qu'aux personnes qui y travaillent. La clientèle, comme il la nomme, est très défavorisée, selon Camille, ce qui est moins le cas dans sa pratique actuelle dans le réseau public.

Dans cet autre lieu, celui du temps présent, les familles demandeuses de soin sont en crise : développementale, structurale et/ou répétitive. Ils viennent de différents référents et se présentent volontairement au service offert qui est d'orientation systémique. Camille fait l'hypothèse que la crise est pour la famille une sorte de « momentum » (Camille) important qui génère une demande d'aide. Le service les reçoit donc en proposant une offre de soins s'échelonnant sur 10 à 12 semaines, intervention intensive dans la semaine, de 1 à 4 fois par semaine. Après ce nombre de semaines, le dossier se ferme, ce qui est tout à fait nouveau pour lui et quelque peu questionné durant l'entretien, même s'il affirme que cela peut être bien puisque le

temps alloué est maintenant défini dans le temps, donc portant une certaine limite. Il précise cependant que, dans les trois mois suivants, la famille peut réactiver la demande si une autre crise subvient. Si la famille est jugée comme étant en crise, celle-ci reçoit directement des services. Dans le cas contraire, il est mis sur une liste d'attente qui peut être considérablement longue, tout dépendant de l'évaluation de la situation.

Maxime

L'institution, dans laquelle Maxime est travailleur social, est décrite comme étant un service s'inscrivant dans le réseau public. Les professionnels de ce dernier accueillent des gens qui arrivent de centre jeunesse, de médecins généralistes, de l'entourage et, parfois, directement du service lui-même. Maxime conçoit sa posture professionnelle comme une offre d'accompagnement et de l'éducation pour que les parents puissent devenir autonomes. Pendant l'entretien, il souligne le changement de paradigme ayant eu lieu dans les deux dernières années, passant de l'analyse systémique à un service inspiré des thérapies cognitive-comportementales. La pratique, au sein de cette institution, a donc été appelée à changer de manière assez importante, suffisamment pour déstabiliser quelques professionnels œuvrant dans ces lieux depuis longtemps, comme cela semble être le cas pour Maxime. Tout au long de l'entretien, il y a donc quelques allers-retours entre ces deux temps différents de sa pratique clinique, et ce, dans la même institution.

Dans le temps actuel, comme mentionné ci-haut, l'approche cognitivo-comportementale est préconisée pour penser le service aux familles. Le suivi se déroule sur un maximum d'un an, sauf exception. Maxime affirme que cela permet de

suivre plus de monde, mais que dans certains cas où il juge que ça serait pertinent de poursuivre au-delà de ce délai, il devient difficile de justifier ce qui nécessite cette prolongation en dehors des limites préétablies. Un accent est mis sur ce qu'il nomme les thérapies brèves. Ces dernières sont axées sur les solutions et proposent tout un système de repérage de la motivation ainsi que de la position subjective du patient face à sa capacité à se mobiliser et à répondre aux critères du programme. Il y a ce qu'il appelle une hiérarchisation des demandes par le titre donné aux patients lors du suivi : capacité à répondre à la demande du professionnel, fait ses devoirs ou non, formule une demande ou pas, etc. Selon Maxime, le focus est mis sur le positif pour tenter de faire avancer le patient. Toutefois, une fermeture du dossier peut se produire si aucun retour d'appel n'est fait dans les dix jours suivant la demande. De ce fait, il est possible de constater que Maxime se réfère au système précédent celui qui a été implanté depuis moins de deux ans, qui est d'approche systémique et vise à analyser la situation pour mieux la comprendre. Il affirme qu'à cette époque le suivi pouvait être d'une durée de cinq ans et que cela permettait de mettre en place des interventions en amont. De plus, il souligne qu'à ce moment, il y avait aussi des intervenants référents pour les différents besoins au quotidien.

Maxime affirme qu'il est nécessaire pour le professionnel de ne pas imposer ses propres conceptions de la situation problématique vis-à-vis les familles. Il propose de respecter les priorités des clients tout en précisant que le parent est le spécialiste de l'enfant, ce qu'il évoque trouver difficile à faire étant donné le changement de paradigme des interventions. Il y a là un partage d'expertise tout en accompagnant. Selon Maxime, le parent est donc celui qui prend la décision finale pour tout ce qui le concerne, lui et son enfant.

Dominique

Dominique œuvre à titre de psychologue dans une institution publique visant à protéger les personnes mineures d'un contexte fragilisant pouvant porter atteinte à leur développement. La mission est d'éduquer, contrôler, évaluer, surveiller, prévenir et encadrer les familles dans un tel contexte. Ce professionnel se définit comme étant d'approche psychodynamique, définissant celle-ci comme étant une recherche de sens et émettant des interprétations en lien avec l'histoire singulière, etc. Dominique est amené à jouer plusieurs rôles dans cette institution. En tant que consultant auprès des intervenants, il est amené à accompagner, former et faire du modeling pour soutenir l'aide prodiguée directement aux familles. Soulignant toute l'importance de sensibiliser les intervenants à la dimension culturelle, mais aussi, et avant tout, de rendre significatif le poids de l'histoire singulière du sujet dans les enjeux qui touchent ces parents, leur mode de fonctionnement et leur manière d'entrer en relation avec les intervenants. Il évoque à plusieurs reprises combien la formation continue est capitale et vise à contribuer à la curiosité des professionnels comme des intervenants.

Ce professionnel est amené à soutenir la prise de décision des intervenants. En outillant ceux-ci par une consultation psychologique, Dominique offre un espace à ceux-ci pour mieux comprendre les familles concernées. Son aide est donc indirecte. Dans le cadre des réunions cliniques de groupes, il est amené à participer aux prises de décisions, et ce, à toutes les étapes du processus, à se prononcer sur la portée des interventions faites ainsi que sur la suite des choses pour les enfants supportés par l'institution.

Dans le cadre des ateliers offerts aux familles, l'institution offre plusieurs programmes pour venir en aide directement aux familles : toxicomanie, violence,

psychostimulation, prévention, femme enceinte, etc. Dans le cas d'enfants ayant vécu des traumatismes graves, Dominique fait de la psychothérapie. Cependant, dans certains cas, l'expertise psycho-légale devient son mandat de psychologue. Quand cela s'avère nécessaire, les enfants peuvent être placés pendant un temps suffisant pour que les parents puissent reprendre une vie suffisamment normale en vue d'une réinsertion future des enfants dans leur milieu familial.

De manière générale, Dominique propose un éclairage psychanalytique sur la pratique auprès des parents en situation de précarité en décrivant quelques principes d'intervention : catégoriser le moins possible, se centrer sur le patient et sur le sens de ses symptômes, installer un lien de confiance, ne pas généraliser, prendre en compte l'histoire et les émotions des parents ainsi que des professionnels venant en supervision.

Conclusion

Ce bref éclairage, visant à préciser la provenance des données utilisées pour élaborer cette recherche doctorale, met de l'avant la parole des professionnels rencontrés. Permettant de mieux saisir l'ancrage institutionnel ou organisationnel de la pratique clinique de chacun des professionnels rencontrés, cette première partie du chapitre V souhaite informer le lecteur de la posture théorique et clinique de chacun des participants, donnant ainsi un ancrage à la conceptualisation décrite dans les parties suivantes de ce chapitre. Chaque professionnel décrit sa position quant à la notion de précarité et, mutuellement, cela permet d'en arriver à une définition nuancée et somme toute assez précise de la précarité. Le regroupement des propos de chacun a donné lieu à l'apparition des divers éléments définissant la précarité de ces familles :

précarité financière liée à un faible revenu, difficulté à trouver un logement décent, faible niveau d'introspection, transmission transgénérationnelle, isolement social, peu d'éducation aux conventions sociales, manque de frontières, rapport qui invite d'emblée à la symétrie, déficit sur le plan de la mentalisation et faible investissement du père de naissance.

Or, plusieurs de ces professionnels sont d'accord pour affirmer que les parents en situation de précarité démontrent de bonnes intentions pour s'en sortir, malgré les moyens limités dont ils disposent. Leur histoire relationnelle respective est souvent marquée par de grandes souffrances, faisant en sorte que ces parents ne demandent que très peu de soutien voire pas du tout. Force est de constater que la multiplicité des situations de précarité des parents fréquentant les divers services décrits dans la présente recherche résonne avec la pluralité des modalités d'intervention.

5.2 ANALYSE PAR CATÉGORIES CONCEPTUALISANTES : cinq éléments fondateurs des pratiques cliniques évoquées par les professionnels

Introduction

Dans cette deuxième partie, les résultats de l'analyse par catégories conceptualisantes (Paillé et Mucchielli, 2012) des entretiens avec les professionnels œuvrant auprès des parents en situation de précarité seront présentés en détaillant les catégories conceptualisantes formulées : définition, description et illustration. Rendant ainsi compte du travail d'exploration des pratiques cliniques auprès des parents en situation

de précarité, il sera mis en relief ce qui est significatif dans ces pratiques cliniques singulières décrites par les participants, tout en restant au plus près de ce qu'ils ont généreusement voulu dévoiler lors des entretiens semi-structurés. La parole qui a été énoncée est teintée de multiples questionnements portant sur l'investissement des services, l'expérience du professionnel pratiquant dans un milieu institutionnel ou communautaire ainsi que les limites de leur pratique clinique. Par exemple : que faire pour que ces parents investissent le lien, la ressource, le lieu, etc. ? Comment proposer l'amorce de l'établissement d'un lien dans le temps? Quelle position prendre face à une souffrance qui fait ressentir autant d'impuissance? Comment rester soignant lorsque les ruptures de liens se répètent? Autant de questions, que de constats qui ont su animer ces réflexions, élaborations et interprétations tout au long de ce travail de construction au contact des subjectivités rencontrées.

Cette analyse par catégories conceptualisantes se veut enracinée dans les données permettant ainsi de donner une voix à ces professionnels, qui tentent de déployer tous les efforts qu'ils jugent nécessaires pour mettre en place une structure, un lieu et, pour certains, une maison où les mots peuvent prendre forme pour ces parents en situation de précarité. Les entretiens faits avec les professionnels ont permis d'ouvrir sur différents éléments fondateurs illustrant ce qui se caractérise les diverses pratiques cliniques auprès des parents en situation de précarité, donnant accès à plusieurs représentations du soin que les professionnels tentent de leur offrir ainsi qu'à la configuration organisationnelle et clinique permettant de recevoir ces parents. À travers les discours de ces professionnels, se sont articulées de multiples histoires permettant de mettre en lumière ce qui se joue dans cette pratique clinique : ce qui n'arrive pas à se construire pour que le professionnel et le milieu de soin soient perçus par les parents en situation de précarité comme étant soignants ainsi que ce qui permet au professionnel de préserver sa capacité à prendre soin de ceux-ci à même l'institution ou l'organisme qui est le sien. Pour ce faire, lors de l'analyse, les parents

ont été pensés dans un même temps que les professionnels, évitant ainsi de hiérarchiser les expériences.

Dans cette partie, les cinq supra-catégories conceptualisantes, regroupant à leur tour plusieurs catégories conceptualisantes (voir annexe 4) seront présentées. Ces supra-catégories et catégories conceptualisantes, mettent en relief les cinq éléments fondateurs du soin qu'il est possible de voir émerger du discours des professionnels interrogés, soit se disposer à l'accompagnement : préserver la capacité de penser, le caractère singulier de la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité, un temps circulaire confronté au temps linéaire des pratiques, le tiers, une pratique en marge et limite soignante. En espérant que cela puisse trouver écho dans la pratique clinique que vivent les professionnels œuvrant auprès des parents en situation de précarité pour que de ces rencontres émergent de nouveaux souffles.

5.2.1 Quand la distance invite à se disposer à la réflexion

Ce premier élément fondateur, des diverses pratiques cliniques évoquées par les participants, consiste à mettre en exergue ce qui semble disposer les professionnels à une réflexion sur ce qui se joue au cœur des rencontres cliniques avec les parents en situation de précarité, et ce, dans un contexte où une grande proximité ne cesse de se réclamer. Dans la première catégorie conceptualisante, les professionnels expriment la nécessité de se dégager de cette proximité afin de préserver leur capacité de penser, ce qu'ils arrivent à trouver en demeurant toujours à la recherche d'une distance suffisamment bonne dans les rencontres entre parents et professionnels. Deuxièmement, les professionnels rapportent que les réflexions cliniques se doivent d'être en mouvement afin de rester au cœur des enjeux cliniques.

À la recherche d'une distance suffisamment bonne

La distance à incarner dans les soins prodigués aux parents en situation de précarité n'est pas toujours celle qui vient spontanément à l'esprit. La trouver constitue une démarche en perpétuel recommencement puisqu'elle s'inscrit dans le lien à l'autre, quelque part entre le très près et le lointain. Rencontrer l'autre tout en étant en mesure d'être suffisamment proche pour établir un lien, sans trop divulguer de soi, risquer de faire intrusion ou laisser croire à une indispensabilité. Trouver cette distance, toujours renouvelée, amène aussi à explorer les zones fragiles qui sont propres au sujet pour ainsi ne pas être submergé par les remous internes et demeurer dans la relation où chacun préserve sa différence.

En écoutant les participants partager leur expérience de leur pratique clinique auprès de ces parents, il a été particulièrement riche de constater combien ce jeu relationnel de recherche d'une distance suffisamment bonne, suffisamment bonne en référence à la mère suffisamment bonne chez Winnicott (1957), était au cœur de leur préoccupation. Tout d'abord, certains ont souligné que les professionnels gagnaient à définir ce que signifie pour eux accompagner des parents en situation de précarité pour éviter de pencher du côté du portage, ce qui apparaît, pour Maxime, comme une tentation de grande proximité à laquelle il ne faut pas succomber, même si d'emblée cette position semble être facile à occuper autant pour le parent que pour le professionnel: « Il faut se dégager parce qu'on est sensé accompagner et non porter, mais oui on peut sentir des fois que l'on porte, mais il ne faut pas, ce n'est pas ce qu'il faut faire (rire prolongé et soupir) » (Maxime). Plusieurs professionnels rapportent qu'ils sont appelés à intervenir au quotidien et dans une grande proximité avec ces familles, ce qui engendre une intensité positionnant « les professionnels dans un lien fort intense et pouvant faire vivre beaucoup d'impuissance » (Dominique) surtout lorsque les interventions s'avèrent être mises en échec.

Accompagner, affranchit le professionnel de la tâche de faire à la place du parent en situation de précarité et permet, du même coup, d'échapper à la dépendance aux services qui pourrait s'instaurer au fil des interventions de portage, crainte que Camille et Dominique énoncent à plusieurs reprises pendant l'entretien. Si la place de celui qui accomplit les avancées est occupée par les parents et non le professionnel, ces parents pourraient se prévaloir d'un sentiment de pouvoir face à leur propre capacité à se porter eux-mêmes et à réclamer une aide extérieure, si la situation qu'ils traversent le réclame.

On n'est pas sensé être là à vie, donc il faut aussi donner du pouvoir au client pour que celui-ci puisse s'intégrer dans sa communauté. De plus, ça renforce son estime d'elle-même parce que c'est un obstacle qu'elle a réussi à franchir en étant en contact avec son réseau (Maxime).

Dans le cas contraire, cela positionne le professionnel comme occupant une place indispensable auprès du parent en situation de précarité, ce qui peut supposer que le professionnel doit toujours être présent et disponible pour résoudre ce qui pose problème, amenant, comme le mentionne Maxime, le risque que le parent revienne se référer au professionnel toute sa vie durant. Accompagner se résume ici à tout entreprendre pour que le parent en situation de précarité en arrive à intégrer les soins qui lui sont offerts, en demeurant un peu à côté, mais présent et disponible pour assurer temporairement un passage par le soignant afin d'explorer la demande et les ressources nécessaires pour répondre, sans toutefois accomplir le travail à la place du parent. Cela ne va pas sans considérer qu'il s'agit d'une position complexe à incarner, qui suscite, comme le nomme Maxime un peu plus haut, une tentation de portage à laquelle il faut résister, et qui se développe dans le temps. Le professionnel agit donc comme transmetteur de lien entre le parent et les professionnels travaillant ainsi dans et avec le réseau auquel le parent devra se référer pour répondre à ses besoins. Cela peut prendre diverses formes, comme le soulignent plusieurs participants : les

premiers pas vers d'autres organismes de soutien, des activités de groupe, des ateliers, de la cuisine collective, etc. Se positionnant un peu entre les deux, à l'interstice entre la dyade et le social, le professionnel se risque donc à tisser des liens qui seront ensuite investis par le parent dit précaire. Accompagner le parent dans cette démarche dépasse l'unique souci de diriger le parent vers les services jugés adéquats, comme le souligne Aimé dans cet extrait, mais permet un premier pas vers l'autre, un « maillage » qu'il faut d'abord tisser pour le parent.

Le maillage doit se faire de la bonne façon parce que, tu vois, je vais envoyer des gens par exemple dans les services sociaux pour des problèmes d'impôts et ils vont arriver là-bas et on va leur dire « non, on ne fait pas d'impôt ici ». Si tu appelles et que tu dis que c'est exceptionnel, que la situation est difficile et qu'on n'a pas d'autre contact, ils disent oui. Il faut que le maillage se fasse, que la demande de la personne devienne leur affaire, celle de l'organisme. [...] Il faut que les missions des organismes dans lesquelles les gens se croisent deviennent conjointes pour que les gens arrivent dans un cercle et qu'ils puissent continuer à y aller (Aimé).

Cet accompagnement implique que les professionnels se sentent suffisamment concernés pour assurer le « maillage » (Aimé) entre autres lorsqu'ils réfèrent, ce qui vient élargir le cercle social de ces parents. À ce moment, le professionnel travaille donc à soutenir la position d'accueil de l'autre professionnel qui va recevoir ces parents en situation de précarité n'arrivant pas lui-même à formuler une demande. Ce travail de lien devient donc l'affaire de chacun d'entre eux, c'est-à-dire du professionnel qui fait le pont et de celui qui reçoit la demande. S'éloignant parfois des réponses préétablies offertes par le cadre institutionnel, ce travail gagne à être réfléchi à la mesure des enjeux de chaque famille, et ce, en équipe.

C'est certain qu'ils n'iront pas d'eux-mêmes vers des organismes qui peuvent les aider où, alors, ils iront vers des choses qu'ils connaissent, des choses avec lesquelles ils ont été entraînés depuis qu'ils sont jeunes [...] Il y a du *dropping* des fois. Si tu fais du *dropping*, il ne faut pas t'attendre à ce que tes clients soient

accueillis. Si tu laisses dans la cour une cliente, entre guillemets, sans avoir expliqué aux gens ce qui se passe, tant à la personne qu'à la cliente, tu sais... (Aimé).

Une mission conjointe entre les organismes semble permettre la mise en route de ce « maillage » (Aimé), cette amorce d'une mise en lien qu'Aimé distingue de ce qu'il nomme le *droping*, soit de donner uniquement le nom d'organismes offrant des services. Cet accueil implique que les enjeux de chaque famille reçue soient au cœur des réflexions sur ce qui les empêche de fréquenter l'organisme ou ce qui les amène à s'y présenter. Quel investissement pour quelle famille? Les recommandations deviennent alors, non plus des ordres à suivre et à exécuter par les familles, mais une proposition de se référer à l'autre lors de périodes difficiles, d'un filet à construire. Pouvoir prendre appui sur un professionnel, quand les « affronts du passé » (Aimé) se mélangent aux interventions proposées, devient alors une occasion de bâtir avec eux ce socle de sécurité qui n'a pu prendre forme dans l'histoire relationnelle intime de ces parents. Cela nécessite, tout comme une autre intervention, un soutien afin que cela se concrétise ainsi qu'une tolérance de la part du professionnel à l'hésitation, l'absence, le refus, le doute, etc.

Le travail de groupe est aussi évoqué comme pouvant préserver cette distance nécessaire pour continuer de penser les actions à venir dans les interventions : se questionner, se positionner différemment si nécessaire, remettre en perspective l'intervention et la famille concernée, etc. Le fait d'être à plusieurs, « de faire équipe » (Aimé), permet aussi de créer ce filet de sécurité, autant pour les parents que pour les professionnels œuvrant auprès d'eux, permettant d'éviter que les « affronts du passé » ne refassent surface dans la relation entre le professionnel et le parent.

Faire équipe pour que les gens tombent dans quelque chose qui est la sécurité au lieu de l'insécurité parce qu'il ne faut pas oublier que si les gens deviennent vulnérables c'est qu'au départ ils ont vécu des affronts qui les ont rendus

vulnérables et finalement ils pensent que plus personne ne peut les aider (Aimé).

Aimé souligne ici l'importance de préserver cette espace de réflexion sur l'intervention afin que le professionnel soit le plus conscient possible de ce que peut représenter son offre de soins, son écoute et ses interventions. L'accès à une tierce personne peut donc devenir prometteur de cette distance nécessaire à l'émergence d'une pensée réfléchie et en accord avec l'histoire singulière des parents.

Avec cette clientèle-là, ça prend beaucoup de, comment je pourrais dire, tu ne travailles pas tout seul avec eux. Admettons en thérapie, bien la personne que tu as, tu la suis et tu es supervisé, mais souvent ça prend beaucoup de réflexions : est-ce qu'on fait les bonnes choses pour répondre à leur besoin ou, comme on disait tantôt, est-ce qu'on perpétue quelque chose au lieu de le régler, est-ce qu'on répond vraiment à leurs besoins à ces familles-là? (Maxime).

Réfléchir à plusieurs quant aux répercussions qu'auront les interventions proposées est comparé au temps de supervision que prend le psychothérapeute pour poser un regard nouveau sur sa pratique et les intentions de celles-ci, en échangeant sur ce qui se déroule en séance et demeure parfois en suspens dans la tête du clinicien. Cet espace de parole aide à permettre aux paroles et actions de s'inscrire dans une démarche réflexive plutôt que dans une réaction aux enjeux des familles.

À l'opposé de la proposition d'accompagnement de Maxime, Aimé présente une toute autre conception de la distance à avoir dans les cas où les parents sont jugés inaptes à prodiguer les soins à leur enfant et que les instances juridiques introduisent une distance marquée entre l'enfant et son parent en retirant temporairement la garde au parent. Aimé considère qu'il est préférable d'éviter ce genre d'action rapide visant le placement de l'enfant, car cette rupture est interprétée par les parents comme un

message d'incompétence parentale qu'il s'avère difficile de réparer dans l'après-coup, une distance qui s'avère trop grande pour être métabolisable par ces parents.

À partir du moment où on déplace les enfants, on envoie le message direct aux parents qu'il est un mauvais parent. Et ça c'est une image, on parlait de résilience, mais c'est une des images les plus difficiles à réparer. Comme parent, on t'enlève la responsabilité de t'occuper de tes enfants, même si on te dit que c'est pour ton bien, c'est une des pires choses qui peut arriver à un parent (Aimé).

Selon Aimé, les professionnels en charge de cette famille doivent plutôt « faire couple » temporairement avec eux pour éviter cette séparation obligée qui infligerait peut-être plus de dégâts à long terme. Donc, contrairement à ce qu'il aurait été possible de croire, l'intervention à prescrire ne se situe pas automatiquement dans la mise à distance ou le rapprochement, mais reste à définir selon la situation singulière de chaque famille. Ce grand rapprochement, proposé par Aimé, vise à soutenir le parent, dans l'exemple ci-dessous il s'agit de la mère, quant à l'organisation du quotidien ainsi que des soins prodigués aux enfants, le temps que la situation se stabilise et que le parent se sente à nouveau en mesure d'assurer cette fonction lui-même de par le cheminement fait pendant ce temps. Le professionnel n'est là que temporairement pour que le parent ne perde pas cette place qui est la sienne et qu'il puisse apparaître dans la relation à son enfant, place qui ne doit pas être prise par le professionnel ou, ici, l'instance légale.

Le réflexe de protéger les enfants c'est un bon réflexe, mais quand on parle de placement...Et si on peut avoir des services, comme ça existait auparavant : les éducatrices, les auxiliaires familiales et sociales qui allaient dans le milieu pour un certain temps, question de pouvoir réinstaller une routine après la crise. De pouvoir temporiser et maintenir le système familial fonctionnel. Je pense à des services comme les aides familiales. Ces femmes-là, elles arrivaient le matin, elles donnaient une routine à madame, elles accompagnaient les enfants à l'école, puis jusqu'à ce que madame soit capable de les habiller, qu'elle

retrouve sa dignité, qu'elle voit qu'elle est un bon parent et qu'elle soit capable de le faire seule. Ben ça il y en a plus, il y a plus de service dans le milieu. Les services qui sont donnés sont donnés au bureau. Puis c'est quelque chose de très éthéré (Aimé).

Selon ce participant, il faut être en mesure, comme professionnel, de se positionner de l'intérieur, c'est-à-dire dans la vie concrète de ces parents, jour après jour, permettant ainsi d'accéder à toute la honte que les situations difficiles peuvent infliger à ces parents, de comprendre ce qui les amène à poser les gestes qui sont les leurs. C'est un peu comme si avoir les deux pieds dans leur vie ouvrait sur des observations significatives et transformatrices quant aux apports cliniques que peuvent faire les professionnels, ce que le travail de bureau ne permet pas, selon Aimé. De plus, étant à la mesure de ce qui se déroule dans la famille, les interventions au quotidien viennent ponctuer le quotidien de soins permettant ainsi de signifier aux parents qu'il n'est pas mauvais, image qui serait extrêmement difficile à réparer après une séparation institutionnelle, selon l'expérience clinique de ce professionnel. Ces interventions rapprochées et temporaires rétrécissent cette distance évoquée ci-haut et rappellent combien l'économie de réflexions singulières ne peut être faite. Camille ajoute qu'il faut parfois se risquer à écouter ces familles, les investir et même, dans certains cas, s'y attacher au-delà du cadre de travail pour en arriver à accéder à la partie touchante de celles-ci.

Tu restes quand même attaché. Puis moi je ne suis pas le genre à être triste de les quitter. Je passe à d'autres choses. Mais, cette famille-là, elle m'avait quand même touché. Je m'étais beaucoup investi. Je me rappelle une fois, elle m'avait raconté sa vie vraiment dans les grosses émotions puis j'avais eu les larmes aux yeux, mais j'étais à l'aise d'avoir les larmes aux yeux. " Ça me touche, ce que vous me dites " (Camille).

Ce même professionnel précise que, du côté des parents, il y a aussi cette recherche d'une distance suffisamment bonne à constamment apprivoiser dans les soins qu'ils

doivent prodiguer à leur enfant. Pour certains, il existe une grande proximité entre leurs ressentis et ceux de leurs enfants, voire une indifférenciation entre les deux. Il est donc difficile, voire complexe, pour ces parents de faire cette distinction. Quelquefois, ils se mettent à la place de leurs enfants. Parfois, ils sont un peu proches. « J'ai vu beaucoup de maman que dès que leur enfant va rencontrer l'enseignante ou le directeur, bien ça les bouleverse vraiment, de façon un peu disproportionnée. C'est comme si ça leur arrivait à eux » (Camille). Tout cela donne l'impression que l'autre, ici l'enfant d'âge scolaire, est vécu comme si c'était soi, ce qui teinte le soin et soutien parental pouvant être proposé à l'enfant, mais aussi la relation au professionnel venant en aide à l'enfant.

Dans des familles, je trouvais qu'il y avait des relations symbiotiques et fusionnelles de la mère avec tout, avec l'enfant. Donc c'est qu'il fallait travailler sur cela aussi. J'avais un petit peu un rôle de médiation à faire. J'avais le travail de voir comment l'école peut être plus sensible aux familles versus comment que la famille peut s'adapter aux exigences de l'école, alors j'étais prise entre l'école et la famille (Camille).

Les épreuves rencontrées par l'enfant sont vécues avec une telle promiscuité que le parent se sent comme s'il était le principal concerné et en est affecté en tant que protagoniste. Il est donc extrêmement chamboulé lorsqu'un tiers doit intervenir auprès de son enfant. Certes, cela demande d'accompagner le parent dans cette recherche d'une bonne distance à acquérir progressivement entre lui et son enfant pour qu'il arrive à rester parent au cœur des situations complexes.

Une certaine aisance à jouer avec les multiples distances à incarner et instaurer au gré des situations cliniques semble permettre qu'un lien fort et stable s'établisse, même après la fin des interventions, et propulse le parent vers un projet préalablement investi en co-construction avec le professionnel.

Je pense que ce sont des familles où les jeunes sont très résilients par rapport à ce qu'ils vivent. C'est comme beau de les voir aller des fois. Je pense à une famille qui m'a marqué. D'ailleurs, des fois la mère m'écrit sur Facebook. On n'est pas amis, mais elle m'écrit juste comme pour me dire où elle est rendue (rire) puis je pense qu'elle a encore besoin de me dire ça. Ça me fait plaisir à chaque fois. Je l'aimais bien puis elle a en arraché en maudit dans sa vie cette femme. Ils habitaient dans un demi-sous-sol. Moi-même, je touchais au plafond. C'était vraiment dégueulasse : le linge à terre, les murs gris. C'était insalubre. Puis, j'ai travaillé avec cette femme-là pour vraiment l'aider à travailler l'ordre. On a organisé une corvée de peinture. Les yeux du petit de six-sept ans de voir qu'on peindrait une fin de semaine avec deux trois bénévoles! Puis, quelques mois après, on continuait le suivi et on travaillait autre chose. Ensuite, la mère a déménagé dans un appartement plus grand, les conditions se sont améliorées et cette famille-là je l'ai référée puis ça allait beaucoup mieux (Camille).

Il s'agit de garder en tête que toute idée du soin reste à reconstruire à la venue de chaque nouvelle famille, et ce, au regard de ce qui la met en difficulté, même si le professionnel peut avoir parfois l'impression qu'il vacille dans une trop grande proximité.

Quand j'étais rentrée le soir, j'étais brûlée. Je me demandais " ça sert-tu à quelque chose qu'on fasse ça? ". Je m'étais questionnée. Est-ce qu'on donne trop? Mais en bout de ligne, je ne regrette pas ou, en tout cas, je pense que cette proximité-là qu'on avait avec les gens elle valait quelque chose quelque part, tant que ce soit comme bien dosé et que ça ne devienne pas comme juste du copinage (Camille).

Il ne semble pas y avoir de distance acquise à prescrire dans le travail auprès de ces parents, mais une distance suffisamment bonne à tenter de s'approprier selon les particularités de chacune de ces familles ainsi que selon les différences de chaque professionnel, ce qu'il peut tolérer, et ce que l'institution peut endosser et soutenir. Lorsque le professionnel est appelé à travailler avec une famille dite en situation de précarité, il peut arriver qu'il se sente pris « entre l'arbre et l'écorce » (Camille), soit

entre les exigences institutionnelles, quelles qu'elles soient, et la réalité familiale qui nécessite une autre façon de faire, un peu en dehors de ce qui est établi. Cela requiert un temps beaucoup plus long que celui souvent attribué pour intervenir. Toutefois, Dominique souligne combien il est primordial que le professionnel arrive à son tour à distinguer ce qui est en son pouvoir : imputable face à la loi ou l'institution dans lequel ils œuvrent ainsi que ce qui est cliniquement significatif pour les familles et ce qui est de l'ordre de leur valeur personnelle.

Un autre problème c'est quand l'intervenant veut que ça soit comme chez lui. À tous les jours, à l'école, ils m'ont dit " faire des sandwiches au jambon, ça n'a pas de bon sens. Il faut varier son alimentation! " Varier son alimentation ce n'est pas dans la loi, c'est dans tes valeurs, alors on n'est pas là pour ça. C'est difficile parce que ça se peut que la personne elle soit scandalisée de ça. Il ne faut pas négliger, faut mettre la bouffe dans le frigo, mais ça ne dit pas quelle bouffe? S'ajuster entre leur niveau d'éducation, leurs valeurs, les valeurs des clients (Dominique).

Dominique précise qu'à certains moments, quand les professionnels interviennent au plus près de la vie des parents en situation de précarité, ils en arrivent à ressentir ce décalage inévitable entre leurs styles de vie et celui des familles. Réduisant ainsi cet écart par la projection d'un soin jugé bon par le professionnel, la réflexion autour des interventions à mettre en place devient donc le reflet de cette trop grande proximité qui, après un certain temps, vient à ne plus correspondre à ces parents et à la précarité dans laquelle ils se trouvent. De son côté, Aimé explique combien le service offert par son institution met tout en place pour parvenir à jouer un rôle dans la vie des familles tout en laissant place à une distance se dessinant au fil des rencontres ainsi que des mouvements d'alternance entre proximité et éloignement, et ce, grâce à un dispositif stable et cohérent. De ce fait, ce participant juge que ce cadre d'intervention proposé offre une aide à la mesure de la limite des parents concernés.

La stabilité on n'en parle pas assez. Je pense que le truc c'est d'abord d'être là toujours à la même place. Parce que d'autres institutions ont changé de place, ils sont maintenant autre part. Et maintenant, les gens ils n'osent pas rentrer, y'a des clés partout de toute façon, y'a des codes et tout ça. Donc ici, dans notre institution, vous rentrez et c'est une maison normale : il y a des gens qui font de la cuisine, il y a des gens qui attendent longtemps et se servent du micro-ondes (Aimé).

Dans ce lieu, il y a là tout ce qui rappelle l'intérieur rassurant d'une maison, alliant stabilité à sécurité tout en proposant un lieu ouvert sur la communauté. De ce fait, cela laisse libre cours aux familles de se déposer, dans des gestes du quotidien, pour ainsi prendre place dans l'espace clinique offert par l'institution qui représente le monde extérieur approché parfois avec un sentiment de méfiance notoire.

Quand il y a de la violence conjugale, la femme elle passe toute la journée ici dans le fond du fauteuil. Elle dort ici, elle va aux toilettes, elle amène l'enfant et elle mange ici. C'est presque une maison normale. Ce qui fait qu'ils peuvent avoir une idée de l'intérieur de la maison, selon moi ça joue beaucoup. Parce qu'on ne cache rien (Aimé).

Être présent, dans ce lieu de protection et de soin, devient donc envisageable puisque les femmes, décrites dans l'exemple d'Aimé, se présentent en sachant que leur sentiment de méfiance sera accueilli au même titre que la partie d'eux qui souhaitent se tourner vers l'autre pour obtenir une écoute ou un soutien le temps de la crise. Occuper cet endroit, se situant un peu dans un espace intermédiaire entre le proche et le lointain, permet de penser un espace où les choses peuvent se transformer au rythme des familles rencontrées.

Une réflexion en mouvement : rester au cœur des enjeux cliniques

Dans la pratique auprès des parents en situation de précarité, les questions fusent : en offrant de nombreux services qui répondent directement aux besoins vitaux des familles, est-ce que cela vient à créer un empêchement pour les familles quant à la possibilité d'apprendre à se débrouiller? Est-ce que ce type d'intervention engendre une certaine passivité face à l'adversité de l'existence voire entretient un « équilibre dysfonctionnel », expression utilisée par Camille? Est-ce que ce soutien vient à les empêcher d'avancer en les rendant dépendants de nos interventions? Laissant parfois les professionnels perplexes devant les certitudes théoriques et cliniques adoptées par l'institution, ces questions ne trouvent pas de réponse précise, instaurant de plus en plus le doute sur les pratiques préétablies.

[...] On maintient l'équilibre dysfonctionnel, un peu. Le problème persiste. Je sais qu'il y a des familles où c'est encore la boucle, c'est-à-dire que c'est la même chose qu'en 2008. Qu'est-ce qui fait que ça n'évolue pas? Pour moi, la société : il faut qu'on s'occupe de nos familles dysfonctionnelles, ou en tout cas, mais à un moment donné il faut que ça vienne d'eux aussi (Camille).

Certes, la plupart des interventions sont mises en place dans une logique d'aide et de soutien à la parentalité, ce qui suggère que la société, c'est-à-dire les professionnels qui se sentent interpellés par la souffrance de ces familles, les prennent en charge et s'occupent donc de « ses familles dysfonctionnelles » (Camille). Nonobstant, cette proposition de service semble poser question à quelques professionnels qui, au fil des années d'expérience, voient se perpétuer un cycle de répétition de ces manifestations de souffrance et une demande d'aide qui s'inscrit dans un maintien plutôt que dans une construction d'un socle pouvant les porter le temps que ces familles développent le nécessaire pour faire face à ce qui engendre ce mal-être. Cette seule posture professionnelle n'arrive pas à refléter la complexité des enjeux propres à chaque famille, comme le fait remarquer Camille, créant ainsi un décalage entre l'action à visée soutenance et la situation des parents.

Il y avait beaucoup d'aide comme des denrées alimentaires qu'on recevait tout le temps : des poches de linges, tout ça. C'était comme beaucoup à un moment donné. À quel point, au niveau clinique, on aide vraiment? C'est sûr qu'en fonction de chaque famille c'était différent et qu'il y avait quand même une évaluation des besoins qui était faite, sauf que le message qu'on envoie, si on aide autant, est que le parent n'est pas capable (Camille).

De ce fait, le niveau sous-jacent et symbolique de ce que représente une offre de soin au quotidien, passant par le don du nécessaire à la survie, renvoie à l'élaboration d'une réflexion appuyée sur l'histoire singulière du sujet, c'est-à-dire à chaque rencontre. Encore une fois, l'idée de la procédure officielle applicable à toutes situations, ici le don de vêtements et de denrées alimentaires, semblent parfois détoner quant aux possibilités et désirs de mobilisation de chaque parent. « Moi, je pense qu'ils sont capables. Des fois, ces parents-là, c'est eux qui avaient le plus besoin d'aide et ils n'entraient pas tout le temps dans le désir de travailler cela eux-mêmes » (Camille). Il faut donc se poser la question de ce qui amène les professionnels, pratiquants dans des institutions particulières, aux réflexions qui sous-tendent ces offres de services et leurs fonctions. Au désir de qui ces services répondent-ils?

Les services qui leur sont offerts correspondent oui et non à leurs besoins. Oui, parce que je pense que ça prend quand même un village pour élever un enfant surtout quand tu as des enfants qui ont des parents pour lesquels c'est difficile. Des fois, je trouve que ça peut faire en sorte qu'on embarque dans leurs problèmes, dans le sens où il y a trop de services puis on n'est pas aidant parce qu'on ne permet pas à la famille de se mobiliser ou de voler de ses propres ailes. On les maintient dans une espèce de passivité (Camille).

Camille met en lumière ce qui, d'un soutien trop présent ou même trop mobilisé, semble pouvoir introduire une sorte d'empêchement à prendre le risque de « voler de ses propres ailes » (Camille), soit de se tourner eux-mêmes vers le monde pour aller y puiser ce que les familles jugent nécessaire pour prodiguer les soins à leur enfant.

Dans l'exemple donné par Camille, c'est un peu comme si le soin restait externe à la famille, ce qui induit une certaine passivité, ce que ce professionnel fait remarquer. Ce doute dont fait part Camille invite à repenser et remettre en route la réflexion sur laquelle s'appuie les interventions préconisées, prenant ainsi le risque de reconsidérer un travail déjà en place qui ne s'arrime peut-être pas au désir initial de soutien visant à permettre à ces parents d'éventuellement subvenir à leurs besoins. De son côté, Lou met de l'avant cette malléabilité par l'entremise du cadre légal qui se réfléchit en lien avec le jugement clinique, ce que Maxime soutient en ajoutant le risque de voir se chroniciser les problèmes de ces familles si le service n'en prend pas la mesure en ajustant son cadre de travail à chaque rencontre.

Je crois en la flexibilité, je crois en l'importance d'établir le lien de confiance avec le client. [...] Il ne faut pas juste avoir des cadres « ok vous avez un an, six mois à faire » parce qu'ils vont revenir, ils vont revenir (Maxime).

L'idée de pouvoir travailler avec une certaine liberté, et ce avec la possibilité de penser les suivis à long terme si cela s'avère nécessaire, revient souvent dans le discours des professionnels. Croyant qu'éventuellement ces parents en arriveraient à s'approprier le travail accompli au sein de leur propre vie et auraient moins la nécessité d'investir les services de façon ponctuelle et récurrente.

Alors, moi je souhaiterais avoir cette latitude, cette flexibilité pour pouvoir dire : " bien cette maman-là elle vient d'avoir un diagnostic. Elle ne va pas bien et je veux l'accompagner là-dedans parce que ça aura un impact sur l'enfant, sur le couple, sur l'acceptation future de la nouvelle condition de l'enfant " (Maxime).

Cette réflexion sur la pratique clinique et les impacts de celle-ci, dont fait montre Maxime, ouvre sur une possibilité de penser ces familles, et les retombées cliniques liées aux interventions, en les projetant dans l'idée d'un lien soignant à construire dans le temps et duquel le parent se défait progressivement en s'appropriant ce soin.

De surcroît, le fait de se sentir professionnellement libre de penser le temps des soins en fonction des enjeux perçu par le clinicien, menant parfois à des suivis à long terme, ouvre sur la capacité qu'ont ces parents en situation de précarité de mener à terme certains changements, et ce, dans un rythme qui tient compte des souffrances qui sont les leurs. L'idée de se projeter dans un avenir porteur de projets devient donc possible au fil des rencontres, non pas par un dispositif qui le montre du doigt, mais par le désir du parent qui prend tranquillement racine dans ce lieu de soin où le clinicien écoute le singulier de chaque famille.

Dans certains cas de figure, les professionnels qui réfléchissent à leur pratique clinique remarquent que les interventions rapides et efficaces, recommandées par l'institution, en arrivent certes à donner des résultats concrets, mais entraînent parfois, dans un même temps, l'émergence de problématiques inattendues. « Parce qu'ici, on essaie de changer des choses, mais des fois les changements sont positifs, on voit les retombées positives, mais des fois les changements génèrent d'autres problèmes qui n'étaient pas prévus » (Maxime). De par cette observation, ce participant souligne combien la souffrance de ces parents ne semble pas s'être apaisée, malgré quelques effets positifs liés à l'intervention. Il note plutôt qu'un certain déplacement semble parfois se produire, un peu comme si la manifestation de la souffrance s'est vue transformée là où elle est restée incomprise en demandant un changement dans l'immédiateté. Elle trouve donc une autre voix pour exprimer ce qui tenaille la famille et refait surface autre part, rappelant au soignant qu'elle demeure à élaborer.

Le fait de pouvoir réfléchir à nouveau sur ce qui apparaissait intouchable, voire immuable, quant aux propositions cliniques institutionnelles génère un raffinement des pratiques en lien avec l'élaboration d'une nécessaire cohérence entre les enjeux sous-jacents aux comportements de ces parents dits précaires et les pratiques visant à les soutenir. Maxime et Charlie mettent de l'avant la pertinence d'aller interroger non pas uniquement le faire parental menant au faire professionnel, mais se pencher sur ce

qui est demeuré insaisissable et qui cherche à se faire entendre. Finalement, réfléchir au-delà des comportements comme l'évoquent plusieurs professionnels : « Mettre l'accent sur comprendre les enjeux au-delà des comportements. C'est quoi l'enjeu? » (Charlie).

Ça c'est un symptôme, moi je le sais pas pourquoi c'est sale chez eux. C'est ça qu'on va essayer de voir, de mieux comprendre. C'est spécifique à elle. Il faut voir le sens en arrière du symptôme. [...] C'est facile comme professionnel, comme être humain, de plaquer quelque chose là-dessus, mais le sens derrière ça on ne le sait pas et il faut creuser (Dominique).

C'est comme s'il fallait que la famille vulnérable ait l'air misérable, autrement dit. Moi, ça vient me chercher. Moi, je suis bien content que cette mère ait une nouvelle perruque dans toute sa vie de merde et tout ce qui lui arrive. Je suis vraiment, mais vraiment, content qu'elle soit allée se faire des supers ongles, je suis content pour elle. Ça m'a beaucoup intéressé, à notre ressource, qu'il n'y ait pas cette vision-là, ça ne s'arrête pas au regard, à ce qu'on voit là (Aimé).

Aimé dénote combien il a la possibilité, dans l'organisme où il pratique de ne pas avoir à se limiter aux réactions concrètes des parents en situation de précarité, ce qui lui permet de prendre en considération que ces personnes peuvent avoir traversée au cours de leur vie, comme des expériences traumatiques, qui viennent teinter leur façon d'être et de vivre, mais aussi leur rapport à l'autre, ici, le professionnel. Le regard posé sur les gestes, sans en entrevoir la fonction, ne suffit pas à comprendre ce qui se passe pour ces familles. Sachant que les « affronts du passé » (Aimé) laissent des traces, il devient, selon plusieurs participants, nécessaire de porter attention à ces éléments pour poser un nouveau regard sur les réflexions antérieures ayant mené à l'établissement de pratiques cliniques en place. Préserver le mouvement qui permet à la pensée de se déployer pour que les professionnels soient appelés à se questionner à chaque nouvelle rencontre clinique en s'appuyant sur les enjeux relationnels propres aux parents en situation de précarité, se risquant à penser autrement le cadre de la pratique clinique portée par l'institution ou l'organisation.

5.2.2 Un espace de soin construit à même le socle fertile de ces parents

Ce deuxième élément fondateur des diverses pratiques cliniques met de l'avant l'idée que l'espace de soin se construit à même le socle fertile de ces parents, c'est-à-dire à même leurs ressources, à la fois externes et internes. Pour ce faire, le savoir des professionnels reste donc en filigrane, ce qui est exposé dans la première catégorie. Tout cela permet, comme mentionné dans la seconde et dernière catégorie, que se déploie le « capital humain » déjà présent chez le parent et reconnu par le professionnel.

Un savoir professionnel en filigrane

Comme évoqué un peu plus haut, la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité exige des professionnels de préserver une distance pour en arriver à un arrimage entre les interventions mises en place et les parents pour qui le service se déploie. Cela signifie que le professionnel jette un regard sur la situation qui est celle de ce la famille et s'intéresse à la parole de celle-ci, et ce, à chaque nouvelle rencontre. « Ce qui fait qu'on arrive à rejoindre [les parents en situation de précarité] c'est le fait d'être contente de les rencontrer, de voir chaque personne comme une personne unique » (Aimé). Comme le souligne Aimé, cette rencontre implique de s'adresser au sujet en tant qu'être complexe portant avec lui son histoire relationnelle

et ses « affronts du passé », ce qui peut, à tout moment, ressurgir dans le lien soignant. Le professionnel ajuste donc sa posture, son écoute et ses interventions en lien avec ce qui refait surface lors des rencontres cliniques. Considérer la parole des parents comme devant faire partie prenante du processus de mise en place des interventions les concernant, sans forcément y répondre par un soin immédiat, ouvrent sur ce qu'Aimé considère comme son rôle principal : « nous, on vient plus amener un lien. Moi, j'essaie toujours d'amener quelque chose de l'ordre d'un lien, d'une idée. [...] On cherche ensemble. Il n'y a pas de réponse professionnelle, selon moi ». Cette position face au savoir professionnel met de côté cette posture d'expert prétendant à la vérité sur l'autre et laisse place au savoir que le parent a à découvrir sur lui-même.

Moi j'ai une formation, bien entendu, qui me permet de comprendre des problématiques, plus que de les comprendre eux. [...] Je ne vois pas la vision professionnalisante comme une réponse à tout prix aux problématiques. Probablement qu'elles sont les meilleures personnes pour répondre à leur problème (Aimé).

Or, selon Aimé, ce savoir professionnel ne peut se positionner au-devant de la scène en résolvant les problèmes de ces familles, mais plutôt en filigrane, laissant place à la vérité du sujet sur lui-même, savoir qui, selon ce participant, permet à ces parents de trouver eux-mêmes les solutions à leurs problèmes tout en étant accompagné de ce savoir professionnel décrit dans l'extrait susmentionné.

Au bout du spectre, quelques professionnels remarquent, à travers les exemples qu'ils énoncent, cette difficulté à saisir un élément de compréhension qui serait généralisable à cette pratique : autant dans la compréhension théorique des phénomènes, des enjeux sous-jacents, dans la création du lien que de ce qui se voudrait aidant ou pas, comme le mentionne Dominique : « Moi, je ne suis vraiment

pas capable de faire du général, je suis juste capable de faire du spécifique ». Un peu comme si l'impossibilité de généraliser un certain savoir sur ces parents amenait ce professionnel à se perdre dans la vastitude des possibilités cliniques que la singularité des familles amène, arrivant difficilement à trouver des repères communs à cette pratique clinique. « C'est vraiment impossible de généraliser. Je peux vous donner des exemples jusqu'à ce soir (rit) » (Lou). Cette absence de certitude, ou enfin de point fixe qu'apporte la généralité de la théorie peut devenir déstabilisante pour le professionnel et même angoissante du fait de son absence de frontière, ici temporelle. Le doute constant devient donc un repère bien instable, un pilier sur lequel il est difficile de prendre racine pour intervenir. Ce discours un peu éparpillé d'histoires décrites en détail, comme le souligne Lou, donne à croire que tout reste à construire comme si chaque parole de parents s'énonce pour la première fois et exige un travail de support à l'élaboration sans socle théorique préalable.

On ne peut pas rester dans la superficialité [...] Il est agité, mais pourquoi ? Il revient de chez sa mère. On peut dire qu'il est agité parce qu'il a vu sa mère et il n'est pas bien ? On peut aussi dire qu'il est agité parce qu'il s'ennuie vraiment de sa mère et il a hâte d'y retourner ? Je le sais-tu pourquoi il est agité ? C'est facile comme professionnel être humain de plaquer quelque chose là-dessus, mais le sens derrière ça, on ne le sait pas et il faut creuser. [...] Chaque personne a une raison du pourquoi (Dominique).

Éviter de recourir à des méthodes préétablies, en réfléchissant à la fonction des comportements, sollicite davantage le professionnel quant à l'impuissance qu'il peut ressentir face au soutien qu'il peut offrir, et surtout quant à la rapidité à laquelle cela peut apporter des changements. Ce qui a amené la précarité de ces familles reste toujours une question ouverte, en suspens, qui, selon Dominique, doit éveiller la curiosité du professionnel face à leur histoire. La multitude des enjeux sous-jacents invite donc à penser la précarité non pas comme une catégorie d'individus ou un amalgame de troubles ou d'attitudes en particulier, mais plutôt comme un symptôme

déchiffrable, et ce, en résonance avec l'histoire singulière de chaque personne, tout en s'appuyant sur différents types de services qui réfléchissent à ces questions.

Il y a tellement de motifs, d'enjeux sous-jacents, que je pense qu'effectivement il faut offrir différents types de services pour être capable de répondre, ce n'est pas de dire " Ah ok, on va ouvrir un service qui répond à la vulnérabilité sociale et ça va matcher " (Dominique).

La variabilité des situations amène à penser le soutien de manière tout aussi diversifiée, sans prétendre atteindre tous les parents en situation de précarité. Cependant, les problématiques spécifiques complexifient la question du soin. Selon Dominique, il n'y a pas de programme qui arrive à regrouper l'entièreté des situations singulières.

C'est difficile de les aider. Moi, je peux bien dire à ce monsieur-là : " Eh, ça adonne bien, on est *business program* nous autres". Alors, on a un programme qui est conçu expressément pour aider les parents consommateurs. Je suis convaincue que c'est un bon programme, mais peut-être que pour ce monsieur-là ça ne s'adresse pas du tout à ses besoins, ses difficultés et la raison pour laquelle il consomme (Dominique).

De ne pas avoir de réponse prête à proposer aux parents peut être frustrant, voire vertigineux pour le professionnel qui souhaiterait aider ceux-ci en tenant compte uniquement du caractère spécifique de leur histoire. En situation transculturelle, comme le souligne Lou dans l'extrait ci-dessous, l'écart entre les fantaisies de soin du professionnel et la réalité des familles risque d'être grand, ce qui peut amener plus d'impuissance du côté du professionnel, car cela appelle à revisiter les assises théoriques et cliniques habituellement proposées.

Il faut que ça tienne compte de leurs schèmes parce que dans plusieurs sociétés, chacun a son rôle : la mère protège l'enfant et le père est pourvoyeur. Nous,

dans notre société, on veut que le père s'implique dans le développement de l'enfant, on veut que le père parle des sentiments, mais ce n'est pas nécessairement ça qu'ils ont besoin, alors il faut vraiment y aller cas par cas, famille par famille (Lou).

Lorsqu'on continue de se questionner et que l'on reste dans une posture de rencontre, il est possible de faire place aux particularités des histoires de chacun ainsi que des préoccupations qui pourraient trouver soin, sans sous-entendre une prise de position morale quant aux décisions concrètes et aux choix éducationnels. « C'est très difficile d'établir un plan qui, en général, va couvrir tout » (Lou). En effet, comme le nomme Lou, aucun plan ne permet de tout couvrir, ce qui vient mettre en exergue le sentiment d'impuissance pouvant être ressenti face aux plans d'intervention, souvent préétablis par l'institution ou l'organisme dans lequel œuvrent les professionnels. Cela occasionne une prise de position tout aussi singulière du côté du professionnel face aux exigences du milieu dans lequel ils travaillent et l'appelle à se questionner quant à la limite du soutien qu'il met à disposition des parents en situation de précarité.

Le plus difficile pour moi c'est de rester dans les normes du système, la bureaucratie, parce que je n'ai pas le choix, je travaille pour un édifice public. Il faut quand même que je réponde aux normes. Je ne dis pas que je ne répondrai pas à aucune norme, mais j'ai tendance à être dans le milieu. Me positionner par rapport au cadre légal, ce n'est pas toujours évident de savoir où est la marge, la dangerosité du risque? Ce n'est pas toujours si facile que ça (Lou).

L'application de normes préétablies dans le cadre d'une pratique définie par l'institution semble exiger du professionnel un certain combat perpétuel, ou enfin, une bataille à mener personnellement à chaque fois que le général ne subvient pas à contenir et soutenir la souffrance des familles reçues par les professionnels. Les zones floues à analyser, comme dans le cas de violence physique ou de risque de placement,

peuvent susciter une sorte de combat face au cadre institutionnel qui permet difficilement de faire place au caractère singulier de la situation.

Dans certains cas c'est plus facile, mais dans les cas de violence conjugale, dans les cas où les parents utilisent la correction physique, dans le cas où tu es inquiet de la situation et les parents ne viennent pas... mais si ce n'est pas avec nous c'est avec l'école. Je ne peux pas dire, non plus, qu'il ne faut jamais signaler. Il faut signaler, mais en sachant quand et quand est-ce que ça va être efficace. Quand je suis avec des partenaires, ce n'est pas toujours évident pour moi (Lou).

Cette prise de position professionnelle, qui dépasse ce qu'on attend du professionnel, à réfléchir à chaque nouvelle famille, amène aussi une difficulté à travailler avec des partenaires puisque la prise de position risque d'être un peu différente, voire contradictoire. Il semble que Lou définisse ce soin, en situation d'expertise légale, comme étant préférablement malléable et redéfinissable selon les enjeux et possibilités de la famille, dans une certaine mesure. Les règles qui encadrent la pratique clinique peuvent être respectées, comme le mentionne plusieurs professionnels. Toutefois ce dernier doit s'assurer, de par son jugement clinique, que cela sert à la famille concernée et qu'il ne s'agit pas d'une simple application de réponses préprogrammées par l'institution qui peuvent, dans certains cas, engendrer une aggravation de la situation, comme le précise Lou.

En ce qui concerne le cadre légal, exiger la signature du père, ça c'est un autre problème. Dans certains cas, le père ne veut rien savoir et c'est un danger de le mettre au courant. On ne pourra rien faire parce que si on fait ça [exiger la signature] il va soit emporter tout le monde et retourner dans un contexte dangereux ou il va disparaître ou ça compromet sa réaction envers sa femme et ses enfants et on n'a aucune preuve. Quand la DPJ va y aller, ils verront rien et après ça on n'en entendra pas parler. Il faut répondre aux codes et procédures, mais des fois moi j'ignore, j'omets : " ah! le père n'est pas ici (rit), il est souvent parti, ok, on va oublier de demander la signature du père" (Lou).

S'approprier la pratique clinique en fonction de son jugement clinique renvoie parfois le professionnel à la limite du cadre préétabli par son institution et le confronte, du fait du fait même, à la possibilité de transgresser pour accompagner le parent comme il le juge approprié. Questionner les outils d'intervention mis en place par l'institution permet de s'assurer que ceux-ci soient au diapason avec la problématique des familles ou de l'enfant, tout en évitant de croire qu'une seule formule est valide pour toutes les familles.

Il y avait une mode où tout le monde envoyait les parents d'enfants de 0 à 5 ans aux ateliers de stimulations. Faire quoi, comment, pourquoi? C'est un outil! Ils ne se questionnaient même pas, mais en même temps ils ne savaient pas sur quoi se questionner. J'ai vu des parents, dans l'après-coup, que j'ai retiré des ateliers de stimulation parce qu'ils stimulaient trop. On ne les encouragera pas là-dedans. Il faut, au contraire, qu'ils apprennent à écouter les besoins de l'enfant, les décoder, etc. On ne va pas du tout dans la stimulation, on n'est pas là (Dominique).

Il est donc possible de croire, comme le soulève Dominique, qu'une réflexion autour de la fonction des interventions proposées permet d'éviter que ces interventions génériques soient appliquées indifféremment du sujet rencontré, ce qui peut occasionner, dans certains cas, des contres-coups néfastes pour la famille. Tout porte à croire que la pratique auprès des parents en situation de précarité est l'une de celle qui n'arrive jamais à se camper complètement et confortablement dans une technique donnée, prouvée et approuvée à l'avance. Selon Maxime, « ce qui fonctionne le mieux, dans la pratique, je pense que c'est peut-être le fait de pouvoir s'adapter, malgré les cadres. Le fait de pouvoir s'adapter à la clientèle ». L'évolution constante, qui est souhaitée, dans le meilleur des cas, permet de se repositionner pour permettre l'avancée de l'enfant et des parents tout comme celle du professionnel.

Je trouve que c'est un milieu qui est vivant [mon milieu de travail] dans le sens qu'on ne va pas donner des services qui sont comme dans le ciment parce que les choses évoluent tout le temps (Aimé).

Lorsqu'Aimé formule ces quelques phrases, il est possible d'entendre que ce mouvement peut générer une certaine instabilité dans la pratique pouvant, à son tour, engendrer un lot considérable d'incertitudes quant à l'application d'un savoir professionnel en dehors du cadre. Cette gymnastique professionnelle exige une grande souplesse, puisqu'elle renvoie à la subjectivité de chaque personne rencontrée ainsi qu'à celle du professionnel inscrit dans une institution, qui permet ou pas ces mouvements.

Présentement, on est formé à l'application d'un nouveau programme et on essaie de l'appliquer. [Le nom du programme], c'est ce qu'on entend dans les couloirs en ce moment. On essaie de l'appliquer [...]. Il faut avoir une formation, une approche puis une théorie, mais il y a des situations où c'est le jugement clinique donc ça permet un peu plus de flexibilité. Il n'y a pas une approche qui s'applique à tous les problèmes (Maxime).

Les réajustements constants sont donc au cœur du jugement clinique guidant les méthodes d'intervention, laissant parfois place à une pratique plus libre, plus à même de reconnaître le savoir-faire des professionnels, mais aussi peut-être plus éprouvante et qui demande du temps à être apprivoisée.

Dans nos milieux, je dirais que ça dépend un peu des compétences. Ce n'est pas vrai, de l'expérience. Il y a des gens qui apprennent, après cinq ou dix ans à travailler avec des familles précaires, il y a des choses qui viennent toutes seules et ils arrivent à s'ajuster, à bien les comprendre selon leur évolution de vie et pas seulement selon la leur... (Dominique).

La reconnaissance du « capital humain » et son déploiement dans l'intervention

Selon plusieurs participants, mettre l'accent sur ce qui va bien ainsi que sur les transformations ou réflexions pouvant advenir en lien avec l'accompagnement proposé semble permettre de préserver cette fonction parentale, parfois déjà mise à rude épreuve dans le quotidien, nécessaire au développement de leur enfant.

Je dirais que, majoritairement, dans les besoins, c'est d'être reconnu comme sachant faire des choses et reconnaître ce qu'ils savent comprendre plutôt que de mettre l'accent sur ce qu'ils ne savent pas faire et de leur dire comment faire (Charlie).

Constater ce qu'ils arrivent à mettre en place et accomplir, même s'il s'avérait que cela est minime, comporte de concevoir ces parents comme des êtres pouvant se déployer, et ce, selon leur rythme et disposition psychique.

La mobilisation est reliée à la sécurité. Quand bien même vous êtes dans un pays en guerre et que vous avez les capacités de vous mobiliser, quand vous recevez une bombe sur la gueule vous ne vous mobiliserez pas pour aller chercher à manger, vous resterez terrée dans votre affaire. C'est la même chose pour les familles vulnérables quant à leur façon de se mobiliser. Admettons qu'une famille reçoive l'aide de l'aide sociale de façon générationnelle, la femme comment elle va répondre à ses besoins? La femme, elle va se mobiliser et elle va répondre à ses besoins, en allant chercher de l'aide sociale. C'est sa capacité à se mobiliser, c'est ça qu'elle a appris [...] (Aimé).

Aimé souligne que cette mobilisation souhaitée et soutenue par le professionnel ne peut prendre racine que de par un lien sécurisant qui tient compte des transmissions transgénérationnelles ainsi que de la précarité de la situation que peuvent traverser ces familles, ce qui influence la capacité à se mobiliser, malgré un certain désir de se

voir émerger de ce lieu de souffrance couplée au désir des professionnels de se montrer disponible à soutenir ce désir.

[Ce qui me motive à poursuivre mon engagement auprès de ces parents, c'est] toujours le désir de les aider à croire en eux, à trouver leurs compétences parce que toutes les familles ont des compétences. [...] Je pense que les familles qui sont dans un dysfonctionnement sont aussi capables de faire en sorte de trouver une nouvelle façon, d'être créatives et d'en arriver à trouver des solutions, des fois ce sont des petits changements qui annoncent d'autres changements aussi (Camille).

Pour Camille, le fait de les savoir mobilisés ou d'être enfin capable de soutenir leur désir de changement lui permet, à son tour, de soutenir son désir de les aider à croire en eux, ce que soutient Charlie. Croire que les parents en situation de précarité détiennent un savoir sur eux-mêmes, ou enfin une façon de transformer cette souffrance qui les met à mal, permet au professionnel d'envisager poursuivre son engagement auprès d'eux, ce qui rejoint l'idée du « capital humain » dont parle Aimé :

Je vois toujours la vie comme une énorme chance. Dans le fond, on a un capital humain, qui soit grand ou petit, mince ou gros en termes de fortune, en termes de social, en termes d'école, en termes de tout, mais on a un capital. Si on est vivant, on l'a. Alors qu'est qu'on fait de ça?

Le simple fait d'être toujours en vie est interprété par Aimé comme une disposition à puiser à même ce socle fertile de ressources internes, si petit soit-il, ou minimalement le reconnaître comme étant là, à disposition. À la suite de quoi, le regard posé, par le professionnel, sur ce « capital humain » vient ouvrir sur la possibilité de le voir prendre forme dans la vie de ces parents. Ce socle fertile que représente le capital humain décrit par Aimé est perçu comme permettant à chacun d'exister et d'amorcer des changements créatifs en lien avec sa propre histoire et, éventuellement à se

projeter dans l'avenir et penser qu'une mobilisation est possible, et ce, au-delà du savoir-faire familial lui étant transmis transgénérationnellement.

Tous les gens ont des ressources, tous les gens ont des capacités de se mobiliser, mais les capacités de se mobiliser sont reliées à quelque chose qui est connu, lié à un environnement précis. La capacité de se mobiliser c'est quelque chose qui a été transmis par rapport à nos enfants, « va chercher de l'eau », " va chez grand-mère, va ici, va là" [...] Il faut rassurer et à ce moment-là les mécanismes de mobilisation se mettent en route parce qu'il y a un minimum de sécurité (Lou).

Ces changements, tantôt petits, tantôt grands, mais toujours significatifs, se perdent quelques fois dans les méandres de la précarité de leurs situations, de ce que ces parents donnent à voir ou des ambitions des professionnels. Les parents, et parfois les professionnels qui les accompagnent, perdent de vue qu'ils ont progressé et que la voie est ouverte pour poursuivre autrement leur vie de par cette sécurité offerte par le milieu qui les reçoit. À certains moments, comme le souligne Maxime, le professionnel se fait présent pour souligner ces remaniements tout en portant attention aux mouvements créés depuis la première rencontre, et ce, en racontant l'histoire de ce lien qui s'est prétendu soignant et a finalement peut-être porté fruit.

Donc, il faut lui rappeler les petits changements pour montrer qu'il y a une progression et aller dans le positif parce que c'est très facile de tomber effectivement dans " ah non ça ne fonctionne pas, non ça ne marche pas" (Maxime).

Pointer du doigt ce qui a su se transformer au fil des interventions pour ainsi démontrer au parent qu'il a été en mesure de s'approprier une partie bonne de l'autre et que ce nouveau regard porté sur sa situation a su porter des fruits à même sa propre histoire, le transformant, dès lors, un peu.

Des fois, il faut le dire aux gens : " il y a eu des petits changements, voyez-vous, vous avez fait telle chose. Depuis, ça fonctionne plus et votre fille crie moins parce que quand vous lui parlez vous vous assoyez à son niveau et vous lui parlez calmement. Elle a appris de vous" (Maxime).

Maxime remarque que cette progression, construite au fil des rencontres, a instauré un changement qui se perpétue auprès des soins que le parent prodigue à son enfant. Donc, que le parent a pu, à son tour, générer quelque chose de suffisamment bon au sein de sa propre famille, et ce, à la mesure de sa situation et de sa disposition. « Puis, on ne peut pas demander à quelqu'un de changer toute une vie en six sept mois, on peut pas » (Maxime). Ces changements progressifs rappellent au parent la possibilité de se déployer dans le temps. Par le fait même, cela vient aussi reconnaître que les souffrances, ayant menées le parent là où il se trouve au temps actuel, ont mis du temps, voire toute une vie, à s'installer et que cette histoire ainsi que les répercussions de celle-ci ne peuvent s'effacer d'un seul coup même si quelquefois le professionnel et le parent sont tentés d'y croire.

La plupart des familles que j'ai rencontrées tentent de s'en sortir, tentent de donner le meilleur à leur enfant. Des fois, les familles n'ont pas toujours les moyens en raison de leur propre historique, leurs blessures affectives, leur souffrance parce qu'elles-mêmes ont soit été placées ou n'ont pas eu les modèles pour les aider. Donc, elles ont de bonnes intentions, mais elles n'ont pas toujours les moyens, ce qui fait en sorte que ces parents-là se retrouvent dans des situations difficiles (Maxime).

Conséquemment, il s'agit là de concrétiser leur désir d'aider leur enfant, et ce, dans la relation parent-professionnel qui s'inscrit dans un temps présent, mais aussi passé. De ce fait, il est possible de comprendre cet accompagnement comme passant par le soutien d'un désir de mobilisation à déployer puisque ces parents « essaient avec ce qu'ils ont eu » (Maxime) et ce que les professionnels tentent de leur offrir.

Aussi, certains professionnels comme Charlie perçoivent que lorsque quelque chose de bon est reconnu chez l'enfant et signifié au parent, ce dernier arrive à s'identifier à la partie bonne de son enfant et s'appuie sur cela pour prodiguer les soins nécessaires à son développement. Ce temps de la vie des parents est une fenêtre privilégiée où le soin à l'enfant agit comme une médiation d'un soin pouvant être dirigé vers le parent lui-même.

Plutôt que de voir tout en négatif et tout ce que l'enfant fait mal, car à partir du moment où on commence et où elle commence à voir qu'il y a quelque chose d'intéressant à découvrir chez l'enfant, elle commence à dire : " moi aussi, j'aimais ça faire...il doit tenir de moi " quand elle est capable de s'identifier sur les points positifs (Charlie).

Ce phénomène tend aussi à se produire dans le lien parent-professionnel, et ce, lorsque le professionnel sent que son soutien a permis à une famille de se mobiliser suffisamment pour évoluer et mieux fonctionner dans la société qui est la sienne. Le professionnel se sent gratifié et empreint d'un sentiment de fierté qui semble être ressenti réciproquement autant par celui-ci que par la famille.

Ça peut aussi être gratifiant de voir que les gens évoluent. Moi, je pense que l'évolution des gens donne un sens à notre travail parce qu'on est des agents de changements et pour différentes raisons, quand la personne n'évolue pas, ne change pas bien, c'est comme une petite déception (Maxime).

Le professionnel préserve donc, de son côté, le désir de soutenir ces parents dans leur rôle, et ce, en s'ancrant dans l'évolution donnant sens à son travail.

5.2.3 Un temps circulaire confronté au temps linéaire des pratiques

Les professionnels évoquent que le temps circulaire, décrit par les participants comme étant celui propre au fonctionnement psychique des parents en situation de précarité, est confronté au temps linéaire des pratiques cliniques souvent présent dans les milieux institutionnels. Afin de permettre une rencontre possible dans un tel contexte, la présence du professionnel est énoncée comme devant être à temporalité singulière, ce qui apparaît comme étant un impératif d'une pratique de l'instantanéité, ce qui sera expliqué plus en détail dans cette toute première catégorie. Le soin institutionnalisé devient donc, par opposition à un ajustement à chaque rencontre, un risque d'une coupure dans la relation soignante, ce qu'affirment plusieurs professionnels dans cette deuxième catégorie. De ce fait, plusieurs d'entre eux constatent, dans cette troisième et dernière catégorie, que l'investissement des services offerts aux parents en situation de précarité est à l'image de l'investissement relationnel propre aux débuts de la vie.

Présence à temporalité singulière : impératif d'une pratique de l'instantanéité

Les écrits de Merleau-Ponty (1945) nous rappellent combien l'homme entretient un rapport au temps qui n'est pas uniquement « une série d'actes psychiques, ni d'ailleurs un je central qui les rassemble dans une unité synthétique, mais une seule expérience inséparable d'elle-même, une seule "cohésion de vie", une seule temporalité qui s'explicité à partir de sa naissance et la confirme dans chaque présent » (Merleau-Ponty, 1945, p. 466). L'expérience du temps ne se définit donc pas que par le passage de celui-ci dans l'objectivité des faits qui se déroulent, mais intervient comme élément structurant dans la construction du sujet. On peut ainsi dire qu'à chaque

rencontre, dans un temps donné, le sujet se révèle à lui-même comme à l'autre et confirme son existence.

À certains moments dans la relation professionnels-parents en situation de précarité, c'est un peu comme si le temps vécu par les parents ne s'inscrivait pas dans les mêmes sillons que celui du service proposé par les professionnels, et vice versa, créant ainsi un écart dans l'établissement du lien. Ce temps présent qui se répète semble avoir la fonction, selon Charlie, d'apaiser les défenses qui pourraient s'avérer être de la méfiance à établir un lien de confiance.

On est dans l'instantané. Quand les enfants viennent à aimer suffisamment le lieu et qu'il y a quelque chose pour eux, je pense que ça devient moins menaçant de s'attacher à d'autres personnes. Ça c'est mon hypothèse. Elle n'est pas vérifiable (Charlie).

L'instantanéité, est donc le point d'ancrage que le professionnel tente de saisir au vol pour arriver à capter ce qui se dessine dans l'instant même où le moment est vécu, donc l'occasion d'une possible rencontre.

La ressource où je travaille, comme telle, c'est frustrant pour les intervenants parce que c'est maintenant que ça se passe. Après, on ne le sait pas. On le sait si les familles reviennent beaucoup. Là, on voit qu'il y a quelque chose qui se passe, mais ça c'est très frustrant (Charlie).

Il s'agit là d'un exercice complexe, pour le professionnel, puisqu'il exige une certaine capacité à saisir la complexité sur le fait même, dans l'instantanéité, ne laissant guère le temps aux idées de prendre forme dans la liberté des mouvements exigés par les processus de pensée. Ceci peut être frustrant pour certains et déroutants pour d'autres, car ce phénomène confronte à l'incertitude quant à l'efficacité des pratiques mises en place ainsi qu'à la constatation d'un changement réel et significatif chez la personne.

Selon Aimé, il arrive aussi que cette logique temporelle soit récupérée par les professionnels comme une occasion de remettre à une époque antérieure ce qui est arrivé à cette même époque permettant ainsi de constater que les événements passés, ayant pu être traumatiques, ne peuvent être changés au moment présent et qu'il reste bien des choses à faire en regardant vers l'avant.

Qu'est-ce qu'on peut faire? Ca t'est arrivé, mais on ne pourra pas revenir là-dessus. On ne pourra pas revenir dessus, c'est arrivé. Parce que tant qu'on les amène dans la victimisation, on ne peut pas leur permettre d'aller chercher leur force propre (Aimé).

Ne pouvant venir modifier ces situations antérieures, les professionnels et les parents en arrivent à se dégager de l'impuissance, d'une part, pour les parents concernant leurs ressentis lors de ces événements et, d'autre part, pour le professionnel qui aurait pu se positionner en missionnaire afin de libérer le parent d'une insoutenable et antérieure souffrance. Suivant la pensée d'Aimé, ce dégagement amène le professionnel à investir cette relation de soin dans les limites qui la caractérisent et, du côté du parent, à relancer ce désir de vivre propre à l'être humain en lien avec son « capital humain » (Aimé).

Pour expliquer sa position face à cet aspect de la pratique clinique, Aimé poursuit en opposant ce qu'il nomme le temps linéaire au temps circulaire. D'une part, le temps linéaire est conçu comme suivant une ligne constante des événements qui se déroulent pour le sujet, introduisant une certaine chronologie de l'histoire relationnelle. Ce rapport au temps dit linéaire est associé, par ce participant, au fonctionnement psychique des professionnels. « Nous on est dans une notion de temps linéaire et eux sont dans une situation de temps circulaire donc autrement dit, si ça ne se passe pas aujourd'hui, ça va se passer demain » (Aimé). D'autre part, le temps circulaire, défini comme celui des parents en situation de précarité, suppose

que tout est moment présent et que, de ce fait, les jours défilent sans laisser la marque du temps qui passe, donnant à croire que tout peut se reprendre d'un jour à l'autre.

Cette dichotomie impose, par elle-même, une différence considérable quant à la définition du soin psychique et à l'interprétation des modalités d'intervention à offrir versus ceux auxquels les parents s'attendent à recevoir ou seraient en mesure d'investir. « Dans un temps linéaire, on donne un plan d'intervention réalisé, les nouveaux termes là, les objectifs à atteindre et tout ça. Moi je ne suis pas du tout dans cette logique » (Aimé). Ce professionnel démontre sa frustration, voire le mépris porté à cette modalité d'intervention qui se rapporte à une logique qui ne semble pas concerner les parents en situation de précarité, selon Aimé. Ce professionnel rapporte s'ajuster à cette logique temporelle en harmonisant sa pratique clinique au temps qui caractérise le fonctionnement de ces parents. Tout cela signifie se rendre disponible au temps présent où le parent démontre une disponibilité psychique pour explorer ce qui le tourmente et pour éventuellement jouer un rôle dans la mise en place de l'intervention, n'exigeant pas plus du parent à ce moment de l'intervention.

Pour moi la question de la temporalité se situe dans un cercle. Autrement dit, "maintenant on se voit, peut être que dans 10 min on ne se verra plus jamais. Peut-être, mais le moment où je suis avec toi, qu'est ce que, moi, je peux t'apporter, mais surtout qu'est-ce que, toi, tu viens apporter, qu'est-ce que tu peux faire pour que les choses se passent mieux? " (Aimé).

Comme ces parents ne reviennent pas forcément et que cela engage le professionnel dans des mouvements d'aller-retour s'inscrivant dans une « temporalité circulaire », ce dernier en arrive à se positionner autrement face à cette temporalité singulière, mentionnant, dans l'extrait ci-dessus, que cet ajustement perpétuel permet au professionnel de se dégager d'une certaine culpabilité liée au désir de voir le parent changer rapidement, et ce, selon des modalités d'intervention préétablie s'inscrivant dans un « temps linéaire » (Aimé).

Puis moi, j'aime bien aller là-dessus parce que ça culpabilise beaucoup l'intervenant si tu mets en place des choses puis que ça ne marche pas. Ce n'était peut-être pas le temps, peut-être qu'il y a eu des choses qui sont arrivées et qu'on ignore (Aimé).

Les occasions répétées laissent donc croire que dans chaque nouvelle rencontre, autant pour le professionnel que pour le parent en situation de précarité, se trouve une possibilité renouvelée de jeter les bases d'un lien, ou du moins d'entretenir l'idée d'une deuxième visite, qui se voudrait soignant et porteur de changement. Les façons de se positionner face à ces parents viennent donc résonner avec l'idée de cette temporalité dite « circulaire ». En écho à ce phénomène, la plupart des professionnels s'entendent pour dire qu'il est important, voire primordial, de laisser la liberté à ces parents de se présenter, ou pas, aux services qui leur sont destinés pour que l'investissement se déploie selon leurs disponibilités psychiques du moment et que ces parents aient la possibilité de s'approprier le service ainsi que les professionnels qui les accueillent. « Ici, il n'y a rien d'obligatoire et ça c'est important. D'ailleurs c'est un peu ce qui fait échec, à mon avis, dans les cours de type douze cours et tout ça » (Charlie). De leur imposer un rythme, ponctué par une exigence externe, ne semble pas fonctionner, selon Charlie, ce que confirme Lou.

Ils viennent. S'ils ne viennent pas pendant deux mois, ils ne viennent pas pendant deux mois. Ils demeurent sur la liste. [...] S'ils reviennent après un mois : ils reviennent, ils repartent, ils reviennent, mais ils vont venir. On a eu des familles qui sont restées pendant deux ans à venir et ne pas venir. Rendu à la rentrée des classes, ils acceptent de faire l'évaluation l'enfant (Lou).

Cette tolérance, quant à l'ajustement constant, que requière l'investissement singulier des parents en situation de précarité, amène à réfléchir à la question de la stabilité et la constance des services offerts. « On fait beaucoup de choses, mais je pense que le

truc c'est d'abord d'être là toujours à la même place » (Aimé). Pour plusieurs des participants, tout reste en place, stable et disponible, malgré le fait que les familles se présentent, ou pas, comme le mentionne, avec fierté, Lou : « Tout le temps à la même place depuis 1993 le mardi matin ». Le professionnel est donc celui qui reste disponible et présent sur les lieux du service proposé, assurant ainsi la sécurité d'un espace à investir dans ces jeux d'allers-retours que le parent met en place. Le parent est donc libre de s'y inscrire selon sa modalité propre pendant que le professionnel veille. Assurant ainsi une présence même en l'absence de celui qui ne s'installe que par des allées et venues dans le rapport soignant, le professionnel manifeste son engagement même devant ces mouvements pouvant parfois être considérés comme destructeur du lien. « À notre ressource, c'est sur le trottoir : les gens entrent et sortent comme ils veulent. Quand ils ont besoin ils viennent puis quand ils n'ont plus besoin ils ne viennent plus. Des fois, on les revoit un an plus tard. C'est comme une stabilité des ressources » (Aimé). Il y a une sorte de prétention à l'immutabilité de la présence, et ce, malgré les multiples mouvements de va-et-vient qui caractérisent l'investissement des parents en situation de précarité. Cette disposition à l'autre permet de le laisser apprivoiser le lien, comme le décrivent ces deux professionnels :

La semaine passée, une madame [, qui fréquentait la ressource lors que son enfant était petit,] est venue avec son enfant. Il est plus grand qu'elle. Il a dix-neuf ans. Elle savait que le mardi j'étais à la ressource. Elle est revenue parce qu'elle avait un problème. Son docteur avait pris sa retraite et elle voulait savoir où est-ce qu'elle pourrait consulter. Elle sait que je suis là le mardi matin, alors elle est venue (Lou).

Ici, à la maison de boulot, je rentre ici, j'suis là, j'y reste. Je suis contente d'être là. Je connais mon quartier. Je connais mes ressources et les gens. [...] Ça fait 30 ans qu'ils me voient et je fais partie de la communauté donc c'est facile, très facile... Ben, je pense que c'est stable. La stabilité on n'en parle pas assez (Aimé).

Aimé met en évidence, tout comme Lou, la fonction de cette stabilité qui permet aux parents en situation de précarité de se tourner vers eux étant donné leur caractère inchangé, donnant presque l'impression que le temps a cessé de s'écouler. Cette stabilité et cette continuité de présence, dont ils sont plusieurs à parler, semblent être un point qui rassemble plusieurs professionnels, et ce, peu importe l'institution dans laquelle ils œuvrent. D'ailleurs, certains soulignent combien ces lieux, marqués par cette liberté d'investissement à tâtons, permettent à quelques-uns de ces parents de pallier un réseau familial ou amical parfois trop peu présent, voire absent la plupart du temps.

Le soin institutionnalisé : au risque d'une coupure dans la relation soignante

Pour certains parents, le simple passage du temps est interprété comme pouvant être réparateur de ce qui semble perturber leurs enfants. Au moment de l'offre de soin, ils ne se sentent pas concernés « parce qu'eux ils disent « ah ça va s'arranger! » (Lou) ou « il est correct, il est en garderie ou je n'ai pas le temps » (Lou). Le simple passage du temps devient donc porteur de changement, à lui seul, libérant ainsi l'adulte de la tâche de ponctuer le temps de ses soins.

Dans les soins offerts aux parents en situation de précarité, il y a le temps modulé par l'institution. Celui-ci est interprété par les participants comme une tentative de structurer le travail d'élaboration des parents, autant en ce qui concerne l'accès à l'espace, la modalité d'investissement que le temps alloué. En déterminant des limites de temps préétablies, le soin s'inscrit dans une durée précise, marquant ainsi, dès le départ, le début et la finalité de l'accès au service comme le mentionne Camille :

Pour les familles en crise, ils les rentrent prioritairement [...]. Après les rencontres d'évaluations : deux, trois rencontres d'évaluation, il y a des objectifs que la famille veut travailler et que l'intervenant propose. Il y a un plan d'intervention et on travaille ces objectifs-là dans dix à douze, des fois quinze semaines. Après cela, le dossier se ferme (Camille).

Cependant, malgré la fermeture des dossiers, suite aux atteintes des objectifs liés au plan d'intervention défini lors des premières rencontres, Camille mentionne que les besoins sont toujours présents, refaisant surface à même les situations du quotidien.

Lorsque les objectifs sont atteints, on ferme. Il reste toujours des besoins, mais s'il y a un besoin dans les trois mois suivants bien la famille peut recontacter puis on peut réactiver la demande, mais après trois mois la famille retourne sur la liste d'attente (Camille).

Du fait que la demande est traitée à la pièce, c'est-à-dire circonscrite dans un temps précis selon le motif de consultation, il est possible de croire qu'il reste là une souffrance qui reste inatteignable ou, du moins, inaudible dans cette modalité d'intervention. Selon Camille, les services offerts gagnent à être délimités dans le temps, même si le doute semble habiter sa pensée quant à l'efficacité de cette modalité d'intervention.

Je ne suis peut-être pas habitué à cela, un dossier qui se ferme (rire), mais en fait, c'est bien qu'il y ait une fin aussi, car cela permet aux familles d'utiliser l'aide qu'ils ont dans une espèce de temps alloué au service et que ça ne soit pas indéfini (Camille).

Énonçant une durée prédéterminée du suivi, l'évaluation agit comme une sorte de repère venant structurer le soin et qualifier l'intensité de la demande ainsi que la réponse à celle-ci. Selon d'autres professionnels, cela peut en venir à créer un décalage entre les procédures découlant des programmes institutionnels et la réalité

des familles à soutenir, ce qui revient à la « temporalité circulaire » dont parle Aimé et qui s'inscrit difficilement dans un cycle prédéfini correspondant au « temps linéaire » des institutions.

Ça aussi c'est une autre affaire dont je veux parler : les fermetures de dossier et les listes d'attente. Quand il y a une crise et qu'un parent demande de l'aide, s'il y a des listes d'attente qui vont jusqu'à 4 ans, pendant que la demande chemine eux autres ils trouvent d'autres façons de régler leurs problèmes (Lou).

Selon Lou, il arrive donc que des ruptures dans l'intervention soient dues à cette vitesse de croisière institutionnelle qui ne correspond pas toujours à celle des parents qui se présentent à la porte des services supposément conçus pour eux. Comme ces parents sont décrits, par quelques professionnels interrogés, comme ayant un rapport au temps marqué par l'instantanéité, cette modalité d'intervention ne permet guère aux professionnels de répondre présents aux demandes d'aide que peuvent formuler ces familles. La liste d'attente est décrite, par Lou, comme une frontière qui fait rupture dans le lien à ces parents, risquant de mettre en échec le soutien à ces parents, initialement proposé par l'institution ou l'organisme.

Après, qu'est-ce qui arrive aux intervenants? Ils donnent trois mois. Si le parent ne répond pas, ils envoient une lettre et ils ferment le dossier. Si le lendemain il y a une crise pour la même famille, le dossier est fermé et ils disent " retournez à l'accueil " (Lou).

Tout porte à croire que ce moment où la famille se sent à même d'adresser la souffrance qui l'habite, instant où elle est parfois disposée à recevoir l'écoute d'une tierce personne afin de l'accompagner au regard de ce qui la dépasse, ne peut être saisi par le professionnel étant donné les rouages qui sous-tendent les soins. En se présentant au service, le parent avoue donc, en partie, la nécessité de passer par l'autre pour que quelque chose se dénoue, ne serait-ce que le temps de formuler leur

détresse à une personne pouvant donner accès au service. Lorsque les procédures institutionnelles, telles que la liste d'attente et la fermeture des dossiers, en viennent à rompre ce fil tendu, que le moindre faux pas peut briser entre la famille et le service, il devient difficile de rétablir ce pont entre l'émergence d'une certaine demande de soutien et le temps institutionnel qui ouvre ses portes. Certes, cela engendre plusieurs réflexions quant à la liberté de pratique, comme l'explique Maxime dans cette courte citation.

Avant, les familles pouvaient être suivies pendant plusieurs mois. Maintenant, c'est douze rencontres et si on dépasse douze rencontres, il faut expliquer le pourquoi. [...] Tu as tel nombre de temps pour appeler et si tu n'as pas de nouvelles, tu attends dix jours et tu fermes le dossier.

Le cadre proposé par l'institution permet de baliser les soins, mais aussi les professionnels qui y œuvrent, contraignant parfois ceux-ci à se décentrer de la problématique des familles au bénéfice des contraintes administratives, mais aussi de l'intuition développée au fil de l'expérience professionnelle. Maxime remarque aussi combien le rapport à la souffrance humaine ne peut s'inscrire dans une structure qui n'arrive pas à faire place à ce versant de la complexité humaine : au jeu de va-et-vient que nécessitent certains cas, aux multiples questions émergeant au contact de chaque nouvelle famille rencontrée et aux symptômes qui font parfois surface de manière inattendue et répétitive. Comme le souligne Maxime, « on ne peut pas être rigide avec les symptômes, ça peut avoir un impact ».

Ce même participant croit que de pouvoir répondre ponctuellement, tout en demeurant disponible au fil des étapes développementales, devient une forme de prévention.

On avait eu recours à un programme pour des parents dans le besoin. C'était de la prévention. On accompagnait des parents jusqu'à ce que l'enfant entre à l'école. On intervenait en amont, c'est-à-dire que quand la maman était enceinte ou quand l'enfant avait moins d'un an, on les accompagnait. Ceci faisait en sorte qu'il y avait un intervenant référant au quotidien pour différents besoins [...] Donc, de mettre les bonnes bases pour permettre à l'enfant de bien évoluer c'était très gagnant pour justement éviter la répétition ou éviter que des enfants se retrouvent encore plus en marge par rapport à la moyenne (Maxime).

En étant en mesure d'offrir une aide dès que le problème se présente ou enfin dès que le parent sait en dire quelque chose, il serait, de ce fait, possible d'éviter que la famille se désorganise davantage. Un autre professionnel rencontré soutien cette idée en énonçant ceci : « Pourquoi ne pas donner une heure à chaque personne, plus vite? Après, s'ils commencent vite, après ça ils ont moins de problèmes plus tard » (Camille). Du coup, il est possible dans certains cas de prévenir certains problèmes ou, du moins, l'aggravation de la problématique en mettant en place une réponse ponctuelle. Cela aurait peut-être pour effet d'éviter les coupures dans la relation soignante, ce qui engendre une difficulté à établir un contact avec ces parents, phénomène qui est déjà présent au sein de la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité, ce que souligne Aimé : « Nous, ce qu'on a brièvement compris, c'est qu'il y avait beaucoup de coupures puis que c'était difficile d'établir un lien pour qu'ils reviennent ».

Au-delà de cette première porte d'entrée vers les services, la stabilité et la présence des professionnels, aux différents temps de la vie familiale, permettent aux familles d'obtenir un service s'échelonnant dans le temps. Par conséquent, il perdure dans le temps familial et s'inscrit comme un soutien aux diverses époques traversées par la famille.

« Ça fait 30ans » [...] Et oui, quand les gens ils arrivent ici, ils ont le médecin, l'infirmière, la travailleuse sociale, l'éducateur, ils vont avoir l'inscription à la garderie et on va les accompagner jusqu'à ce que les enfants aillent à l'école. Après ça, ils vont avoir une deuxième grossesse et revenir ici, fais que ça devient une famille, c'est ça que ça prend. Un village, c'est ça un village (Aimé).

Le fait d'être présent, dans les différentes étapes de la vie de la famille ainsi que de pouvoir revenir vers le service lorsque le besoin s'en fait sentir, et ce au gré du rythme de la famille, permet de jeter les bases d'un lien stable et constant ainsi que l'assurance d'une disponibilité de soin. De ce fait, le lien au professionnel peut avoir plusieurs fonctions selon les besoins de chaque famille. Bref, l'accompagnement à travers les époques ouvre sur la possibilité pour ces parents en situation de précarité de s'inscrire dans un lien de filiation qui les amène autre part que ce qu'ils ont toujours connu.

Un investissement à l'image des débuts de la vie

Les débuts de la vie sont une période où le temps n'a plus ses repères habituels. L'arrivée d'un nouvel être à accueillir, avec singularité et grande disponibilité, engage la famille dans de profonds réaménagements au sein des espaces physiques et psychiques qui la constitue. Cela engage chacun des membres à redéfinir sa place au sein du groupe qu'est la famille et à parfois idéaliser la venue de cet enfant à naître ainsi que l'ensemble de cette période porteuse de bonheur et prometteuse d'éventuelles expériences réparatrices, autant pour les parents que pour les générations antérieures. Aimé énonce qu'avant l'arrivée du bébé à naître, la famille a tendance à s'imaginer celui-ci de manière idéalisée se confrontant alors à l'enfant réel lors de la naissance. À ce moment, les parents, la fratrie, s'il y a lieu, sont donc

appelés à redéfinir cette représentation du bébé imaginé en cohérence avec le bébé réel, processus qu'il nomme la « traversée du miroir » (Aimé). Tout cela en espérant que l'écart entre l'enfant imaginé et l'enfant réel ne soit pas trop important pour éviter que la « traversée » ne soit trop complexe, voire souffrante. Selon Aimé, un parallèle peut être fait entre cette période de grands changements ainsi que d'idéalisation, propre aux débuts de la vie, et la pratique auprès des parents en situation de précarité. Les voir s'installer dans leur fonction de soin de parents, tout en idéalisant le bébé à naître ainsi que leur nouvelle vie, rappelle l'idéalisation professionnelle quant aux effets espérés de cette pratique clinique ainsi que d'une surestimation des capacités de ces parents en situation de précarité.

Une psychanalyste qui disait que la maternité commençait avec l'image de l'enfant, l'image qu'on se fait de l'enfant, de ce que serait notre enfant et qu'au moment de la naissance c'est la traversée du miroir. C'est là, au début, qu'il faut travailler directement. [...] Notre ressource ne nie pas qu'il puisse y avoir une distance entre les attentes qu'on a et la réalité, pour moi c'est ça qui m'a attiré dans ce projet. Parce que c'est un projet qui se vit comme ça, au moment de la maternité. C'est un projet qui se vit comme ça à tous les niveaux même entre nous les professionnels, entre ce qu'on veut faire, ce qu'on est capable de faire, mais ce qu'on n'est pas capable de faire parce qu'on n'a pas l'argent (Aimé).

Les attentes quant à l'efficacité des interventions, mais aussi à l'égard du changement qui devrait s'opérer chez ces parents, sont mises à rude épreuve au contact de la pratique clinique réelle. La pratique clinique « imaginée » ne peut se vivre qu'en étant transformée par le réel que les parents ramènent dans la pratique de par leurs enjeux, confrontant ainsi les professionnels à la limite de leur pratique clinique.

Donc moi j'aime bien ce projet-là. Puis c'est le fait aussi qu'on ne se prend pas pour dieu le père. On donne le meilleur de soi tous les jours et il y a des moments où on est moins bon, des journées où on est extraordinaire. Comme nos clients, des fois ils sont en entrevue puis ils ne sont pas en forme et ben je

leur dis « ben aujourd'hui c'est une mauvaise journée, mais demain ça va être une bonne journée » (Aimé).

Comme le précise Aimé, en tant que professionnel, il est appelé à sans cesse calibrer ce désir, parfois idéalisé, d'un accompagnement aux mille vertus, et ce, en tenant compte des aléas d'une telle pratique avec ces parents en situation de précarité. Les grands changements amenés par le devenir père et le devenir mère en contexte de précarité peuvent aussi être mis en parallèle avec la constante évolution dans les interventions qui assure une vitalité de l'offre de service puisqu'elle est en constant travail d'ajustements et que « les gens évoluent tout le temps et la ressource évolue tout le temps, tout le monde évolue tout le temps, tout le monde, tout est en mouvement » (Aimé). En effet, tout comme les débuts de la vie, cette pratique clinique demande de pouvoir tolérer ces ajustements perpétuels et le mouvement qu'ils entraînent pour que la réflexion reste animée par le désir de rencontrer les parents concernés par l'offre de service tout en prenant en compte le sentiment d'impuissance qui peut habiter le professionnel.

5.2.4 En réponse aux balises institutionnelles en porte-à-faux des visées cliniques : une structure malléable assurant la pérennité du soin

Ce quatrième élément fondateur des pratiques cliniques mentionnées par les participants se concentre sur ce qui, d'une structure malléable, permet d'assurer la pérennité du soin lorsque les balises institutionnelles sont en porte-à-faux des visées cliniques. La malléabilité passe donc, comme le précisent les professionnels interrogés dans la première catégorie, par l'étayage sur le groupe agissant tel un tiers structurant. Puisque les modalités d'intervention préétablies sont perçues comme

contraignantes par les professionnels, ce qui est détaillé dans la deuxième catégorie, certains d'entre eux expriment que cela vient empêcher la possible et nécessaire rencontre clinique entre eux et les parents en situation de précarité. La malléabilité de la structure est donc conçue, comme le soulignent certains professionnels dans cette dernière catégorie, comme un support à la rencontre entre le professionnel et le parent.

Étayage sur le groupe : un tiers structurant

Dans une pratique où une grande proximité existe entre les parents en situation de précarité et les professionnels, l'étayage sur le groupe est apparu significatif pour l'ensemble des participants. « Ce qui est le plus important là, comme intervenant, c'est de travailler en équipe. On n'a aucun cas tout seul. Il n'y a aucun cas tout seul, tous les cas sont discutés en équipe » (Aimé). Pour Aimé, il s'agit de pouvoir s'appuyer sur l'autre, ce qui a diverses fonctions selon la dynamique en place, et ce, pour le parent comme pour le professionnel. Pour les professionnels œuvrant dans un milieu institutionnel, le fait d'avoir un gestionnaire à l'écoute des préoccupations cliniques des professionnels influence grandement la nature des dynamiques relationnelles entre les parents et professionnels ainsi que dans les équipes de travail, comme l'évoque Camille dans cet extrait :

Je pense que quand le directeur d'école sait bien gérer, souvent dans l'école ça se passe quand même bien. Donc, je pense que les gestionnaires sont vraiment importants pour pouvoir vraiment mettre les limites, les règles claires. C'est certain que des fois les règles ce n'est pas le fun, c'est plate d'avoir des

exigences, sauf que c'est nécessaire. Comme moi, je sais à quoi ils s'attendent de moi. C'est clair. Je sais quoi faire, mes tâches sont claires (Camille).

Ce cadre institutionnel est compris par Camille comme permettant de baliser le travail en instaurant des règles et des limites encadrant la pratique, autant avec les parents qu'auprès de l'équipe de professionnels, venant soulager certains professionnels quant aux attentes du milieu de travail. La structure peut ainsi devenir ou rester stable, au mieux des situations, pour que le professionnel se sente contenu et puisse à son tour proposer un lieu tout aussi stable et cohérent.

Je ne sens pas de *commérage*. Il va tout le temps y en avoir, sauf que je ne sens pas que les boss sont dans ce mode. J'ai une superviseure et j'ai confiance. Je sens que les choses sont... Il y a de l'honnêteté et il y a du respect, ça je pense que c'est important. Le respect entre les collègues (Camille).

Le groupe de professionnels trouve donc soutien auprès d'une personne externe qu'elle soit un professionnel d'un organisme partenaire ou un superviseur, dans certains cas où la mésentente entre professionnels peut se présenter pour diverses raisons. Ce support extérieur au groupe de professionnels semble dégager, voire réguler, le groupe. L'introduction d'une figure externe, vers laquelle il est possible de se tourner en cas de questionnement, de préoccupations ou de désaccords pour le professionnel comme pour le parent, peut faire effet de contenance des charges affectives entre professionnels, comme l'évoque Camille, et ainsi assurer une certaine stabilité tant au niveau de l'équipe de travail que du service proposé par le milieu. Lorsque les situations cliniques exigent une présence qui se rapporte davantage au portage, comme le constate Maxime, il est difficile de penser cette pratique de manière solitaire.

D'où l'importance que la mère peut-être mise en contact avec des ressources communautaires parce qu'on travaille beaucoup avec elle et ça fait en sorte

qu'il y a un meilleur suivi. Quand la maman est isolée, que l'enfant ne va pas en service de garde, qu'elle ne fréquente pas la maison de quartier et qu'elle n'a pas de réseau de support, bien c'est difficile, on porte le dossier. Mais, quand c'est partagé, bien s'il y a un ou deux ou trois personnes qui soulèvent une certaine difficulté, ça finit par être entendu et ça rend la tâche moins lourde (Maxime).

Dans cet exemple, il souligne combien il se sent soulagé, par ricochet, quand les familles sont soutenues par d'autres organismes qui proposent divers services. La possibilité que ce professionnel a d'élargir le réseau social de soins de cette mère, qu'il décrit comme étant isolée, agit un peu, pour ce professionnel, comme un étayage sur les autres organismes ou institutions ce qui lui permet d'accompagner ces derniers à se tourner vers des lieux où eux aussi peuvent trouver du soutien. Ce mouvement vers l'autre s'inscrit dans un soin qui se veut davantage de l'ordre d'un accompagnement que d'un portage, ce qui semble réduire la lourdeur évoquée par Maxime.

En tant que professionnels, plusieurs expriment la nécessité de réfléchir en groupe ou entre organismes aux défis que pose cette pratique clinique. Les professionnels arrivent, tout comme l'explique Maxime dans la citation précédente, à puiser dans des ressources externes pour collaborer, réfléchir, parfaire et diversifier leur pratique ainsi que pour rendre complémentaire les services offerts à la famille, ce qui permet de penser le soutien aux parents en situation de précarité à plusieurs.

Je fais partie d'une table de concertation où tous les organismes sont là, ben pas tous parce que tout le monde n'est pas là, mais une bonne partie des organismes communautaires et instances organisationnelles. Il y en a beaucoup dans le coin, vraiment beaucoup. On se réunit autour d'un partage d'informations sur les services et aussi d'identification des problématiques. [...] C'est intéressant : essayer de voir les stratégies, ce qui est fait, ce qui manque (Charlie).

Il y a donc là une possibilité d'investir un lieu qui fait tiers, à même le lieu de pratique ou à l'extérieur de celle-ci, accédant à des échanges autour de l'intensité du contre-transfert de cette pratique qui résonne parfois jusque dans le fonctionnement des équipes cliniques. Réfléchir à plusieurs afin de déployer l'espace nécessaire à l'élaboration d'un accompagnement : un premier contact avec la ressource, s'assurer du déroulement de la première rencontre comme étant ajustée aux préoccupations du parent et à sa possibilité d'investir ce lieu et ce type de soin.

On fait le contact avec la responsable de la maison de quartier, on précise qu'on arrive tel jour, telle date et on mentionne que la cliente est un peu plus réservée, un peu plus timide. Est-ce qu'il y a un moyen de faciliter un peu son intégration au groupe? " Ah oui, il y a la cuisine collective. Est-ce qu'elle aime faire à manger? Pas trop, mais elle peut. Elle est prête à couper des légumes. Ok, bien on va l'intégrer à cette activité " (Maxime).

De ce fait, le pont se construisant entre le service initial et la ressource permet au parent d'investir progressivement ce lieu ou cette activité puisqu'il y a eu ce souci d'accordage entre le sujet et la structure de l'organisme référé. « Donc, on fait un suivi, on l'accompagne et graduellement elle finit par y aller elle-même parce que ça fait partie des ressources qu'elle peut utiliser » (Maxime). Un peu comme si le professionnel introduisait l'environnement soignant aux parents en situation de précarité pour que ce dernier puisse, à son tour, se tourner vers la ressource lorsqu'il en ressentira la nécessité ou le désir. Un participant fait remarquer que les liens, parfois difficilement construits avec la ressource externe, gagnent à demeurer en contact avec la référence initiale pour que le parent préserve ce lien de confiance qui agit comme le représentant de l'établissement d'un lien extérieur pouvant être soignant. Un pont reste donc présent entre le lieu de soin actuel et passé, laissant ainsi aux parents la possibilité d'investir à leur rythme le service où ils ont été référés.

C'est parce qu'on a beaucoup de partenaires qui ont tendance à fonctionner en parallèle. Qu'est-ce que moi je trouvais problématique c'est quand il y avait une famille, ils demandaient à la famille d'avoir tous les intervenants sur place et donc de laisser tomber le pédiatre de l'extérieur ou la travailleuse sociale de l'extérieur. Ça ne fonctionne pas parce que les familles, elles développent des liens de confiance et elles n'acceptent pas de faire ça (Lou).

D'un autre côté, comme le constate Aimé dans l'extrait ci-dessous, être plusieurs à se porter garant du soin peut dégager de ce désir de toute-puissance qui peut animer les professionnels, faisant parfois fi de la complexité de cette pratique ainsi que des maints échecs qui peuvent la parsemer. Donc, pour Aimé, penser le soin en s'imaginant le groupe de professionnels comme support ouvre sur l'impuissance que peut éveiller cette pratique auprès des parents en situation de précarité, ce qui peut à certains moments mener vers de la frustration. Ainsi, ce sentiment peut être entendu et reçu par le groupe afin de poursuivre l'accompagnement, évitant peut-être que cette frustration soit agie dans la relation aux familles en situation de précarité.

Travailler en équipe c'est essayer. Si une porte ne marche pas, on va essayer vers une autre, si une autre ne marche pas, on essaye une autre et si tout le monde en a ras le bol, ben on va s'en parler puis ça va aller mieux (Aimé).

Maints professionnels interrogés mentionnent combien il est important de travailler à plusieurs, tout en ayant conscience que chacun à une fonction différente dans l'équipe, précisant qu'il ne peut se dérouler exactement la même chose auprès de chaque professionnel. Réfléchir et intervenir à plusieurs, tout en préservant sa posture différente, permet de se positionner autrement sur une situation similaire. Offrant ainsi, à chaque nouvelle rencontre, une chance répétée pour les parents d'investir non seulement un lieu de pratique, mais aussi un professionnel disposé à une écoute singulière de leur situation. Les professionnels, ayant des fonctions et des compétences différentes et faisant partie intégrante de la communauté de soins de l'organisme, sont là pour soutenir la famille dans tous ses mouvements transitionnels,

et ce, au fil du temps et des expériences. « Quand les gens arrivent ici, [...] ils ont le médecin, l'infirmière, la travailleuse sociale et l'éducateur. Ils vont avoir l'inscription à la garderie et on va les accompagner jusqu'à ce que les enfants aillent à l'école. [...] Ça devient une famille. C'est ça que ça prend, un village, c'est ça un village » (Aimé). Comme le souligne Aimé avec la métaphore de la famille et du village, ce n'est pas seulement intervenir à plusieurs qui est significatif, tout en préservant sa fonction, mais le fait que les familles puissent investir, à la fois un lieu de soin intime, mais aussi que celles-ci puissent se tourner vers quelques autres qui agissent sur une scène plus externe. Tout cela accentue l'incomplétude de l'aide proposée, remplaçant ainsi la tentation que pourrait avoir un professionnel de se positionner en salvateur de la souffrance des parents et rend possible les multiples identifications aux divers soignants, et ce, dans divers lieux externes au service initial. Au regard de cette logique, comme le précise Aimé, le soutien offert aux parents en situation de précarité pourrait donc être envisageable à long terme, couvrant ainsi plusieurs époques de la vie des familles.

Du côté des familles en situation de précarité, cet accompagnement propose donc au parent de s'intégrer graduellement à une nouvelle communauté qui saura poursuivre le soutien, laissant de plus en plus place à un espace grandissant entre les ressources et la personne qui les fréquente. L'élargissement du réseau d'aide des familles en situation de précarité vient créer de nouvelles possibilités d'entraide, dont ils font déjà preuve, comme Camille le mentionne : « Ils s'entraident beaucoup aussi, j'ai remarqué cela, beaucoup d'entraide. C'est comme une belle force, pas toutes les familles, mais... entre familles, plus entre familles qu'au sein de leur propre famille » (Camille). De même, offrir la possibilité de créer des liens de nature différente de ce qu'ils ont l'habitude d'ouvrir sur l'idée qu'un soutien externe peut exister en dehors de la relation parfois duelle avec le professionnel. De plus, cela permet de les initier au fait que l'on peut trouver en l'autre une aide extérieure ou tout simplement une écoute. « Je dirais, en prénatal et en périnatal, il y a la question de liens avec des gens

significatifs, mais aussi de créer des ponts avec d'autres mères et la continuité avec un intervenant qui serait là depuis le début idéalement » (Charlie). Les propos que soutient Charlie font écho à ce qu'Aimé énonce en évoquant la métaphore du village. Favoriser la recherche de ressources externes devient donc également une manière de nourrir la socialisation entre les mères afin qu'elles arrivent à créer des liens significatifs, stables et continus.

Ça fait un lien vraiment stable et positif, quelque chose comme ça, dans un suivi prénatal et la possibilité d'être en groupe avec d'autres femmes enceintes : de partager les inquiétudes et tout ça. Laisser beaucoup de liberté d'expression au fond et, en même temps, d'induire quelque chose à faire (Charlie).

Lorsqu'il y a une référence vers un service plus communément utilisé, cela devient le signe d'un certain succès pour le professionnel. « Au niveau des services, quand je faisais un transfert avec une famille, c'était un succès pour moi parce que dans le fond ils étaient moins isolés et ils faisaient plus confiance » (Camille). Cela permet de constater que la famille a développé certains acquis lui permettant d'agir dans le social qui est commun à tous, mais aussi de percevoir le fruit de leur travail. En quelque sorte, il est possible de penser qu'il y a là le germe de la reconnaissance de l'être profondément relationnel qui tend à se reconstruire au fil de ces rencontres et cela ouvre sur une certaine satisfaction du professionnel, enfin, du côté de Charlie.

Les modalités d'intervention préétablies perçues comme contraignantes

Dans le cadre de la pratique auprès des parents en situation de précarité, pratique clinique où il existe une grande proximité, la structure institutionnelle ou organisationnelle, dans laquelle s'inscrivent les professionnels, invite à la médiation du lien à ces parents. Dans cette logique, d'un côté, le professionnel arriverait à se

sentir soutenu en tant que sujet professionnel dans l'exercice de sa profession et, d'un autre côté, le parent pourrait donc en arriver, à son tour, à avoir une idée de ce qui constitue son désir, tout en étant accompagné dans la singularité de son histoire.

Dans le discours des professionnels interrogés, il apparaît souvent l'idée que le cadre proposé par l'institution ou l'organisme n'occupe pas une place structurante permettant aux professionnels de sortir de la relation duelle avec les parents en situation de précarité tout en préservant la singularité de leur pratique clinique. Les balises de la pratique clinique imposées par le milieu sont davantage perçues par les professionnels comme contraignantes et en porte-à-faux avec les enjeux de la pratique auprès des parents en situation de précarité, autant par rapport au cadre de la pratique que sur les effets d'une telle pratique, comme par exemple, l'imposition d'une limite du nombre de rencontres, ce qui soulève la frustration de certains :

Lorsqu'on affirme [aux parents]: " on est en coupure budgétaire, je ne peux pas vous voir plus de douze rencontres ". Il y a des usagers qui l'acceptent, d'autres qui s'insurgent, et ce, autant du côté de la clientèle que des professionnels (Maxime).

Cette frustration est engendrée par le fait que les limites imposées par les instances budgétaires ne s'arriment que très peu, voire pas du tout avec les préoccupations cliniques du professionnel qui permettent de réfléchir aux modalités d'intervention. Ceci a pour effet de venir entraver le début du suivi, la poursuite et la durée de celui, ce qui introduit une sorte de contre-courant entre le désir des professionnels et les modalités d'intervention permises par l'institution ou l'organisme. Maxime va plus loin en expliquant que, dans son milieu de pratique, l'évolution de la famille est évaluée selon les capacités de cette dernière à atteindre les exigences établies par le lieu de soin, franchissant ainsi des grades nominatifs au gré des réussites.

Il y a les clients, les visiteurs et les plaignants. Il faut évaluer si c'est un client, donc s'il est très mobilisé et motivé à travailler, ou si c'est un plaignant qui vient juste faire un tour pour se plaindre du système. Il y a plusieurs chapeaux, si je peux m'exprimer ainsi, qu'on peut attribuer à la personne qui vient nous voir tout dépendant de sa disposition (Maxime).

Dans le cas où la famille n'arrive pas à rendre compte de l'évolution déterminée conjointement avec le professionnel lors de l'évaluation initiale, l'offre de service proposée au parent risque de se voir interrompue ou bien ce dernier peut se voir rétrogradé dans sa démarche de soutien et, de ce fait, du grade nominatif de cette modalité d'intervention. Les prises de décision, au niveau clinique, ne relèvent donc pas, en quelque sorte, du jugement des cliniciens.

Donc, il y a plusieurs dispositions et tout dépendant de celle-ci il y a une façon de travailler avec elle [la personne] ou pas. Ce qu'il faut faire, c'est qu'il faut amener le plaignant à devenir client. Ça se peut que le plaignant reste plaignant et à ce moment-là on ferme le dossier. Être client ça veut dire être mobilisé : il y a des tâches, des devoirs, etc. (Maxime).

Dans cet extrait, Maxime évoque cette impossibilité à pouvoir réfléchir à la façon dont il va accompagner cette famille puisque la méthode est déjà préconçue, ne laissant que très peu de marge de manœuvre au jugement du professionnel quant au déroulement du suivi. Le fonctionnement institutionnel préétabli exige que le parent s'installe rapidement dans le lien soignant et qu'il évolue de manière linéaire, ce qui ne correspond pas toujours à la réalité des familles en situation de précarité qui semble plutôt s'inscrire dans un jeu d'aller-retour. Selon cette modalité, le parent doit donc arriver suffisamment mobiliser et prêt à suivre les étapes pour assurer la pérennité du soin qu'il reçoit.

Dans l'exemple ci-dessous, Lou précise que la gestion de la liste d'attente peut amener des ruptures d'intervention puisque celle-ci délimite à l'avance le temps

alloué au suivi et vient introduire un temps d'attente quant aux demandes des familles. Comme le précisent la plupart des participants, le soin réclamé par les parents en situation de précarité s'inscrit généralement dans une temporalité de l'instant présent, se situant quelque part entre maintenant et tout de suite, ce qui laisse peu de jeu au professionnel pour saisir la portée de la souffrance tout à coup adressée.

Quand ils appellent pour régler le problème et qu'ils veulent faire une évaluation à domicile, une évaluation psychosociale, les parents ne sont plus disponibles à ce moment-là parce que le problème pour lequel ils ont demandé de l'aide, il n'est plus là (Lou).

Comme le souligne Lou, lorsque le professionnel prend contact avec eux, les portes s'avèrent fermées, donnant l'impression d'avoir raté ce moment précis où la demande pouvait émerger ou bien arriverait à se déployer par l'entremise de la manifestation des symptômes, et ce, dans le cadre de la relation à un professionnel que le parent aurait peut-être investi à cet instant. Selon plusieurs professionnels interrogés, le fait de devoir travailler dans une logique bureaucratique demande une certaine capacité d'expression des besoins par le parent lui-même, ce qui n'apparaît pas d'emblée acquis pour ces parents, et cela peut finir par éjecter ces familles vulnérables du système de soin.

À force de se faire enfermer dans une logique bureaucratique [les professionnels voulant aider les parents] finissent par disparaître. Dans les autres milieux, on voit déjà les parents qui sont déjà capables d'exprimer leurs besoins et ce qu'ils veulent. Les vraies gens, qui sont vraiment en difficulté, on ne les voit plus parce qu'ils restent chez eux et ne vont pas dans le milieu dont je parle (Aimé).

Cette logique bureaucratique repose sur des principes qui ne correspondent pas toujours à une visée clinique élaborée et envisagée à partir de la compréhension de ces parents vivant en milieu précaire. Selon Aimé, ceci engendre deux conséquences

importantes. D'une part, cela envoie le message aux parents en difficulté qu'ils doivent être en mesure d'exprimer leurs sentiments face à ce qu'ils traversent et être en mesure de nommer précisément ce pourquoi ils réclament des services afin d'obtenir le soutien nécessaire, ce que plusieurs auteurs et participants rapportent comme étant extrêmement difficile, voire impossible, pour ces parents. Cette logique, quelque peu paradoxale, fait en sorte que ces parents en situation de précarité ne se présentent pas dans les organismes ou les institutions proposant un service qui exige d'eux bien plus de structure qu'ils ne le peuvent en réalité. D'autre part, cette condition d'accès au service de soutien semble perçue, par Aimé, comme une barrière à la rencontre avec ces parents, obstacle que ces derniers ne peuvent traverser, ce qui met parfois en échec les multiples tentatives des professionnels. Ces observations ont mené certains professionnels, comme Aimé et Lou, à instaurer un modèle d'intervention flexible et malléable afin de tolérer cette demande encore informulée, évoquant une souffrance ne pouvant se manifester que par l'intermédiaire de rencontres parfois écourtées, interrompues, remises, voire annulées sans préavis.

Les exigences institutionnelles se retrouvent donc trop souvent, selon les professionnels interrogés, décalées face aux besoins de ces parents, ce qui parfois met en échec la tentative de soin. De ce fait, l'institution qui reste campée dans des pratiques prédéfinies et extrêmement structurées ne correspond pas toujours à la réalité et à la temporalité psychiques des familles qu'ils souhaitent soutenir. Selon Maxime, en préservant ces méthodes préétablies, avec une certaine rigidité, cette logique de soin ne parvient pas à répondre à son mandat initial qui est de soutenir spécifiquement ces parents parfois en grande difficulté. « En fait, il faut justifier, il faut tout justifier donc ça rend la pratique un peu moins flexible et les intervenants aussi (rire) » (Maxime). Ce manque de flexibilité a certes des répercussions sur l'offre de service faite aux parents, mais aussi sur la capacité des professionnels à se permettre de réfléchir à leur propre pratique ainsi qu'à l'adéquation du modèle

d'intervention désigné et ce qu'ils jugent en accord ou non avec la famille qu'ils reçoivent.

Avant, lorsqu'on avait un rendez-vous, la personne pouvait ne pas appeler, ne pas aviser et ne pas se présenter. Il n'y avait pas de cadre, alors chacun y allait en fonction de sa tolérance. Maintenant, il y a un cadre : tu as tel nombre de temps pour appeler, si tu n'as pas de nouvelle, tu as dix jours et tu fermes le dossier. Si le client annule x nombres de fois, il faut voir avec le plan d'intervention. Il y a moins de marge et de flexibilité (Maxime).

Quand le cadre se restreint au point d'établir des barèmes précis cela amène des contradictions importantes dans l'intervention et dans le soin offert par les professionnels. Ce cadre préétabli peut être ressenti comme étant contraignant, voire aliénant, autant par les parents le fréquentant que les professionnels y œuvrant. Un peu comme si la position à prendre, face aux interventions choisies, repose uniquement sur ce qui a été préalablement établi par le milieu de travail. Tout cela en laissant de côté cette marge de manœuvre propre à chaque professionnel, c'est-à-dire au jugement professionnel que ce dernier peut avoir face à la situation, aux enjeux de parents qu'il reçoit ainsi qu'à la compréhension de certains dossiers plus complexes que les balises déjà établies.

Je me souviens au début d'avoir suivi les normes à la lettre et d'avoir vraiment échoué. Exemple, une mère qui fait une crise de larmes parce qu'elle est en deuil, dans le cadre d'une intervention de stimulation, où est-ce que je lui ai demandé si elle aimerait que ma collègue travailleuse sociale lui parle. Lorsque je lui ai dit " je vais aller mettre de l'argent dans le parcomètre », elle a dit « you don't need to come back ". Elle a mis fin au suivi. Alors, je ne fais plus ça maintenant (Lou).

Le professionnel devient donc le porte-étendard d'une structure de soin. Il applique donc ce savoir dans la limite de la liberté de pratique dont il jouit, ce qui apparaît, pour Maxime, comme une très fine ligne. Ce « sur-cadre », celui qui oblige une

procédure aux limites introduites non pas dans une visée clinique, mais dans une logique administrative, en arrive parfois à introduire des discontinuités qui peuvent s'avérer mettre à rude épreuve le lien déjà ténu. Une sorte de fragilisation et de déshumanisation de la rencontre du sujet souffrant.

J'ai rencontré beaucoup de nœuds : au début quand j'ai vu que ça ne fonctionnait pas de cette façon, j'ai fait moi-même l'écoute empathique. J'ai fait moi-même un peu d'intervention avant de transférer. Souvent, on se disait que ce n'était pas dans notre mandat : " tu ne dois pas na na na " ...(Lou).

La qualité des soins ainsi que la qualité d'accueil de ces parents en situation de grande fragilité ne peuvent se faire, comme le souligne Lou, sans prendre acte de ce qui se dit au moment où le parent ose énoncer quelque chose de sa souffrance et d'ajuster le soin en fonction de cela. Dans le cas contraire, un risque fort important est pris de remettre à plus tard cette souffrance adressée au professionnel, si bien entendu le parent se risque une nouvelle fois à prendre l'autre pour interlocuteur, ou de la voir se manifester plus intensément. « Parce que si on respecte le cadre de façon rigide, on doit fermer le dossier, mais il y a là un risque de chroniciser » (Maxime). Le fait que les professionnels soient dans l'obligation de se justifier perpétuellement et de s'en remettre à un sur-cadre, qui prédéfinit la disponibilité d'écoute, rend la pratique et les professionnels moins flexibles, à leur tour, comme l'évoque ce professionnel. De plus, comme le souligne Maxime, appliquer le cadre de manière rigide peut parfois non seulement faire en sorte que le professionnel passe à côté de la complexité de la souffrance humaine de ces parents, qui semble difficilement se catégoriser dans des balises bien précises, mais aussi se voit répéter, dans le soin, une expérience de soin inadéquat qui engendre une certaine chronicisation de la situation de ces parents.

Lorsque la personne revient faire une demande de service, ça peut rendre juste le suivi un peu plus long. En même temps, je pense que ça crée des contradictions parce qu'on ne peut pas fermer un dossier parce que c'est rendu

à douze rencontres : on est devant un être humain qui pour x raisons peut décider ou peut ne pas être en mesure de suivre (Maxime).

Comme le précise Maxime, le sujet échappe parfois à ces balises étant mises en place dans l'espoir de voir advenir une certaine efficacité thérapeutique. En se soumettant à cette logique, parfois en décalage avec la compréhension clinique construite par le professionnel, l'autorité administrative en vient à avoir préséance sur le suivi lui-même ainsi que sur la capacité de raisonnement et de jugement clinique du professionnel, ce qui semble pouvoir ébrécher la continuité et la stabilité nécessaire à cet accompagnement, autant du côté du professionnel que du parent.

De son côté, Charlie propose qu'une intervention structurée soit proposée dans un deuxième temps, temps précédé d'un accueil de l'instantané de cette pratique clinique bien particulière.

Il n'y a rien d'obligatoire et ça c'est important. D'une part parce que ça aide les jeunes enfants difficiles. À mon avis, les douze cours c'est un peu ce qui fait échec. Il y a une séquence... Je dirais que c'est une deuxième étape d'avoir des cours structurés : tu ne commences pas par envoyer un enfant en première année quand il a dix-huit mois (Charlie).

Ce professionnel remarque que la cadence d'interventions semble lourde et difficile à supporter pour les parents, un peu comme si celle-ci dépassait le niveau de maturité affective et les dispositions psychiques de ceux-ci. Pour imaginer ce phénomène, Charlie donne l'exemple d'un *infans*, enfant n'ayant pas encore acquis le langage de par le stade de développement dans lequel il se situe, auquel la structure même du service lui exigerait ce qui est demandé à un enfant d'âge scolaire, chose qu'aucun professionnel ne s'imaginerait exigé au tout-petit. « Il faut qu'il soit libre d'exprimer ce qu'il est et après ça, en garderie, il y a des jeux, un petit peu plus... Je trouve qu'il faut faire la même démarche avec les parents, exactement » (Charlie). Un peu comme

si le passage d'une étape à l'autre, donc de l'augmentation des exigences de l'environnement ainsi que la structure y étant liée, devait se faire graduellement, au rythme de la disponibilité psychique du sujet. Tout cela comme s'il fallait laisser place à une certaine liberté d'expression, prenant naissance dans la relation à l'autre, faisant progressivement place à toujours un peu plus de structure.

Maxime évoque toute la réticence qu'il a concernant le changement de paradigme de son milieu institutionnel et critique les multiples aspects rendant le travail d'accompagnement considérablement contraignant.

Honnêtement, ce que je trouve le plus difficile c'est la structure. Elle est plus lourde, elle est moins flexible, elle est plus rigide, plus contraignante et ça c'est moins intéressant. On est en austérité donc la reddition de comptes : il faut faire telles nombre d'interventions, trois interventions par jour, prendre tel nombre de dossiers (Lou).

Ce participant met en lumière une distorsion qui peut subvenir quand l'accompagnement est réfléchi de la sorte, soit que l'intérêt principal du travail se tourne vers l'efficacité des interventions est évaluée en fonction du roulement de dossiers finalisés plutôt que vers le sujet que l'on reçoit avec ses moments de grands changements et de régressions.

On regarde pu les gens, on regarde le nombre. Tu peux avoir trois dossiers, mais c'est trois dossiers complexes. Ce n'est pas suffisant. Il faut que tu en aies x. On s'attend à ce que tu en aies vingt-cinq. On s'attend à ce qu'on soit à temps plein. On s'attend à ce que tu en aies cinquante. On s'attend à ce que tu aies des troubles envahissant du développement...Le degré de difficulté, il faut le ramener, il faut le rappeler parce que c'est de la reddition de compte (Maxime).

Le nombre prévaut, écartant ainsi la complexité des dossiers ainsi que l'investissement que cela implique, et ce, en termes de temps et d'élaboration des pratiques cliniques. En priorisant la quantité de dossiers traités, et non pas la qualité

des interventions ainsi que la complexité de certains dossiers, qui exigent un soutien singulier et plus intensif, il arrive que les professionnels puissent se sentir dépassés par la demande institutionnelle d'efficacité qui leur est formulée. Cela peut aussi avoir une incidence sur la capacité de ceux-ci à être disposés à écouter ces parents qui peuvent, à certains moments, exiger bien plus que ce qui est supposément disponible.

Certes, ces pratiques institutionnelles ont des répercussions sur les parents, mais aussi sur les professionnels qui se consacrent à une clinique de la précarité. Ces professionnels évoquent qu'ils se sentent opprimés, tout comme ils ressentent ces parents dépourvus, dans cette structure institutionnelle qui fait fit de l'aspect humain d'une telle pratique sous prétexte d'efficacité des pratiques cliniques.

D'autres participants remarquent que, dans un même souci de rentabilisation des services offerts, les équipes de travail sont compartimentées en fonction des problématiques répertoriées dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) tout en considérant l'intensité des problématiques (urgence ou pas). Comme plusieurs professionnels l'observent, segmenter le service, comme c'est le cas dans le milieu institutionnel public où pratique présentement Camille, risque de créer des crises dommageables et des discontinuités venant complexifier la mise en place d'un lien. Cette ramification des services génère quelques fois des situations complexifiant une pratique clinique déjà parsemée de défis considérables, ce que Camille considère comme un travail d'adaptation considérablement exigeant en comparaison à l'organisme communautaire dans lequel elle oeuvrait antérieurement.

Quand une famille vit une situation difficile, mais qu'elle n'est pas en crise, elle a besoin et elle appelle au guichet d'accès. La travailleuse sociale évalue le degré et ça se peut qu'elle m'appelle si cela est une crise, sinon elle la met autre part ou en suivi régulier. C'est une grosse affaire. Je pense que je suis encore en

train d'apprendre tout cela, mais c'est vraiment une grosse boîte. J'arrive du communautaire et c'est vraiment une adaptation (Camille).

Cela met en exergue la limite même d'un cadre pouvant être instauré uniquement par l'institution, sans considération pour le jugement clinique du professionnel, la situation singulière de chaque parent rencontré ainsi que complexité d'une telle pratique.

Dans un autre contexte, lorsque l'institution modifie les pratiques cliniques en lien avec un nouveau savoir et que cela vient mettre fin à des services qui semblaient bien fonctionner, les professionnels expriment avoir du mal à faire avec ces coupures et incohérences dans leur pratique clinique. Ces modifications, venant des gestionnaires n'œuvrant pas directement auprès des parents en situation de précarité, entraînent parfois une forme de deuil quant à une pratique qui paraissait pertinente, adéquate et dans laquelle le professionnel se sentait à l'aise de recevoir ces parents.

On a moins de latitude. Avant, on acceptait d'emblée que ce genre de dossier soit inactif pendant un certain temps et qu'il y ait des relances, mais maintenant on ne peut plus se permettre qu'un dossier soit inactif, alors il faut justifier la pertinence de maintenir les dossiers cliniquement. C'est là-dedans que nous sommes (Maxime).

Le professionnel a l'obligation de rendre des comptes aux gestionnaires qui encadrent la pratique clinique, ce qui apparaît contraignant pour Maxime. Les procédures et exigences institutionnelles ainsi que la nécessité d'un passage par divers paliers d'intervention pour justifier les décisions cliniques entraînent parfois des ruptures dans le lien soignant ou même dans la tête des professionnels qui réfléchissent aux enjeux singuliers des familles et cherchent à se positionner tout aussi singulièrement selon la situation de chaque parent rencontré.

Comme une personne qui achète un cadeau et le professionnel demande : " combien ça a coûté parce que je n'ai pas le droit d'accepter plus que quinze dollars ". Le professionnel refuse le cadeau et là ça brise la relation de confiance. Tout le temps tenir compte des schèmes et d'un jugement clinique. Il faut qu'on aille des codes, des procédures, il faut qu'il y ait des normes parce qu'il ne faut pas trop dépasser les limites, mais pouvoir juger avec qui on travaille (Lou).

Comme le souligne Lou, les normes institutionnelles et autres aspects structuraux de l'intervention permettent aux professionnels de contenir et limiter les avenues possibles pour intervenir, assurant ainsi une certaine cohérence entre les professionnels d'un même lieu de soutien. Or, quand ces procédures institutionnelles appliquées de manière stricte sont vécues comme des dictats qui empêchent le professionnel de s'approprier ce cadre, cela peut entraîner des ruptures ou un certain contournement des règles établies pour pallier les lacunes de la structure institutionnelle, c'est-à-dire développer une pratique en marge *de* l'institution ou *dans* l'institution, catégorie élaborée ci-bas et intitulée, « Marge comme lieu de création ».

S'il y a un besoin de suivi plus régulier, je vais faire une demande sur la liste d'attente, mais s'ils me rappellent, je réponds, mais en tant que privé (rit) parce que quand il y a un problème ce n'est pas dans deux ans que tu veux le régler, c'est maintenant (Lou).

Concevoir que les règles existent et permettent de structurer les lieux d'accueil de la souffrance humaine est certes pertinent, ce que reconnaissent la plupart des participants. Toutefois, selon Lou, il faut se garder d'être dans une position où le professionnel n'est que contraint à les respecter en niant ce qu'il constate par l'entremise de son jugement clinique. De ce fait, certains sous-entendent qu'il s'avère parfois juste et raisonnable de transgresser dans un souci de répondre aux parents en situation de précarité qui ne peuvent s'inscrire dans le cadre institutionnel préétabli.

La malléabilité de la structure comme support à la rencontre

Être à l'écoute de l'autre dans le cadre d'une pratique clinique auprès des parents en situation de précarité implique, selon Lou, certes une ouverture à l'écoute de la singularité, mais aussi une capacité à assurer une position stable qui n'altère pas tout au long du soin. « Dans ce contexte-là, on n'a pas le choix, il faut garder nos positions, mais en même temps ouvrir, élargir, essayer de comprendre ce que l'autre pense parce que sinon on ne peut pas avoir de communication » (Lou). Dans un contexte de soins institutionnalisés, la méthode choisie par le professionnel vient, en quelque sorte agir comme support à la rencontre.

Le parent ne serait pas appelé à se modifier pour s'adapter à la structure à laquelle il suppose une certaine fonction de soin, il s'agirait plutôt d'un mouvement initié par le professionnel afin de se pencher sur sa pratique pour répondre aux parents. Dans ce court passage, Lou évoque juger nécessaire, à certains moments, de pouvoir contourner les règles établies par le milieu dans lequel il pratique, assurant une malléabilité lui permettant de s'ajuster aux situations cliniques rencontrées et ainsi recevoir les familles dans ce qu'elles ont de souffrant.

Il faut répondre aux codes, procédures, mais des fois, j'ignore, j'omets : « ah le père n'est pas ici, il est souvent parti. Ok, on va oublier de demander la signature du père parce que ça risque de compromettre le lien dans certains cas. Donc si c'est le père qui vient, on parle au père et si c'est la mère qui vient, on parle à la mère. Même dans nos évaluations, maintenant, c'est ça : si possible les deux parents, si ce n'est pas possible au moins un des deux parents (Lou).

La malléabilité de la pratique devient donc un comme gage de support à l'élaboration singulière des plans d'intervention et des réflexions, permettant d'élaborer un soutien reflétant ces familles tout aussi singulières. Plusieurs des professionnels interrogés

soulignent combien cette malléabilité demeure nécessaire à toutes les sphères de l'intervention afin que le professionnel puisse être, au mieux de ces capacités, tendu vers le parent en situation de précarité, ce qui demeure un exercice complexe étant donné les divers mouvements d'investissement marqués par les allers-retours que soulignent tous les participants.

Plusieurs des professionnels rencontrés ajustent leur pratique au point de se distinguer de ce qui se fait au sein de l'institution dans lequel ils se trouvent, signifiant, par le fait même, à celle-ci que la souplesse devrait être au cœur des modalités d'intervention. « Donc, on a mis sur pied des ateliers qui ne demandent pas de liste d'attente, qui sont semi-ouverts et qui ne demandent pas d'évaluation. Je vous donne la clé... » (Lou). L'idée d'une structure malléable semble ainsi permettre au professionnel d'arriver à être disponible, à entendre autrement, avec une stabilité définie à même les préoccupations cliniques, et à possiblement accompagner le parent en situation de précarité avec ce qu'ils reconnaissent de celui-ci, tout en se sentant, à leur tour, soutenu par leur institution.

De par cette malléabilité, le professionnel accède aussi à la possibilité de poser un acte, une intervention ou une modalité nouvelle en résonance avec sa compréhension de ces familles précaires, ce qui fait en sorte qu'il arrive que les professionnels, comme Camille, avouent dépasser le cadre de travail circonscrit dans la logique bureaucratique.

Il faut quand même, des fois, qu'il y ait des limites, que tu puisses t'écouter là-dedans. Dans le cadre de mon travail, c'est d'être créatif et d'aller chercher les parents : sortir un peu du neuf à cinq, comme moi, je travaillais les soirs des fois, alors ça me permettait d'aller voir les familles donc de m'adapter à eux. De se respecter, de se respecter soi et aussi être flexible, être disponible (Camille).

Ce participant suggère que ces ajustements puissent prendre racine à même les exigences institutionnelles, mais aussi dans les limites personnelles de chaque professionnel. Être disponible ne renvoie donc pas, pour ce participant, à tout donner sans limites. Selon Lou, cette posture exige une attitude de « non-jugement » (Lou) et d'écoute de ce qui se présente au moment de la rencontre pour qu'advienne une nouvelle réflexion se voulant centrée sur les enjeux propres à la famille.

Il y a des personnes qui investissent le lieu où ils n'ont pas nécessairement de choses précises à faire, mais où ils peuvent être comme ils sont. Ici, ils ne sont jamais interrogés sur ce qu'ils sont, s'ils ont des difficultés. Ça peut être dit, mais on n'est pas là pour régler les affaires du monde. [...] Il y a aussi l'anonymat : c'est qu'ils n'ont pas de compte à rendre (Charlie).

Charlie souligne qu'il s'agit d'une présence préservant ce qui doit se montrer, ou rester caché le temps que le sujet s'installe dans le lien au professionnel, et ce, tout en se gardant de vouloir guérir la souffrance énoncée ou manifestée, qui peut paraître intolérable pour celui qui le reçoit. Selon ce professionnel, cette disponibilité renvoie à un soin qui se construit uniquement en résonance avec les enjeux singuliers de chaque parent rencontré, et ce, au rythme de l'investissement. S'ajuster au minimum pour que le soin soit reçu comme tel, comme l'affirme Lou dans cet exemple :

Comme dans le cas aussi d'une stagiaire que j'avais, qui était dans une famille d'un pays arabe où le père ne voulait pas être à la maison pendant que la psychoéducatrice allait faire l'intervention avec l'enfant et où l'université exigeait que le père s'implique dans l'activité. Alors, il a fallu qu'elle débâte beaucoup beaucoup beaucoup pour expliquer pourquoi ce n'était pas possible [que le père soit présent aux rencontres]. Ensuite, il fallait qu'elle fasse une vidéo de l'enfant et de la mère, mais la mère ne pouvait pas prendre de vidéo. Il fallait encore écrire une lettre pour expliquer pourquoi c'était contre-clinique et que ce n'était pas recommandé (Lou).

En effet, lorsque les balises de la pratique institutionnelle sont en contradiction avec les élaborations cliniques se voulant réfléchies en écho à toute la complexité du sujet en souffrance, comme décrit par Lou dans cet exemple clinique, cela met en évidence les ruptures qui peuvent être créées dans le lien, autant du côté du parent que du soignant qui n'arrive pas à inscrire ces procédures dans une démarche de sens pour ce parent.

Il [le programme] fonctionne de telle date à telle date, huit rencontres et si tu manques deux fois non-motivé, tu n'es plus dans le programme. Si tu fais le premier programme, tu dois faire le deuxième programme après ça tu ne peux pas refaire le deuxième programme. Tout ce qu'on fait d'habitude, j'ai enlevé tout ça. On a énormément de demandes de parents qui sont allés [dans ces programmes], mais lorsqu'ils ont fini le un et le deux, ils n'ont plus rien jusqu'à l'école, même s'il reste un an et demi. Ah! Et l'été, il n'y en a pas (Lou).

Selon la majorité des professionnels qui ont généreusement partagé leurs expériences de cette pratique clinique, cela implique de mettre en amont des procédures, les réflexions et élaborations cliniques concernant les parents. Cette précaution, pouvant être qualifiée de soignante, permet d'éviter d'agir la rupture familiale qui se situe déjà, parfois, au sein de la famille et de rester à l'écoute des enjeux qui leur sont propres.

Moi, ce que je fais c'est qu'il n'y a pas de [suite chronologique aux divers programmes :] un, de deux, de trois. Toute l'année, sauf quand il y a des congés, on est plusieurs intervenants en même temps donc il y a tout le temps des stagiaires, il y a de bénévoles, il y a l'ergo, il y a une travailleuse sociale qui s'alternent. Il y a toujours du monde, l'atelier est toujours ouvert. On a une liste de dix à quinze parents maximum (Lou).

Dans cet autre lieu de pratique, le parent n'a d'autre obligation que d'avoir la liberté d'être lui-même et de s'installer dans ce lieu qui se veut ouvert et disponible à le recevoir là où il se situe au temps présent de sa demande ou, enfin, de la

manifestation de sa souffrance. Laisser le temps à la confiance et au lien d'émerger pour mettre en lumière la fonction du professionnel, ce qui semble déjà être une intervention en soi. Dans l'organisme communautaire où travaille Charlie, cette disposition à l'autre s'avère marquée par le désir de poser une parole juste et précise sur le vécu de l'enfant, lui signifiant qu'il est un interlocuteur de choix, un sujet auquel l'adulte s'intéresse et cherche à comprendre pour mieux écouter.

On s'adresse à l'enfant, on met des mots sur ce qu'il essaie de dire quand il n'y en a pas et, en même temps, ce n'est pas l'aspect éducatif, c'est comme juste de dire : " ben oui, tu es fâché parce que l'autre t'a enlevé ton jouet, mais il veut entrer en contact ". En tout cas, on essaie de mettre des mots là-dessus (Charlie).

Aucune précipitation dans la disposition pour que se déploie ce qui peut prendre forme à ce moment précis où le parent accepte de prendre parole, ou pas. Le rythme peut donc être entrepris par le parent laissant le professionnel prendre cet élément, l'investissement dans le temps, comme un indice clinique supplémentaire pour réfléchir à ce qui fait souffrance pour ce parent singulier dans ce temps donné.

5.2.5 Par-delà la bonne conduite professionnelle : une pratique en marge

Ce dernier élément fondateur met en lumière ce qui, d'une pratique en marge, permet de dégager une pratique clinique par-delà la bonne conduite professionnelle. Dans la première catégorie, le lien en émergence est décrit comme ayant préséance sur les interventions dites éducatives, qui, selon certains professionnels, peuvent être présentes, mais doivent être mises en place de surcroît. Agir par-delà la bonne conduite professionnelle, c'est-à-dire agir en marge de ou dans l'organisation ou

l'institution, s'avérerait une porte d'entrée, un lieu de création, pour qu'émergent des interventions singulières invitant les familles toutes aussi singulières à s'investir dans cette relation soignante. Pour donner suite à cette deuxième catégorie, une troisième rendra compte de la place qu'occupe la limite dans une pratique clinique où elle semble parfois vouloir s'effacer au prix d'une familiarité qui laisse présager aux professionnels comme aux parents qu'une compréhension de l'autre peut se dessiner dans l'instantané d'une première rencontre.

Un lien en émergence : l'éducation de surcroît

La précarité de ces familles peut prendre plusieurs formes, et ce, selon le fonctionnement psychique de chacun et au gré des situations ponctuelles ou durables qu'elles peuvent traverser. Dans le cadre de leur pratique, les professionnels remarquent combien il est incontournable d'offrir aux parents en situation de précarité un soutien à l'accès aux ressources de base qui sont essentielles à la décence humaine : un toit pour s'abriter, de la nourriture pour s'alimenter, de quoi se vêtir convenablement, etc.

Alors, on a vu des familles dans un état de précarité ; un matelas pour six personnes, le matelas complètement déchiré, des punaises de lit dans les matelas. Donc, l'enjeu principal c'est le logement parce que tant qu'on n'a pas la base on ne peut rien faire. [...] Mais, ce qui est sûr c'est que travailler avec des familles vulnérables sans s'occuper du logement, sans s'occuper de la nourriture, sans s'occuper de la scolarité, sans s'occuper du bébé, il y a beaucoup d'intervenants qui travaillent comme ça, ça sert strictement à rien. La dignité humaine c'est comme " pourquoi elle a un beau logement et moi j'ai pas un bon logement? pourquoi mes enfants sont mal habillés? " (Aimé).

Aimé explique ici que cette distribution de biens matériels et alimentaires est réfléchie en termes de redistribution des ressources et ce, dans le but de redonner une

dignité à ces familles, qui constatent leurs différences et les inégalités sociales à travers les regards portés sur eux lorsqu'ils fréquentent des services, mais aussi parce qu'ils sont confrontés à leur propre jugement quant à leur existence. Ce professionnel interrogé considère qu'offrir un terreau fertile pour qu'autre chose puisse émerger chez ces parents en situation de précarité semble essentiel dans cette pratique clinique où la survie physique et psychique ne peut être le seul front de bataille, ce que confirme Charlie en affirmant « ici, il y a des couches et de la nourriture. Comme une famille qu'on a eu cet après-midi, ils viennent manger à la ressource. [...] Je pense que c'est sa deuxième maison, l'école et ici » (Charlie).

Élargissant ainsi la définition de soin, Charlie met en relief cette mise à disposition de certains éléments, qui permettent de satisfaire le besoin physiologique du corps qui réclame des soins pour ainsi accéder à autre chose. Puisque la plupart des familles semblent arriver plus aisément à formuler un besoin alimentaire ou matériel, plusieurs professionnels soulignent que cette réponse aux besoins devient donc une sorte d'invitation à investir le lieu et les professionnels qui y travaillent. L'accès aux denrées alimentaires et aux couches semble donc être une réponse qui vise à soutenir le désir sous-jacent d'une possible rencontre avec le professionnel, tout en reconnaissant ce qui rend leur situation précaire, tant du côté du besoin que de celui du désir de prendre place dans la relation soignante.

L'offre d'un tel objet devient donc porteuse d'un lien à voir émerger, entre le professionnel et le parent, et vise à reconnaître ainsi qu'à soutenir, dans un même temps, la situation actuelle de ces parents en situation de précarité. Cette offre de soutien se situe donc à deux niveaux : du côté du besoin à satisfaire, mais aussi du côté du désir d'être reconnu, entendu et soutenu dans cette difficulté d'exister et de mettre en mots ce qui fait souffrance. « Quand il y a de la nourriture, du café et que les mères peuvent parler, juste ça, ça peut faire en sorte qu'ils ont le goût de venir. Quand tu donnes à manger à quelqu'un ce n'est pas le biberon, mais c'est pas loin »

(Charlie). Cette métaphore du biberon éveille spontanément l'image du parent portant son nouveau-né près de son corps, tout en lui offrant du lait à la température du corps en lui adressant un regard porteur d'un désir relationnel. Ceci permet, à mesure que cette expérience se répète, de se construire, en tant que sujet, dans la relation à l'autre, de se voir digne de recevoir des soins. En tant qu'être profondément relationnel, le sujet se dévoile donc dans l'expérience de la relation à l'autre, qui, dans ses fondements, s'inscrit dans une réponse aux besoins du corps. En effet, comme le souligne Charlie, l'acte de donner à manger dans un contexte de précarité s'inscrit, en quelque sorte, du côté du maternage donc d'une offre de contenance capable de recevoir ce qui est plus précaire chez le sujet. Il serait possible de croire que les mères de l'exemple de Charlie reviennent parce qu'elles se sentent nourries et peuvent, de ce fait, se déposer autrement dans ce lieu.

Comme le souligne à plusieurs reprises Lou et Charlie, la mise en place d'une relation semble première dans l'intervention auprès des parents en situation de précarité pour ensuite faire place à l'éducation, soit les cours ou les ateliers, si nécessaire. Tout cela n'évacuant pas l'aspect éducatif dont certaines familles éprouvent la nécessité, ce que rappelle Charlie : « Tous les gens qui font des ateliers disent que ça ne marche pas. On sent que c'est d'abord la relation avant l'éducation, mais sans mettre l'éducation de côté parce qu'effectivement il y a des mères qui ne savent pas s'y prendre » (Charlie).

Évoquant ici l'importance du lien qui se tisse au-delà des considérations d'efficacité, Charlie parle de ce premier contact qui peut en amener d'autres, comme le stipule Lou en constatant qu'après une certaine expérience d'un lien qui porte ses fruits, les parents s'engagent un peu plus en dévoilant leurs difficultés et en acceptant le soin offert.

Quand on leur donne quelque chose et qui voit le progrès, ils nous font confiance et, ensuite, quand on leur dit qu'on pourrait faire l'évaluation [de l'enfant] pour avoir des services dont il a besoin, là il n'y a pas un parent qui va dire " non je veux pas qu'il ait les services dont il a besoin " (Lou).

Dans certains cas, comme dans l'exemple qu'évoque Lou, il s'agira là d'une offre d'ateliers, ayant un cadre souple et adapté, permettant à ces gens de faire une première rencontre, ou plusieurs premières rencontres avec les professionnels. À cela s'ajoute l'offre d'un objet se présentant sous forme de nourriture disponible lors des visites, comme pour Charlie, ou encore une vidéo d'apprentissage constituant un atelier en soi que les parents peuvent apporter à la maison, ce qui est effectif dans les ateliers organisés par Lou. Lorsqu'une proposition de service s'ensuit, les parents sont plus enclins à accepter l'offre de soin parce que les professionnels ne sont, du coup, plus des étrangers. Il y a eu un certain apprivoisement mutuel : de la part du professionnel qui tente d'offrir du soutien à une famille singulière qu'il rencontre pour la première fois et de la part du parent qui, tranquillement, arrive à reconnaître une partie bonne chez le soignant qui peut lui porter une oreille attentive.

L'autre chose avec la vidéo [à apporter à la maison, c'est que tous les enfants regardent la télévision, tous les enfants regardent l'ordinateur et tous les parents sont occupés, alors cette idée que nous on a qu'il devrait regarder tant d'heures de télé et que le parent devrait prendre du temps de qualité avec son enfant... Eux, ils sont comme " oui, oui, oui, madame". Eux, des familles déracinées d'un milieu aisé, ils sont habitués, pour plusieurs, qu'à la maison c'était la famille élargie qui faisait la stimulation ou c'était des bonnes. Donc, ils se retrouvent ici en situation de précarité, mais ils n'iront pas s'asseoir à quatre pattes avec leur enfant à faire des jeux symboliques par terre dans le salon après le souper. Ça n'existe pas. Alors, si on dit qu'ils collaborent pas quand ils ne le font pas, ils vont se fermer à nous (Lou).

Dans la situation qu'émet Lou, la stimulation ou l'exploration de l'environnement, qui était surtout faite par la famille élargie dans le milieu d'origine, est maintenant offerte sous une forme déjà utilisée dans le milieu de vie des parents en situation de

précarité : ici, il s'agit de la télévision. Du coup, la demande faite aux parents n'est pas au-delà de ce qui apparaît être une ressource disponible pour cette famille, à ce moment précis, autant physiquement, matériellement que psychiquement. La vidéo, ici utilisée comme objet facilitant le lien, reste donc en lien avec la réalité des familles ainsi que son fonctionnement et assure le pont entre le service et la maison. Considéré de la sorte, cet objet viendrait favoriser ce premier contact ouvrant potentiellement sur l'émergence d'un lien de confiance et d'un possible désir d'investir un réseau palliant l'absence de soutien de la famille élargie.

Dans le champ de l'éducation à la parentalité, les participants rencontrés précisent, unanimement, que l'établissement d'un lien de confiance est prioritaire aux apprentissages devant être faits par les parents en situation de précarité. Certes, ils précisent que les deux ne se divisent pas, comme le souligne Charlie, mais l'aspect relationnel vient d'abord créer un ancrage pour qu'autre chose puisse prendre forme, comme la dimension éducative. « Mettre comme base du tricot-là l'aspect relationnel, et l'aspect éducatif vient, je dirais, de surcroît » (Charlie). Cette base du tricot, image que Charlie utilise pour parler de ce qui se met tranquillement en place et s'articule en plusieurs lieux, engendrerait, à son tour, un mouvement menant jusqu'au désir de changement, ne dépassant pas les capacités du parent en situation de précarité au temps présent. Le lien toujours en construction permet alors qu'autre chose puisse prendre forme, ce que Maxime semble confirmer par cet extrait.

Je pense que si on s'attarde à entrer en contact avec le client et à établir une relation de confiance, je pense qu'il y a 50% des chances que la situation s'améliore parce que la personne va s'ouvrir. On va aller direct au but puis elle va être mobilisée. Ça fait une belle intervention en tout cas, ça fonctionne (Maxime).

Ce corps satisfait, étant donné des propositions nourricières si besoin, ouvre sur cet aspect fondamental qui rappelle que l'être humain a des besoins fondamentaux sur

lesquels repose sa survie physique, mais aussi que la psyché humaine s'appuie sur ceux-ci ainsi que sur l'histoire relationnelle du sujet pour qu'enfin les désirs s'élaborent et émergent.

À partir des discours recueillis chez les professionnels, il est possible de percevoir que le fait de préserver le désir d'être en lien avec les parents en situation de précarité va de pair avec la possibilité d'être nourri par les apports de cette pratique clinique. Plusieurs d'entre eux, comme Maxime, mentionnent combien l'amour de leur pratique est en lien direct avec les parents en situation de précarité : leur évolution, leur rétroaction, les changements, etc.

La rétroaction principalement c'est la clientèle qui nous la donne. Quand ils nous disent par exemple : " moi j'aime beaucoup les bilans parce que c'est le bilan qui me permet de voir ce que j'ai amélioré ". On regarde la demande initiale lorsqu'il est rentré, ce qu'on a fait et où on est rendu. Là c'est comme " wow! ". Parce que notre travail fait en sorte qu'on n'a pas toujours la capacité ou la possibilité de voir concrètement les résultats. On a ces choses théoriques et on espère que les gens les gardent puis que ça continue, mais le bilan c'est une espèce de façon, tout comme les gens qui font de la poterie, quand ils font le produit puis que c'est fini, ils voient le résultat. Bien, le bilan pour moi c'est un peu comme ça. On a cheminé, on a appris, on a progressé à tel niveau puis en général les usagers aiment ça aussi parce qu'ils voient ce qu'ils ont fait (Maxime).

Ceci vient souligner à quel point il s'agit là d'un lien où les deux protagonistes sont liés, amplifié par la grande proximité qu'engendre cette pratique clinique, et où l'après-coup est porteur de sens afin d'entrevoir ce qui a pu émerger au fil des rencontres. Comme les professionnels se disent dans un lien de proximité avec ces familles dites précaires, ils mentionnent également en retirer une gratification lorsqu'ils peuvent mesurer les empreintes des transformations ayant eu lieu au gré des interventions ainsi que l'efficacité de leur travail par l'entremise d'un accomplissement direct et palpable auprès d'eux. Se donner les conditions d'un

après-coup constituerait un outil significatif pour entrevoir une réflexion sur la pratique clinique auprès de parents en situation de précarité, et ce, peut-être aussi quand le suivi se termine par une rupture.

Marge comme lieu de création

Venant du latin *margo, marginis* qui signifie « bord », « bordure », le terme marge ne se réfère donc pas uniquement à ce qui fait exclusion, mais renvoie à ce qui définit les contours d'un espace donné. « La marge est à la fois " en dehors " et reliure » (Colombo, Gilbert et Lussier, 2007, p. 43). Elle met peut-être en exergue ce pont à édifier pour que se dessine le pourtour d'un lieu de création de deux mondes en conflit. À basse époque, le mot création désignait « action d'engendrer, procréation »; en latin chrétien « création du monde » et « chose créée, créature » (Dictionnaire historique de la langue française, 2006). De ce fait, comme le mentionne Winnicott (1988)

Pour être créatrice, une personne doit exister et avoir le sentiment d'exister, non de manière consciente, mais comme une base qui lui permet d'agir. La créativité est alors un faire qui est issu d'un être. Elle indique que celui qui existe est vivant » (cité par Ribas, 2012, p. 152).

Dans une pratique clinique où les sous-bassement des prétendues certitudes sont souvent mises à l'épreuve, la marge semble constituer un lieu de création pour permettre une nécessaire mouvance dans les réflexions menant à la mise en place d'interventions. Face à l'aberration d'un fonctionnement institutionnel ou organisationnel circonscrivant la pratique dans un modèle donné, certains

professionnels se positionnent soit en marge *de* l'institution ou de l'organisme ou en marge *dans* ce fonctionnement type.

D'un côté, être en marge *de* l'institution ou de l'organisme pour lequel le professionnel travaille n'apparaît pouvoir être possible qu'en dérogeant du modèle de prise en charge préétablie par le milieu pour tenter de préserver une cohérence entre les enjeux des parents concernés et leur pratique.

Sur le plan de l'intervention, les gens doivent signer et on a plus de 25 % de notre clientèle qui ne savent pas lire ni écrire, penses-tu que je vais leur faire signer un plan? Je signe ça moi-même. Je leur dis qu'est ce qu'on doit faire, ce qui est écrit (Aimé).

La décision d'Aimé semble être appuyée sur son jugement professionnel singulier, se voulant ancrée dans l'expérience de cette pratique clinique décrite comme singulière et récalcitrante aux modèles dits efficaces. Cela lui permet de se disposer à écouter ces familles pour qui la porte d'accès risquerait de rester fermée si ce professionnel ne dérogeait pas du modèle convenu par son milieu de pratique. Dans l'exemple cité ici-bas, Lou explique combien il a l'impression que les listes d'attente peuvent avoir un effet de refus de soin pour les parents en situation de précarité au moment où la personne se sent vulnérable et est à même d'adresser cette souffrance à quelqu'un. Lou mentionne qu'il lui arrive de répondre rapidement à un parent pour qui il juge que la liste d'attente pourrait un effet de refus de soin.

S'il y a un besoin de suivi plus régulier, là je vais faire une demande sur la liste d'attente, mais s'ils me rappellent je réponds, mais en tant que privé (rit) parce que quand il y a un problème ce n'est pas dans deux ans que tu veux le régler, c'est maintenant (Lou).

Ce professionnel choisit donc de répondre à cette souffrance formulée dans l'instantanéité du moment où les mots peuvent se formuler à l'autre. Selon Lou, son jugement professionnel l'amène donc à répondre dans l'immédiat afin de faire place, dans la clinique, à ces parents, et ce, malgré la transgression que cela implique face au modèle institué.

D'autres professionnels énoncent aller jusqu'à pratiquer dans le secret pour faire place à la souffrance telle qu'elle se présente : « des fois, on prend exceptionnellement des gens qui sont sans papier, mais faut que ça reste très discret » (Aimé). Le modèle d'intervention, d'accueil ou d'écoute est donc repensé pour être en mesure de répondre adéquatement aux parents en situation de précarité, malgré les transgressions que cela peut engendrer, qui vont parfois même à l'encontre de ce qui est légalement permis. Le soin est mis de l'avant comme précurseur d'une position singulière et primordiale au prendre soin de ces familles, ce qui vient parfois teinter la couleur des équipes cliniques comme le mentionne Aimé : « J'ai une équipe un peu, j'allais dire rebelle, mais c'est tous des intervenants chevronnés qui ont du *'tork'* : qui disent ce qu'ils ont à dire, qui ne sont pas gênés et qui ne passent pas par quatre chemins ». Se retrouvant en marge de ce que l'institution propose, cela peut occasionner une sorte de « défroquation » par rapport au modèle institutionnel et ainsi entraîner un malaise ou parfois entretenir un sentiment de rébellion, qui peut aller jusqu'à une certaine fierté en évoquant ces mesures, ce qui varie d'un professionnel à l'autre.

C'est très récent notre implication ici. C'est un milieu en transition donc en gentrification ou en embourgeoisement. Le défi est de faire cohabiter deux clientèles qui sont très différentes, ce qui est différent des autres [quartiers où notre organisme est disponible] et où les gens viennent d'eux-mêmes. Là, [dans nos autres lieux] on les invite, même si c'est juste ça, et d'autres professionnels réfèrent beaucoup et encouragent à venir [...] Quand on a élaboré ici c'était une des choses qu'on discutait [: donner de la nourriture ou pas]. Moi, de mon expérience de professionnel, je me dis (rit) : quand il y a de la nourriture, du

café et que les mères peuvent parler, juste ça ça peut faire qu'ils ont le goût de venir (Charlie).

Charlie évoque ici le fait qu'il a dû imposer un changement quant au fonctionnement habituel de l'organisme pour être en mesure de recevoir les parents habitant un autre quartier et démontrant des enjeux différents auxquels il jugeait important de s'ajuster pour les accompagner dans leur spécificité.

D'un autre côté, à certains moments, il y a aussi la possibilité d'opter pour une liberté de pratique enracinée dans le modèle de base de l'institution dans lequel ils s'inscrivent tout en adaptant quelques points pour pratiquer librement, se retrouvant en marge *dans* leur milieu de travail. « C'est juste qu'il faut qu'on les enregistre quelque part. On a besoin, à un moment donné, de faire quelque chose de toute cette bureaucratie. On fait la paperasse quand même, mais c'est juste dans les délais que ça diffère » (Lou). Tout comme Lou au moment de remplir certains formulaires, ces professionnels contournent légèrement le modèle dans sa forme initiale et intégrale, considérant celui-ci comme un empêchement à leur pratique, ce qui ne les empêche pas de satisfaire, en quelque sorte, la modalité bureaucratique. Ici, être en marge signifie donner à l'institution ce qu'elle juge pertinent pour assurer la pérennité du lieu, ce qui permet d'accomplir le travail nécessaire à l'accompagnement de ces familles aux enjeux singuliers tout en continuant de remplir les exigences de son lieu de pratique.

Dans les deux cas, il s'agit là de passer d'un soin inscrit dans une structure ayant des balises préétablies à un soin malléable selon les rencontres entre sujets, car la pratique institutionnelle ou en organisme communautaire semble faire défaut, à certains moments, pour penser les soins en situation de situation de précarité.

Ici, on a [de la paperasse à remplir], mais disons que nous on fait des espèces de rush d'équipe : on fait tous nos trucs puis après on se fait une demi-journée où tout le monde fait ses statistiques et on rigole. On essaie de ne pas dramatiser parce ce qu'on doit le faire, mais on essaye de faire le moins de papier possible (Aimé).

Tout porte à croire, selon plusieurs professionnels interrogés, que la marge, dans laquelle ils se situent pour pratiquer, a une fonction toute particulière, celle de dégager un espace en écho aux enjeux de la famille rencontrée. Ce lieu nouvellement créé, dans un souci d'accordage, permet d'atteindre ces parents dits précaires, donc marginalisés dans leur parentalité. En se positionnant de la sorte, ils en arrivent à ajuster leur pratique respective pour arrimer, au mieux de leurs capacités personnelles et professionnelles, des interventions répondant aux exigences du milieu ainsi qu'aux enjeux singuliers de ceux qu'ils reçoivent.

On n'a pas besoin d'évaluer [ces parents] à ce point-là. Je sais qu'il y a bien des questions que je ne leur pose pas, même dans les protocoles, comme par exemple ceux où il y a deux heures de questions. Je demande à mon collègue, mais il faut que j'y aille doucement parce que, moi, je suis comme un peu en dehors de la norme. Je dis « est-ce qu'on peut sauter la partie école parce que j'ai déjà toutes les informations sur la partie école pour ne pas redemander aux parents toutes les questions et on peut regarder dans les anciennes évaluations? » Tout ça pour ne pas redemander à la mère cinq fois comment vous vous sentiez dans votre grossesse, y'as-tu eu des complications pendant la grossesse? (rit). Pas dédoubler et tripler les questions (Lou).

Lors d'évaluation, Lou avoue ne pas se soumettre intégralement au protocole établi par son institution, réclamant que la modalité adoptée spontanément peut venir engendrer une souffrance supplémentaire chez le parent ou même rejouer certains enjeux propres à ces familles. La position qu'il dit occuper, dans cet extrait, paraît le mettre en opposition avec son institution, ce qui semble à la fois lui convenir, voire peut-être même une source de fierté puisqu'il ajoute :

Pour moi, [ce qui est difficile] c'est de rester dans les normes du système. C'est ça que je trouve le plus difficile : la bureaucratie. Parce que je n'ai pas le choix, je travaille pour un édifice public. Il faut quand même que je réponde aux normes. Je ne dis pas que je ne répondrai pas à aucune norme, mais j'ai tendance à être dans le milieu (Lou).

Se positionnant au milieu, comme il le précise, ce professionnel tient compte de la possibilité de compromettre le lien pouvant se tisser dans la fragilité d'une demande de soutien si le protocole s'applique systématiquement. À ce moment de son intervention, Lou décide plutôt d'écouter cette mère en considérant l'histoire de soin de celle-ci, à même l'institution, tout en lui permettant de s'installer graduellement dans ce lien de par la confiance de nouveaux éléments de sa vie. Faire autrement aussi par souci de singularité, de non-intrusion et de respect de l'expérience vécue dans l'historique de soins. De ce fait, l'écoute prend forme au rythme de ce qui apparaît pertinent de questionner et non pas de ce que le devoir de la pratique dicte au professionnel. Cela engage le professionnel à mettre au-devant de la scène la complexité humaine et relationnelle de ces parents en amont des protocoles établis par l'institution, ce qui suscite le professionnel de manière bien différente. Être en mesure de prendre du recul sur l'effet de ces procédures sur les familles, et ce, même dans des situations plus extrêmes où la norme est remise en question comme dans les propos ci-dessous d'Aimé :

D'abord, je pense qu'on a toujours une deuxième chance dans la vie et ça c'est quelque chose qui est profondément important quand on travaille avec des familles qui sont assez négligentes parce qu'il ne faut pas oublier que les trois quarts des familles qu'on a ici sont taxés de négligentes par la société, pas parce qu'elles sont nécessairement négligentes, mais parce qu'elles sont en difficulté comme telle. Donc, il faut à un moment donné couper ça. Il faut que la personne qui arrive dans le bureau ne se dise pas " je vais encore trouver quelqu'un qui va trouver que je suis négligente " donc déjà y'a un effort à faire d'affranchissement par rapport à ça, par rapport à nos propres sociétés (Aimé).

Accueillir ces parents demande un exercice complexe de décentration et d'écoute au-delà de ce qui est manifeste, nécessitant une remise en question des termes utilisés pour parler des comportements qui seraient jugés dangereux pour certains membres de la famille : négligence, maltraitance, etc. Dans cet extrait, Aimé suggère de s'affranchir de la valeur morale ce que peut représenter ce terme pour être à même d'écouter la souffrance de cette famille plutôt que l'étiquette qu'elle a reçue dans son parcours de soin. Cela donne, selon lui, une deuxième chance à la famille, celle d'être vu autrement et d'être écouté par le prisme de la souffrance et non de la bonne conduite.

Le fait de devoir réfléchir à chaque fois à l'application du concept de normalité rend cette pratique plus complexe ainsi que parsemée de zones floues à décortiquer à chaque fois qu'une situation se présente. Cela requiert, chez le professionnel, une souplesse, à ne pas confondre avec une confusion, ainsi qu'une capacité à introduire une limite claire qui marque un trait entre le professionnel et le parent, permettant ainsi de travailler tout en restant chacun à sa place. Selon leur pratique clinique respective, la plupart des professionnels interrogés ont relaté réagir de façon singulière tout comme les familles avec qui ils font affaire.

Pour finir, on pourrait entendre cette marginalisation professionnelle comme étant une réponse créative à la situation singulière de ces parents marginalisés par la précarité dans laquelle ils se trouvent. Les professionnels s'inscrivent donc dans leur institution ou organisme en résonance avec l'investissement des familles face à la société dans laquelle ils n'arrivent pas à s'inscrire. Ils s'inscrivent là où il reste suffisamment de place, un endroit vacant prêt à accueillir autrement. La résonance entre ces deux processus de marginalisation renvoie au pourtour créé sur mesure pour tenter de faire autrement quant à l'expérience du soin apporté à l'autre, autant chez le parent envers son enfant que le professionnel en lien avec le parent.

Limite soignante

Dans les rapports que le sujet entretient avec ces semblables, « la limite n'est pas clôture et l'absence de limite ne rend pas libre » (Hentsch, 2006, p.40) donc elle a pour fonction de rallier et structurer tout en réfléchissant aux pourtours qu'elles imposent. Le sujet est appelé à se construire un récit autour d'une histoire relationnelle de soins parfois structurante, chaleureuse, floue ou, malheureusement, inadaptée, inadéquate, voire souffrante.

Au cœur de la pratique clinique auprès de ces parents en situation de précarité, la porosité des limites laisse parfois croire, tant au professionnel qu'aux parents, que l'autre se laissera saisir en entièreté dans un dévoilement authentique de soi quasi instantané, ce qui laisse parfois les professionnels déstabilisés.

Tu intervies sur le trottoir : tu as une mère en maudit après une autre ou elle est en criss et elle s'amène. Elle est comme en *tabarnak!*. Ça crie dans la rue, c'est tout croche, mais, c'est ça, tu n'as pas de (rire) ...c'est comme un peu des enfants encore. Ils sont plus authentiques. Ils n'ont pas beaucoup de frontières, en fait. C'est comme, ils débarquent et te racontent leur vie et c'est comme ça (Camille).

Une authenticité cachant des contours perméables, comme le relève Camille, montrant ainsi à l'autre le contenu brut de ce qui affecte le parent; accès direct à l'autre qui s'avère parfois séduisant pour certains professionnels, comme dans cet extrait ici haut, tout en ayant conscience du mal-être que cela peut aussi représenter. « C'est intéressant quand même de..., mais c'est une clientèle super attachante. Ils sont très authentiques, j'ai eu beaucoup de plaisir. C'est comme brut... » (Camille).

En ce qui concerne les limites de la pratique, tous les professionnels ne sont pas d'accord avec ce que cela signifie et, encore moins, avec le positionnement à prendre pour que les parents en situation de précarité puissent bénéficier d'un lieu structurant et soutenant. Pour certains, accueillir les familles quand elles se présentent, assumant ainsi les allers-retours de l'investissement à petits pas, est en partie une façon de s'ajuster au rythme des parents et sous-entend que le professionnel, selon Lou, ne soit pas dans la crainte d'être débordé par ces mouvements d'investissement contradictoires pour être disponible à ce qui se manifeste.

Quand il y a un problème, ce n'est pas dans deux ans que tu veux le régler, c'est maintenant. On a un problème, dans le système, avec ça. Les ateliers viennent un peu répondre à ça : s'ils veulent venir maintenant ils viennent, s'ils veulent pu venir ils ne viennent pas et s'ils reviennent dans deux mois ils reviennent. Il n'y en aura jamais trop, parce qu'il y en a deux qui sont absents, il y en a deux qui arrivent. Le roulement dans mon groupe semi-ouvert, les parents arrivent de n'importe où (Lou).

D'un autre côté, d'autres professionnels croient que pour venir en aide aux parents en situation de précarité, « ça prend des gens qui vont les porter » (Aimé). Selon Aimé, il faut être en mesure de permettre à ces parents de s'accrocher à quelqu'un, de « faire couple » (Aimé) afin de traverser avec eux ce qui apparaît insurmontable face au monde extérieur afin de les amener autre part ensuite.

Si tu veux sortir la jeune femme de sa situation, d'une souffrance transgénérationnelle, on doit aller avec elle. Elle n'avait jamais pensé qu'elle pourrait faire un retour à l'école. La première fois qu'elle est rentrée à l'école, elle tremblait comme une feuille, car ça faisait 4 ans qu'elle n'avait pas été à l'école. L'éducatrice lui a dit « je vais retourner à l'autobus avec toi ». Elle est allée à l'autobus, elle s'est perdue à l'autobus et elle ne voulait plus aller à l'école parce qu'elle s'était rendue [trop loin] et elle ne se retrouvait plus. Là, on a refait l'exercice jusqu'à ce qu'elle puisse. Ça prend le désir d'aider. Ça prend le désir de donner de toi pour que les gens puissent s'accrocher à quelque chose d'autre qui n'est peut-être pas valorisé dans leur milieu non plus (Aimé).

Être aux côtés de cette mère, dans une rencontre momentanément duelle, caractérise ce portage que décrit Aimé et qui appelle à tolérer la lourdeur de ces premières expositions au monde, à l'altérité soignante, ce qui était jusqu'à maintenant impossible pour elle. Camille aussi décrit ce portage de la demande comme étant nécessaire le temps que celle-ci se construise en ces termes pour éviter que ces familles ne soient « échappées », voire exclu faute d'incapacité à formuler celle-ci dans des mots habituellement entendus, alors qu'il y avait bel et bien quelque chose à entendre.

Ils sont assis entre deux chaises. Ils sont comme des jeunes ou des familles qu'on " échappe ", entre guillemets, parce qu'ils ne vont pas chercher d'aide. Ils ne sont pas clients non plus, donc ils ne vont pas dire " oh là, on a besoin de service ". Sauf que tout le monde autour, tous les systèmes, sont comme en mode " cet enfant-là a besoin d'aide ou cette famille-là a besoin d'aide ". Ça fait que si on ne pousse pas, qu'on ne crée pas de demande ou qu'on ne va pas comme répondre à la demande, ces familles-là, elles finissent quand même par comme tomber un peu... (Camille).

Un peu comme si la souffrance de la famille, évoquée dans cet exemple clinique, se faisait entendre de manière dissipée avant de s'affirmer à elle-même. L'équipe de professionnels pourrait donc jouer ce rôle de premier entendant d'une souffrance qui n'arrive pas encore à prendre une forme audible pour l'autre, versant vers la demande de soin.

C'est sûr que c'est un gros mandat, ça devient lourd à la longue, mais on était vraiment une équipe très solidaire et il y avait beaucoup d'entraide. À un moment donné, les familles, elles voient bien qu'on est là pour eux et là, à un moment donné, « oui j'ai besoin d'aide à la maison » et là comme il y a un travail qui peut se faire (Camille).

Certes, comme le mentionne Camille, le fait d'être disponible en tant que groupe, et ce, malgré la lourdeur et l'intensité de la pratique, permet que la demande puisse prendre racine quelque part dans la psyché du parent et non pas uniquement dans la tête du professionnel. L'idée de pouvoir adresser sa souffrance s'articule progressivement dans une demande de plus en plus précise, même si la souffrance ne se fait que très rarement entendre d'emblée comme un langage si précis.

D'autres professionnels en sont venus, au fil des années d'expérience, à conclure qu'il valait mieux délimiter l'investissement des soins en distinguant « portage » et accompagnement pour éviter que la lourdeur de cette pratique ne teinte le lien, même si la tentation semble présente pour Maxime : « Il faut se dégager parce qu'on est supposé accompagner et non porter, mais oui on peut sentir des fois qu'on porte, mais il ne faut pas, ce n'est pas ce qu'il faut faire. (rire prolongé et soupir) » (Maxime). Éviter de porter, même si cela semble séduisant de succomber à une prise en charge qui risquerait d'annihiler le parent, le laissant complètement dépendant du professionnel, ce qui, toujours selon ce professionnel, ne correspond guère au mandat de soin : « Nous, on est sensé être là temporairement, on n'est pas sensé être là à vie donc il faut aussi donner du pouvoir au client pour qu'il puisse s'intégrer dans sa communauté » (Maxime).

Définissant ainsi clairement les limites de cette pratique clinique, c'est-à-dire de la prise en charge de ces parents, ces derniers seraient plus facilement reconnus comme pouvant se reconstruire progressivement en se sentant accompagné et, de son côté, le professionnel pourrait se questionner sur la capacité du parent à bénéficier du service qui pourrait être mis en place.

On n'a pas nécessairement toutes les mêmes priorités et il faut en être conscient de ça quand on entre dans une famille. Il faut accepter une personne avec son parcours, d'où elle part et voir avec elle ce dont elle a besoin et y

aller avec des petits pas parce qu'on n'a pas toute la même perception des choses, on n'a pas tous les mêmes besoins (Maxime).

En tant que famille comme en tant que professionnel, tout n'est donc pas à offrir à l'autre. Comme le rappelle Maxime, il faut que certaines limites définissent les contours du soin tout en s'assurant de répondre à la personne se présentant au professionnel. En début de pratique clinique auprès des familles en situation de précarité, certains professionnels veulent accomplir de grandes choses pour celles-ci et souhaitent, en quelque sorte, les sortir de leur souffrance, les apaiser, et ce, parfois le plus rapidement possible, ce qui ne s'avère pas toujours en résonance avec la souffrance réelle de la famille. « Il y a des intervenants qui sont un peu moins expérimentés. Ils veulent beaucoup. Leurs compétences professionnelles dépendent un peu du succès de comment ça se passe avec leurs clients » (Dominique). Nombre d'entre eux soulignent combien la souffrance de ces parents est difficile à constater sans qu'une urgence d'aider n'émerge chez les professionnels. Ils se dévouent alors à la tâche en utilisant toutes leurs connaissances et, suite au constat de certaines blessures se référant à des souffrances relationnelles antérieures sur lesquelles ils ne peuvent agir directement, ils arrivent qu'ils ressentent un sentiment d'impuissance qui vient parfois ébranler leur sentiment de compétence professionnelle, ce que rapporte Dominique.

Ils veulent, ils veulent, ils veulent et ils appellent le parent et tout ça. Après, ils voient finalement qu'ils ont de la difficulté, voire que ça n'avance pas comme ils voudraient. C'est quelque chose de plus intrinsèque par rapport aux parents : on ne peut pas juste dire le symptôme c'est le ménage, on va vous payer une auxiliaire familiale elle va vous faire votre ménage et après ça va être correct. Tu as toute l'impuissance par rapport à ça, mais l'impuissance aussi ça vient, je pense, du fait de ne pas si bien comprendre c'est quoi la source (Dominique).

Le professionnel est donc interpellé bien au-delà de ce qui le constitue comme clinicien. Il est appelé comme sujet dans une relation où deux êtres peuvent être

traversés par des vécus antécédents les affectant, et ce, parfois dans des lieux insoupçonnés de la psyché, ce qui dépasse parfois ce qui peut être saisi au moment de l'évaluation ou de l'intervention. Dominique évoque dans cet exemple combien l'avancement, ou pas, des parents est intimement lié aux ressentis du professionnel, et ce, lorsque l'investissement est massif.

Une professionnelle est arrivée avec les yeux pleins d'eau, c'était souffrant. C'est difficile parce qu'on veut vraiment aider les enfants et la maman elle n'avance pas. Elle, [la professionnelle,] a tellement travaillé fort. L'année passée, elle l'a accompagnée pour tout, toutes les semaines. Cette année, il faut que tu lui dises "j'ai toute faite avec vous l'année passée, c'est de l'autonomie", mais elle sait qu'elle n'y arrivera pas, elle est triste. En même temps c'est normal d'avoir des émotions. Je pense qu'il ne faut pas être déconnecté non plus. On fait ça, car on veut aider...(Dominique).

Ce professionnel rappelle le caractère éprouvant de cette pratique clinique ainsi que le désir de ces professionnels de venir en aide aux parents en situation de précarité, alors qu'ils sont parfois rattrapés par l'intensité de la problématique ou peut-être de l'inadéquation de l'action posée, malgré les intentions se voulant bienveillantes. Or, Dominique valorise la reconnaissance de la limite des interventions possibles à mettre en place, et ce, selon le lieu d'accueil et ce qu'on sait qui fait peut faire échec auprès des parents en situation de précarité.

Exigeant une grande disponibilité psychique, cette pratique clinique sollicite parfois le professionnel bien au-delà de ce qu'il aurait pu croire et de ce qui est attendu de lui par son milieu de travail. Il se doit donc d'être dans une grande disponibilité, sans toutefois dépasser ce qui pose sa propre limite interne. Cette décision ne peut être prise que par l'exploration des zones les plus fragiles de la psyché du professionnel, de sa propre précarité, pour arriver à démêler ce qui appartient aux enjeux

relationnels du parent et de ce qui tend à affecter personnellement le professionnel, risquant de venir entraver sa posture auprès des parents rencontrés.

Mon travail, je le trouve difficile quand moi-même je suis fatigué. Admettons que j'ai des enjeux dans ma vie personnelle. [...] Quand je vais moins bien, on dirait que je ferais autre chose : je deviendrais fleuriste, coiffeuse ou je ne sais pas quoi (rire). Pas coiffeuse, car tu as des confidences aussi (Camille).

Au moment où un obstacle se présente, si l'investissement est massif du côté du professionnel et qu'il se voit fragilisé par un événement externe, cela peut traverser l'esprit à certains d'entre eux, comme cela est le cas pour Camille, de rompre avec l'engagement initialement. À ce moment, le professionnel se voit non pas quelque peu distancié de la difficulté passagère, mais s'imagine dès lors extrait de manière entière de ce qui l'accable.

Le fait de porter attention au discours de l'autre, surtout en situation de précarité, semble nécessiter un regard sur ce qui constitue le sujet soignant afin de pouvoir faire place à cet autre en ne plongeant pas avec lui dans ces propres zones tortueuses. « Je pense qu'il faut vraiment prendre soin de nous-mêmes quand on fait un travail comme ça et il faut beaucoup se regarder » (Camille). Selon Charlie, avoir fait une démarche personnelle peut aider à identifier les résonances de la vie personnelle du professionnel pour en arriver à bien différencier les histoires de vie des sujets, clarifiant ici la place de chacun et leur fonction dans la dynamique relationnelle qu'amène le soin à ces familles.

Mettre l'accent sur une compréhension des enjeux au-delà des comportements. C'est quoi l'enjeu? Qu'est-ce que cet enfant-là cherche de cette mère-là? Souvent quand on voit nos résonances en nous... Ça c'est la deuxième affaire qui est l'avantage de la psychanalyse, une des conditions c'est d'avoir fait une démarche personnelle plutôt de type analytique en tout cas psychodynamique.

Un des avantages, c'est de pouvoir identifier les résonances et de pouvoir en parler avec les collègues (Charlie).

Questionner les enjeux des familles et ce qui façonne les dynamiques de celles-ci, requiert donc un détour vers soi pour s'assurer d'être dégagé d'une position de guérisseur et ainsi se disposer à l'écoute ce qui se déroule dans le lien. Être au fait de ce phénomène permet aux professionnels de se concentrer sur ce qui est mis en place par les familles et qui semble se répéter dans le lien soignant, laissant ainsi à l'analyse personnelle les ressentis pouvant empêcher l'écoute de se produire. Un tel mouvement réflexif axé sur la pratique clinique, mais aussi sur le professionnel, permet à ce dernier d'identifier ses points de résonance pour en dégager l'accompagnement ainsi que la lourdeur que peut entraîner une telle pratique clinique.

Nous, d'emblée avec nos schèmes de pensée, on se dit ok là il faut qu'elle aide ses enfants au niveau de ça, il faut qu'il y ait un suivi au niveau scolaire, y faut, y faut et on oublie de penser en terme de "d'où elle vient? Qui est-elle? Elle n'est pas comme nous (Dominique).

Du côté des professionnels, le rapport au savoir, à propos des familles qu'il reçoit, demeure une question de laquelle n'émerge par de point décisif, à proprement parler.

Il faut accepter une personne avec son parcours, d'où elle part et voir avec elle ce dont elle a besoin et y aller avec des petits pas parce qu'on n'a pas toute la même perception des choses, on n'a pas tous les mêmes besoins (Maxime).

La réponse, s'il y en a une, ne peut que se loger quelque part dans ce que le parent montre ou cache sans relâche. Selon Lou, les parents en situation de précarité « ne demandent pas, ou ils vont en cachette dans les banques alimentaires pour ne pas que personne les voie » (Lou). Ils ne veulent pas être reconnus comme souffrant et se réclamant de l'écoute ou du soin l'autre. De ce fait, comme le remarque Charlie, « il

n'y a rien qui est demandé. Un moment donné, en échangeant un truc, il y a un thème qui se dégage [...] ». C'est un peu comme si lorsque rien n'est demandé directement aux parents, une place se dessine pour que se déploie une question ou qu'émerge une demande de soin venant du parent.

Charlie poursuit en précisant que, dans le cadre de sa pratique clinique, les interventions mises en place prennent forme au plus près de ce qui préoccupe le parent et non de la demande du soignant qui souhaite voir le parent aller « mieux ».

C'est tout à fait une autre vision, mais moi je trouve que dans liberté d'être ce qu'on est, c'est gagnant comme formule dans la mesure où les gens développent un transfert sur un lieu et sur des gens qui ont une stabilité. C'est important parce que je pense qu'ici, il y en a qui viennent le jeudi parce que c'est Robert et moi, et il y en a d'autres qui viennent le mardi parce que c'est Sébastien (Charlie).

Un peu comme si le professionnel ne prétendait rien savoir de plus que le parent pourrait ignorer sur lui-même. Cette découverte se retrouve donc au cœur de la rencontre transférentielle que propose Charlie, attribuant une fonction au « non su » de part et d'autre.

Qu'est-ce que l'enfant exprime dans ses comportements? Il ne s'agit pas de le changer pour le changer, il s'agit de savoir qu'est-ce qu'il veut dire de façon à l'outiller mieux, lui, pour exprimer ce qui est là ou enfin lui faire un reflet de ce qu'il est. On touche à l'être, dans ce sens-là (Charlie).

Ce participant ajoute qu'il ajuste son écoute, sa façon de voir la famille, en fonction de ce qui se montre au professionnel, se détournant d'une position qui prétendrait vouloir plus que ce que la famille est disposée à accomplir ou simplement dévoiler. Dans certains cas, comme l'énonce Maxime, ce positionnement permet d'apaiser,

voire de dégager le plus possible le professionnel d'une convention bienveillante du soin de ce doit être le soin et de la finitude de ce dernier.

Il faut accepter que, des fois, la personne ne soit pas prête ou qu'on n'est peut-être pas la meilleure personne pour aider. [...] J'accepte maintenant qu'il y a des gens qui peuvent désirer autrement leur vie et c'est correct. Au lieu de vouloir changer, je pense que la personne elle-même doit être prête. Il faut tomber sur la bonne personne. Des fois je ne suis peut-être pas la bonne personne et des fois je le suis. Des fois ça se passe dans quelque chose de très petit (Maxime).

Le fait de considérer la parole des familles comme ayant une valeur permet au savoir des familles de se déployer et d'être entendue, par elles-mêmes, mais aussi par les professionnels. Ceci positionne aussi le professionnel dans une position d'un savoir à construire et non de maîtrise d'un savoir qui se voudrait tout-puissant. « Moi, ça m'intéresse toujours de voir ce qui se passe, de les amener ailleurs, de co-construire un sens avec eux et d'aller plus loin » (Camille), ce que confirme Aimé dans cet extrait en abordant la question de réponse professionnelle, ce qui peut se rapprocher de la notion d'expertise.

On cherche ensemble. Il n'y a pas de réponse professionnelle, selon moi. Moi j'ai une formation, bien entendu, qui me permet de comprendre des problématiques et plus que de les comprendre. [...] Je ne vois pas la vision professionnalisante comme une réponse à tout prix aux problématiques. Probablement qu'elles sont les meilleures personnes pour répondre à leur problème. Nous, on vient plus amener un lien. Moi, j'essaie toujours d'amener quelque chose de l'ordre d'un lien, d'une idée (Aimé).

Aimé considère qu'il est essentiel que les pourtours de ce savoir soient toujours en construction afin que la limite demeure flexible et au service du sujet rencontré, ce qui la rend soignante. Soignante, car elle advient là où il est encore possible de penser un soin originalement constitué à même l'histoire du parent tout en s'appuyant sur

une disponibilité soignante propre à chaque professionnel, et ce, inscrit dans un milieu de pratique clinique singulier.

Conclusion

Au fil de l'analyse par catégories conceptualisantes des données de cette thèse, cinq éléments fondateurs de la diversité des pratiques cliniques se dégagent du discours des six participants rencontrés. Tous sont pris par un désir de raconter ce qui, de leur pratique clinique respective en milieu institutionnel et communautaire, semble à la fois être contraignant et, dans même temps, donner à voir une compréhension singulière du soin psychique qui se dessine progressivement afin qu'une rencontre avec les parents en situation de précarité puisse avoir lieu. Le premier élément fondateur est intitulé *Quand la distance invite à se disposer à la réflexion* et met en lumière combien cette pratique clinique est marquée par un rapport de grande proximité qui peut parfois engendrer une certaine précipitation dans l'intervention voire un investissement massif, qui vient, dans certains cas, mettre à mal le professionnel ainsi que l'offre de soins. Rechercher une distance suffisamment bonne permet alors, selon la plupart des participants, de laisser apparaître les parents en situation de précarité dans le soin qui leur est proposé. L'économie d'une réflexion, à chaque rencontre, ne semble pouvoir être faite. Il devient donc nécessaire de réfléchir à la place qu'occupe le soignant, à l'arrimage des soins en lien avec les enjeux psychiques de ces familles et à cette distance suffisamment bonne entre professionnels et parents qui ne semble pas donné d'emblée. Cette réflexion en mouvement ouvre sur, comme le nomme le titre du deuxième élément fondateur de la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité, *Un espace de soin*

construit à même le socle fertile de ces parents. Cet élément fondateur questionne la place d'un savoir professionnel dans la proposition d'une offre de soutien aux parents en situation de précarité. Comme l'énonce Aimé, « On cherche ensemble », avec les parents, pour comprendre cette souffrance qui se manifeste de manière plurielle, sans tracer de chemin clair qui permettrait d'intervenir en se fiant à des protocoles d'intervention préétablis. Chaque famille est donc considérée comme unique, sollicitant le professionnel pour, tout d'abord être reconnue comme ayant son histoire relationnelle propre venant marquer le socle fertile qui lui permet, ou non, le déploiement dans l'intervention. Troisièmement, un temps particulier a été mis en évidence par les participants, comme le titre intitulé l'indique : *Un temps circulaire confronté au temps linéaire des pratiques.* Dans le cadre de la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité, les professionnels ont partagé avoir cette impression de la préséance d'un temps circulaire marqué par des allers-retours voire parfois des ruptures du lien. Tout cela, donnant à croire que l'instantanéité prévalait au point de mettre en opposition le temps circulaire des familles en situation de précarité et le temps linéaire des pratiques préétablies pouvant faire rupture dans le soin et dans le lien au soignant. Cette pratique clinique singulière exige donc des ajustements continus, sollicitant parfois un investissement massif chez le professionnel se rapportant à l'idéalisation du soin. Certains professionnels mettent donc en parallèle cette idéalisation professionnelle avec celle qui existe chez le parent aux débuts de la vie psychique, lui permettant ainsi de prodiguer les soins nécessaires au bon développement du bébé tout en disposant le soignant à cette dépendance passagère. Toutefois, ce quatrième élément fondateur de la pratique clinique, nommé *En réponse aux balises institutionnelles en porte-à-faux des visées cliniques : une structure malléable assurant la pérennité du soin,* met en évidence l'étayage sur le groupe qui semble faire office de tiers structurant. Diverses stratégies se mettent en place, auprès des professionnels, pour pallier ces modalités d'intervention préétablies perçues comme contraignantes et venant entraver le soin proposé aux parents en situation de précarité. La malléabilité de la structure devient, de ce fait, une sorte de

support à la rencontre avec ceux-ci, ouvrant sur une pratique clinique en cohérence avec les enjeux psychiques des parents qui réclament un certain soin. Dans le cinquième et dernier élément fondateur des pratiques cliniques décrites par les professionnels, soit *Par-delà la bonne conduite professionnelle : une pratique en marge*, une pratique semble prendre naissance en parallèle des balises institutionnelles. La plupart des professionnels la décrivent comme étant une disposition à ce qu'un lien émerge entre le professionnel et le parent, relayant en deuxième place l'éducation à la parentalité. La marge reflète cet espace nécessaire pour que survienne un soin psychique singulier, en accordage avec le sujet et ses spécificités, tout en traçant une marque qui définit les limites soignantes de cette marginalisation de la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité. En résumé, il est possible de mentionner que les pratiques professionnelles préétablies auprès de ces parents se heurtent souvent à des échecs dans l'intervention, échec que plusieurs professionnels transforment en altérité soignante à partir de la marge soignante qu'ils élaborent en marge de l'institution ou de l'organisme dans lequel il œuvre.

5.3 PROPOSITION D'UNE COMPRÉHENSION-THÉORISANTE

Introduction

Cette dernière étape de l'analyse qualitative des données révèle un nouveau travail de repérage rendant compte des convergences permettant d'accéder à une compréhension plus globale des multiples visages de cette pratique clinique

singulière. Cette analyse a donc donné lieu à la proposition d'une compréhension-théorisante des cinq éléments fondateurs des pratiques cliniques évoquées à partir des discours des professionnels. Elle se divise en trois sections : « supporter l'attente », « dialectique de la présence-absence : un temps à la rencontre du soin » ainsi que « de l'offre de l'illusion : l'avènement de l'objet trouvé/créé ». Comme le stipulent Paillé et Mucchielli (2012) : « Par sa théorisation, le chercheur va prendre la parole et proposer une compréhension » (p. 189). De cette conceptualisation finale, profondément singulière et ouvertement psychanalytique, se dégagent trois grandes dimensions ayant émergées de l'articulation entre le discours des participants rencontrés, les idées de la chercheuse-étudiante et les apports théoriques des théories psychanalytiques (Paillé et Mucchielli, 2012). Marqué par un long processus créatif, parfois houleux en raison de l'expérimentation, la rencontre entre l'étudiante-chercheuse et son sujet de recherche, sa pensée en construction ainsi que le corpus théorique choisis a permis d'en arriver à cette partie plus intime du processus de recherche qui est avant tout un processus de création, il est important de se remémorer l'ancrage de ce travail dans une réflexion inductive et enracinée dans les données.

5.3.1 Supporter l'attente

Comme le révèle la littérature, et plus particulièrement Houzel (1999) et Lamour (2010), il arrive qu'au sein de certaines équipes cliniques un effet de contagion psychique se produise : mettant en scène la souffrance que ces parents en situation de précarité expriment sur les lieux du social, que Mellier (2006) qualifie de primitive. Par le fait même, cela met en exergue la souffrance qui peut se déposer et se transposer dans le lien contre-transférentiel au cœur de cette pratique clinique

(Bastard, 2005 ; Houzel, 1999 ; Lamour, 2010 ; Mellier, 2006). Ce dysfonctionnement symétrique, terme utilisé par Lamour (2010), révèle aussi cette grande proximité dont font part les professionnels interrogés, comme Camille lorsqu'il aborde la porosité des limites qui, à certains moments, laisse entrevoir la possibilité de saisir entièrement ces parents de par leur spontanéité presque prometteuse d'un dévoilement authentique de soi dans l'immédiateté de la rencontre. Ce professionnel associe cela à la spontanéité de la petite enfance, perméabilité qui séduit parfois les professionnels en leur laissant croire qu'en peu de temps une compréhension suffisamment grande se dégage. Appuyées sur cette dernière, les interventions préétablies peuvent se voir définies rapidement, répondant au souci d'efficacité porté par l'institution ou l'organisme que plusieurs participants évoquent, tout comme Maxime, Dominique et Lou, agissant telle une contrainte dans la pratique clinique.

Or, les mouvements d'investissement, parfois contradictoires, observés pratiquement par la majorité des participants, dénotent cette friabilité des liens qui évoque à son tour une méfiance accrue envers l'autre et le soin proposé par le milieu (Aimé et Charlie), ce que Mellier (2006) désigne comme des liens au « caractère provisoire » tant donné que les liens sont facilement révocables. Au coeur de cette précarité psychique se trouve une souffrance qualifiée de primitive (Mellier, 2006), ce qui rend compte du rapprochement possible entre les enjeux psychiques liés aux premiers temps de la vie et le mode d'investissement de soin de ces parents ou de l'usage de l'objet (Winnicott, 1969) qui se veut soignant. Winnicott dira qu'à ce moment, la psyché ne peut se défendre d'exister autrement que par sa capacité à réagir face au monde extérieur. À ce stade, la psyché conserve sa vivacité et même sa raison d'être en apparaissant dans toute sa spontanéité, soit sans être suffisamment marquée par l'établissement du surmoi et donc avec peu de tolérance d'un délai entre la pulsion et la satisfaction. « C'est maintenant que ça se passe [...] On est dans l'instantané » énonce Charlie, « autrement dit, maintenant on se voit, peut être que dans 10 min on

ne se verra plus jamais. » Poursuit Aimé, ce qui conduit certains participants, comme Lou à considérer que « quand il y a un problème, ce n'est pas dans deux ans que tu veux le régler, c'est maintenant ».

Il faut toutefois mentionner que la satisfaction d'une pulsion se produit dans un temps donné et qu'elle nécessite que le point culminant soit en concordance avec l'expérience présente. Ainsi, ces satisfactions permettent de développer ce que Winnicott (1958) nomme la capacité de supporter l'attente. Supporter l'attente signifie renoncer à cette spontanéité propre à la petite enfance, qui passe plutôt par des expériences de satisfaction dans une relation antérieure nourrissante et structurante, mais aussi par la possibilité de « se conformer aux besoins de ceux qui s'occupent de lui » (Winnicott, 1958, p. 320). Winnicott (1958) fait remarquer combien ce projet est ambitieux, et ce, parfois plus important que ce qu'il est possible de réaliser, s'échelonnant sur un long processus qui ne cesse de s'achever. Il ajoute :

Être en relation avec des objets est un phénomène complexe et le développement de la capacité d'être en relation avec des objets n'est, en aucune manière, simplement une question de processus de maturation. Comme toujours la maturation requiert et dépend de la qualité de l'environnement favorable (Winnicott, 1963).

Cette spontanéité est donc menacée, comme le souligne ce psychanalyste, par l'établissement même du surmoi et la nécessité de la mère à retrouver une certaine liberté donc qu'il y aura un retrait progressif de la sollicitation maternelle à l'égard du bébé, amenant chez celui-ci la découverte du monde et le sens moral permettant d'accéder au sentiment de sollicitude. Toutefois, avant que celle-ci n'advienne, la psyché ne « connaît pas d'autre défense que celle de réagir, et de cesser ainsi temporairement d'exister de son plein droit. » (Winnicott, 1958, p. 322).

Introduire graduellement un délai dans les soins aux parents en situation de précarité, délai en accordage avec le processus de maturation psychique du moi et l'environnement qui ouvre sur ce déploiement, renvoie donc à cette possibilité de laisser vacante cette place nécessaire entre le donneur de soins et le monde externe pour que le sujet en vienne à désirer investir ce lieu inconnu. Cette découverte ne peut donc se faire qu'à condition d'être appuyé sur une relation stable et constante permettant qu'un retour y soit possible pour le parent au moment où les aléas de cette découverte confrontent le sujet à une angoisse trop grande qui mettrait à mal le sentiment d'existence de celui-ci (Winnicott, 1958).

La fonction de cet investissement en alternance apparaît, pour quelques professionnels, mais surtout pour les institutions, maintes fois comme un refus de soins par les ruptures introduites dans le soin. Dans certains contextes institutionnels comme à « l'hôpital, la parole est souvent enfermée dans le système médical [et] il arrive parfois qu'elle y reste prisonnière et que ledit système en cautionne l'immobilité » (Szejer, 2006, p. 119). Arriver à réintroduire une réflexion, une parole, permet donc de faire un pas de côté face à cet empressement à intervenir efficacement tout aussi spontanément que les parents semblent le « demander », et ce, avec des balises prédéfinies de ce que sera le soin.

Penser autrement le fonctionnement institutionnel du soin entretient l'idée qu'un espace puisse se construire entre professionnels et parents afin que se déploie un rapport au soin dans lequel le « cadre (*setting*), dans lequel la constitution de l'enfant [comme le parent en situation de précarité] pourra commencer à se manifester, ses tendances au développement à se déployer, et où lui pourra ressentir le mouvement spontané et vivre en propre des sensations particulières à cette période primitive de sa vie » (Winnicott, 1956, p. 289). Cette spontanéité propre au mouvement même de la pulsion créatrice permet de donner sens à l'existence ainsi qu'à la capacité de recréer le monde par celle-ci. Or, cela ne peut s'établir qu'en présence d'un environnement

qui se montre disponible, stable et constant, et ce, même devant les fluctuations et les pulsions destructives du monde interne en construction, ce que proposent, avec vaillance et assiduité, plusieurs professionnels interrogés. Lou, Charlie, et Aimé décrivent le caractère essentiel de l'écoute et du respect de ces jeux d'allers-retours d'investissement, jugés nécessaires pour ces familles et indispensables à l'établissement d'un lien puisqu'« il faut vraiment d'abord créer la relation de confiance » (Lou).

À la fois sollicité et mis à l'épreuve de par la mise à distance, le professionnel est incessamment confronté à un espace où le pulsionnel apparaît de manière spontanée sans avoir l'assurance que le parent pourra survivre psychiquement à ses propres mouvements pulsionnels. Certes, cette spontanéité propre aux parents oblige le professionnel à user de créativité pour écouter ces parents, et ce, dans le temps donné de la rencontre, en se gardant de succomber au désir de répondre à ce que Mellier (2006) nomme la souffrance laissée sans représentation et qui se manifeste par les voies du corps plutôt que par une demande formulée.

Certains professionnels amènent l'idée d'introduire un certain délai entre la rencontre du parent et la mise en action d'un plan d'intervention priorisant un travail de décodage de ce qui met à mal le soin au sein de ces familles précaires. Comme le temps n'a pas ses repères habituels dans cette pratique clinique de la précarité, l'espace de soin se doit d'être remanié en tenant compte de cette nouvelle temporalité pour que n'advienne pas ce décalage dont parlent les professionnels. Tous s'entendent pour affirmer qu'il s'avère souvent infructueux d'appliquer un savoir général et fini concernant cette pratique clinique, qui ferait miroiter aux institutions une épargne de temps et d'argent. Accompagner ces parents suppose un détour nécessaire par la singularité de ces familles ainsi que par ce qui fait état de la souffrance qui s'exprime au temps actuel, temps qui n'est jamais que temps présent, mais recoupe le temps passé et celui dans lequel ils peuvent se projeter.

La temporalité dite « linéaire » (Aimé), imposée par les modalités institutionnelles, vient, en quelque sorte, court-circuiter une écoute et un décodage attentifs des manifestations de souffrance de ces parents qui se manifestent dans le lien à l'autre, jusqu'à entraîner un dysfonctionnement de l'équipe clinique (Houzel (1999) ; Lamour 2010). Selon la plupart des professionnels rencontrés pour cette recherche, un espace psychiquement partagé, où s'adresse tous ces mouvements pouvant paraître paradoxaux, pourrait être offert aux parents en situation de précarité le temps que le parent reconstruise les bases de ce sentiment d'exister (Winnicott, 1969) lui permettant d'en arriver à interagir sans ressentir le monde comme un empiétement, mais plutôt comme un lieu où pourra se vivre et s'apprivoiser l'autre. Pour les professionnels, supporter l'attente devient de ce fait, un geste qui suppose que le parent saura, au rythme d'un processus singulier, se saisir de ce lieu et d'une offre de présence qui se caractérise par la constante de celle-ci. Cette présence constante ouvre alors sur une possibilité nouvelle de peaufiner cette confiance fondamentale en un objet secourable peut-être antérieurement éprouvée.

Porter le parent, grâce à cette écoute singulière, semble facilité si à son tour le professionnel est supporté par une tierce personne, voire l'institution ou l'organisme dans lequel il pratique, et lui apporte ainsi support et médiation face aux projections des parents. La fonction de cette tierce personne ou tierce partie, inscrite elle aussi dans un réseau donné, capable de soutenir la triade là où il est difficile d'être à trois (Lamour, 2010), ce que confirment Aimé, Charlie, Lou et Dominique, peut aider à réfléchir à ce qui doit d'être mis en place par l'institution, en collaboration avec les équipes cliniques. Cet espace de soin, maintenu par les équipes de soignants dans un équilibre fragile souvent en marge, se développe à un rythme laissant parfois croire à ceux qui financent et gèrent l'institution que le travail risque de ne pas arriver à terme parce que ce dernier emprunte une voie circulaire (Aimé).

La pratique clinique a nombre de fois démontré que, tout autant le professionnel que le patient concerné, sont ignorants devant la réelle demande que les parents en situation de précarité n'arrivent pas à formuler, rendant les professionnels parfois dépendants de l'interprétation qu'ils font des comportements et autres manifestations de souffrance. Une pratique déjà encadrée d'un soin prédéfini, risque donc de ne pas concorder à la réalité de ceux-ci et peut susciter l'apparition d'autres symptômes, voire des répétitions de leur histoire relationnelle antérieure comme le soulignent Dominique et Maxime. L'écoute psychanalytique, c'est-à-dire du sujet inconscient, ne prétend guère pouvoir répondre précisément à une demande puisque celle-ci se rapporte, pour la plupart du temps, à une demande inconsciente que le sujet ignore lui-même. Donc, imposer à un sujet de se débarrasser de ses symptômes, ce que plusieurs autres techniques thérapeutiques ont pour objectif, le justifiant alors par l'affirmation d'une demande consciente du patient (Winter, 2006), ne peut se révéler aidant quant on suppose que le sujet se trouve toujours ailleurs de l'endroit où il s'était laissé apercevoir. Il échappe toujours au sujet lui-même lorsqu'advient le soupçon de l'avoir saisi (Winter, 2006). Le sujet, dans toute sa complexité,

se tient à la limite de cette zone obscure, comme un pêcheur sur la rive abrupte d'un lac sans fond : elle tente d'y attraper des signes. Mais l'image est encore trop précise, car le pêcheur, en analyse, ne sait pas très bien où est le rivage ni ce qu'il cherche (Hentsch, 2006, p. 59).

Le temps du soin auprès des parents en situation de précarité est donc marqué par une tolérance, une capacité de supporter l'attente dans ces mouvements d'émergence et de recul tout en ayant un socle fort et malléable permettant de survivre aux tentatives de destruction de ces parents au fil des rencontres de soin (Winnicott, 1971), ce qui s'observe dans ces multiples exemples de coupures, d'aller-retour, de ruptures, de mises en échec des multiples démarches entreprises autant par les parents eux-mêmes que par les professionnels, ce dont témoignent les participants de cette recherche. Toutefois, comme le précise Winnicott (1958) il est évident que le meilleur moment

pour intervenir dans ce genre de condition est au moment de l'apparition de celle-ci ou au plus près, donc qu'il faut, idéalement, éviter de tarder à se montrer disponible, sans toutefois se précipiter et risquer de répéter une situation déjà vécue dans le passé par ceux-ci.

S'attarder aux souffrances expulsées par le corps du sujet qui ne parle pas encore sa souffrance, comme c'est le cas pour les parents en situation de précarité, désigné par Bion (1962) comme des *éléments bêta*, exige du professionnel une capacité identificatoire face à celles-ci. Métabolisant temporairement ces éléments qui sont pratiquement inutilisables pour la poursuite ou la reprise de certains éléments du développement psychique, le parent se voit donc accompagné dans la prise en charge ce qui, du monde extérieur, semble fragilisant, voire destructeur. Les expériences psychiques nocives, *éléments bêta* se voient alors « détoxifiées » grâce à la capacité de rêverie de celui qui prodigue les soins et transformées en *éléments alpha*, qui sont dorénavant porteurs d'une signification nouvelle (Bion, 1962). Cette capacité de rêverie a été conceptualisée par Bion (1962) comme étant la fonction *alpha*, fonction qui permet de penser, dans la cadre de la pratique auprès des parents en situation de précarité, comment le professionnel peut en arriver à accompagner le parent dans la réintrojection des *éléments bêta* transformés en *éléments alpha*. Ayant maintenant des qualités psychiques, ces éléments alpha s'ajoutent au tissage progressif du lien objectal entre le soignant et le parent qui ne peut formuler sa demande, et, aussi, à *l'intérieur* de ce dernier. Au fil des introjections, la vie psychique se construit et se reconstruit, et ce, au cours de ce que Winnicott a si poétiquement appelé la « maladie normale de la mère » (Bégoïn-Guignard, 1986), révélant l'intensité qu'exige cette disposition normale et passagère, que le professionnel doit reprendre pour le compte du parent précaire. Bégoïn-Guignard (1987) ajoute :

Enfin, il faut bien comprendre que cette capacité est colorée de toute l'organisation œdipienne de la mère, de la nature et de la qualité de toute son

évolution psychique, de ses propres identifications maternelles et paternelles et, *last but not least*, de la qualité de sa relation avec le père de l'enfant (p. 1500).

À travers cette réintrojection des éléments transformés par la capacité de rêverie appliquée aux éléments projetés sur le soignant par le parent, ce dernier parviendra peu à peu à établir à *l'intérieur de lui* sa propre capacité d'identification projective normale et communicative, dira Mellier (2006), donc les débuts de sa propre « fonction alpha » lui permettant peut-être de prendre soin à son tour de lui-même et de son enfant. Se constituera le *contenant* de leurs expériences émotionnelles à venir, la « membrane de contact » (Bion 1962) entre leur propre vie psychique et celle de l'autre, ici le professionnel, mais aussi l'enfant dont le parent s'occupe. « Il s'agit donc là de *l'instrument même des capacités de symbolisation et de communication interhumaine* » (Bégoïn-Guignard, 1987, p. 1500) qui ouvre sur un soin professionnel et débouche à la fois sur l'intériorisation d'une fonction soignante chez le parent pour lui-même, mais aussi pour l'enfant dont il prend soin, à son tour.

Dans le cadre d'une telle pratique, ceci implique une présentation du monde à la mesure de ce qui peut être reçu par l'enfant et qui peut s'inscrire, à ce moment précis, dans la continuité de ses expériences vécues au service de ce long processus de séparations menant vers la maturation du moi. À cette époque de la vie, « c'est à la mère qu'il appartient de le protéger de complications qui ne peuvent pas encore être comprises par l'enfant, et de lui fournir sans cesse la parcelle simplifiée de monde que l'enfant vient à connaître par son truchement » (Winnicott, 1945, p. 67).

De plus, comme la littérature le démontre, puisque les parents en situation de précarité ne semblent pas à leur première expérience d'un soin ayant mené à des ruptures, agir trop rapidement en appliquant un système de soins ne permettant pas de faire place aux mouvements spontanés, risquerait de répéter l'histoire du soin qui

n'arrive guère à assurer la sécurité affective nécessaire à la préservation d'un sentiment de continuité d'existence (Winnicott, 1969). Accueillir cette spontanéité de par le maintien (holding) d'une offre de soin qui se situe davantage en termes de présence, voire de contenance, afin que le professionnel comme le parent soient disposés à l'établissement d'un lien et que le sentiment de continuité d'existence soit préservé pour qu'éventuellement le soignant puisse apparaître comme un objet en propre et être utilisé tout en supportant, non seulement l'attente, mais aussi la défaillance occasionnelle de cet objet de soin.

5.3.2 Dialectique de la présence-absence : un temps à la rencontre du soin

Dans le cas des professionnels côtoyant les parents en situation de précarité, le « temps circulaire » (Aimé), qui caractérise leur fonctionnement de ces derniers, est parfois interprété comme un empêchement à la création d'un lien. En effet, chaque rupture, quant à l'engagement initialement pris, entre les professionnels et les parents, vis-à-vis des programmes imposés par l'institution, se voit interprétée par cette dernière comme un refus de soin, comme dans le cas évoqué par Maxime. L'impression d'une chronologie presque hors-temps (Bastard, 2005; Houzel, 1999; Lamour, 2010 ; Mellier, 2006) et teinte le discours de la plupart des participants rencontrés, comme si les rencontres répétées avec ces parents ne nouaient pas les prémisses d'une relation. Un peu comme si le lien demeurerait à tout jamais révoqué, paralysant le parent devant la possibilité de se projeter dans un lien à investir (Mellier, 2006).

L'expérience « linéaire » (Aimé) de la temporalité, réclamée pour penser le soin dans une institution donnée, appuyée sur la relation objectale et la possibilité d'être à trois,

ce qui, selon Lamour (2010), ne caractérise guère le fonctionnement des familles dites précaires porte à croire que les pratiques préétablies proposées par les institutions ne concordent pas avec ce qu’observent les participants ainsi que les auteurs mentionnés dans le contexte théorique de cette thèse. Dans le temps qualifié de « circulaire » (Aimé), se rapportant à une souffrance dite primitive (Mellier, 2006), le désir ne peut s’exprimer « que par le biais de désirs partiels, à travers les projections représentées qu’il en donne » (Dolto, 1984, p. 31). Dans l’optique de la relation objectale, il y aurait donc déjà une capacité à tolérer l’absence physique de la mère, la sachant disponible comme image intériorisée, venant assurer ce réconfort devant des évènements troublants ou difficiles à traverser pouvant susciter des angoisses insurmontables, ce qui n’apparaît pas totalement acquis pour ces parents, ou enfin pas suffisamment en place, au moment où ceux-ci entrent en lien avec les professionnels.

Les mouvements d’aller-retour, caractérisant l’investissement des services par les parents et les personnes qui les offrent, démontrent combien il apparaît complexe, voire compliqué pour ces parents de se présenter comme des êtres en souffrance réclamant du soutien et, d’investir cet autre, inconnu, comme pouvant jouer cette fonction de soin. Les résultats de cette recherche révèlent que l’autre, le donneur soin, n’apparaît pas d’emblée dans sa totalité pour le parent, ce qui ramène à la métaphore d’un soin que l’on peut mettre en parallèle avec la disposition de la mère telle que Winnicott la conçoit en termes de « maladie normale de la mère » énoncée un peu plus haut. Cette maladie normale stipule que la « femme doit être en bonne santé, à la fois pour atteindre cet état, et pour s’en guérir quand l’enfant l’en délivre » (Winnicott, 1956, p. 287). Elle arrive donc, pour une période donnée, à nourrir et à porter presque entièrement cet être pour que le monde puisse lui être présenté graduellement, par parcelles simplifiées dirait Winnicott (1945), ce que ce dernier conceptualise sous le nom de *holding*, *handling* et, enfin, *de relation d’objet*. Le monde est introduit tout en laissant au sujet la possibilité de prendre ce risque mesuré

qu'est l'éloignement, le temps de la découverte. Sachant que cela ne dure pas toujours et qu'elle retrouvera, de manière différenciée, son espace psychique temporairement entrelacé, elle arrive à se retirer graduellement à mesure que le psychisme du bébé émerge. Tout cela ne peut se produire s'il n'existe, dans un même temps, ce retrait graduel de la sollicitation maternelle, ce qui sous-entend que la mère se sait différenciée et dès que possible éprouve le désir de reprendre certaines activités. Cet élément d'un tel soin apparaît crucial puisque ce sera dans cet espace qu'un désir propre peut prendre forme, entre le subjectif et l'objectif. Ces professionnels que Lamour (2010) désigne comme des soignants en souffrance et qui, selon elle, reproduisent au sein de l'équipe les mécanismes de défense s'activant dans les familles précaires démontrent peut-être qu'il s'agit là d'une pratique professionnelle qui ne peut être pensée en des termes universellement utilisés, balisés et endossés par l'institution ?

Winnicott (1956) rappelle que cette période de grandes fragilités où le bébé ose, devant la découverte du monde et des autres, se confronter à des risques d'empiétements venant interrompre son sentiment de continuité d'existence. Ces empiétements pourraient initialement avoir été provoqués, toujours selon Winnicott (1956), par des carences maternelles, maternelles au sens de fonction maternelle, ressentie à ce stade non pas comme des carences de la mère, mais « comme des menaces contre l'existence personnelle du self », engendrant une menace d'annihilation chez l'enfant (Winnicott, 1956). Peut-être que l'on pourrait penser que les parents vivent les demandes institutionnelles, liées à la rigidité des programmes à durée déterminée ainsi que l'interruption possible variant selon l'évaluation de l'investissement des patients et en lien également au manque d'ajustements à la singularité de chaque famille, comme des empiétements. Bastard (2005) et Lamour (2010) affirment que les modalités d'intervention actuellement prônées par le milieu institutionnel exigent des parents un ajustement qu'ils ne peuvent fournir, alors que ce sont eux qui nécessiteraient que le cadre des rencontres cliniques puisse prendre

forme de manière singulière. Ce phénomène est aussi constaté par la totalité des professionnels rencontrés lors de cette recherche, ce qui, comme ils le mentionnent, les amène à développer une pratique se trouvant souvent en marge de ou dans l'institution dans laquelle ils travaillent. Parfois, même, ces exigences institutionnelles déconnectées de la réalité du parent en situation de précarité s'inscrivent dans ces expériences de carences maternelles non pas vécues comme des manques, mais interprétées par le parent comme des menaces à l'égard de sa propre existence. Vécu qui se répercute dans le lien avec le professionnel en achoppant sur ce qui s'énonce comme un soin, mais qu'il reçoit comme une violence. Exiger d'eux ce qu'ils ne semblent pas pouvoir mettre en place à ce moment donné laisse croire, comme plusieurs participants le soulignent, que l'ajustement devrait venir du côté de l'institution.

Malgré les efforts déployés par les professionnels et les individus qui soutiennent la structure institutionnelle, il demeure que ces services initialement mis en place pour ces parents ne permettent non seulement pas de les entendre, mais génèrent aussi une incohérence supplémentaire et une série de malentendus dont le parent et le professionnel ne savent trop souvent pas quoi faire, agissant alors dans la dynamique relationnelle. Ainsi se perpétuent une incompréhension silencieuse, un décalage et peut-être même une fixation dans des idéaux cliniques qui ne servent pas l'accueil de ces parents qui ne peuvent formuler et adresser leur souffrance en des termes communément connus renvoyant aux techniques élaborées en lien avec le caractère général des parents dits précaires. De ces réflexions qui ne portent en elles que des hypothèses, de simples propositions sans supposition de vérité, des questions émergent en nombre : qu'est-ce qui a mené, dans l'histoire des institutions, à un si grand décalage entre ces services et les usagés? Une telle pratique clinique détone de manière aussi vibrante à travers les manifestations de souffrance de ces parents dans la relation avec les professionnels, mais aussi dans l'urgence ressentie par les professionnels qui se traduit tout autant, selon Lamour (2010), par une souffrance se

traduisant par un surinvestissement évoluant souvent en désinvestissement presque total et des épuisements.

L'établissement de ce que les professionnels peuvent concevoir comme un temps partagé, ce qu'observe Aimé lorsqu'elle mentionne « faire couple » dans l'intervention ou ce que Camille évoque en parlant des soins à domiciles qui, dans certains cas, amène le parent à se projeter dans une vie quelque peu différente, ne se fait pas d'emblée. À ce moment, le parent ne peut se soucier du professionnel dans les échanges avec lui, ni même éprouver de la sollicitude à son égard, tel qu'expliqué ci-haut. Le professionnel n'apparaîtra que plus tard, à la suite d'une longue série d'ajustements délicats, qu'il aura lui-même mis en place de par sa capacité à articuler une pratique en marge *de* ou *dans* son institution ou organisme. Ce soin revisité permettrait presque au parent de croire temporairement qu'il est à l'origine même des soins qui lui sont donnés, ce que Winnicott (1971) nomme l'objet trouvé-crée, ce qui sera abordé plus longuement un peu plus loin. Dans le même sillon, Dolto (1984) énonce que le pré-moi

s'origine dans la dialectique de la présence-absence maternelle, dans le continuum sécurisant d'une perception progressivement associée à la présence promise, attendue et retrouvée, au sein du médium spatial et temporel de l'être au monde, et par la mémorisation en langage. L'enfant entendant se reconnaît par qui lui parle; et, jour après jour, cette retrouvaille le personnalise, représenté qu'il l'est, auditivement, par les phonèmes de son nom prononcé par cette voix-là, par ces perceptions qu'il reconnaît et qui font la spécificité de cette personne-là répétitivement retrouvée (p. 149).

En effet, une présence promise, attendue et retrouvée qui sous-tend une reconnaissance, jour après jour renouvelée, comme le dit Dolto (1984) dans cet extrait, au sein d'un médium spatial et temporel pour qu'advienne la trouvaille de cet autre répétitivement retrouvé dans cette offre de soin. Se rendre disponible à ces parents ne passerait donc pas une uniquement par une proposition de cours ou

d'ateliers, comme le mentionne Charlie à plusieurs reprises, mais une occasion répétée pour le parent en situation de précarité de se voir personnalisé dans son être au monde dans ce jeu d'allers-retours qui peut se voir associé à la trouvaille de l'objet de soin.

Cette dialectique de la présence-absence ne peut émerger que par l'entremise d'une disponibilité ancrée dans un lieu et un temps donné qui ne se meut pas au rythme des jeux d'investissements de ces parents, mouvements qui aux yeux des professionnels semblent menacer le lien en raison de ces oscillations entre proximité et mises à distance. Comme le décrit Lou, le professionnel reste présent, n'empruntant pas la voie de la mise en scène de ce même mouvement. Proposant plutôt cette présence promise, attendue et retrouvée, dont parle Dolto (1984), de par l'offre de soin qui se veut toujours en un même lieu et à la même heure, et ce, depuis de maintes années, permettant l'apparition progressive d'un professionnel maintes fois retrouvé qui accueille cette personnalisation progressive.

Ces alternances entre présence et absence peuvent aussi être rapportées à ce jeu que Freud a conceptualisé, en 1920 dans *Au-delà du principe du plaisir*, sous le nom de jeu de la bobine ou plus communément connu sous le nom de Fort/da. Jeu que Freud observe chez Ernst, son petit-fils d'un an et demi, qui, face à l'absence physique de sa mère, jette répétitivement une bobine munie d'une ficelle qui lui permet de ramener le tout vers lui, et ce, sans se déplacer. En même temps que cela produit, il énonce le phonème « o-o-o » que la mère traduit par « fort », qui veut dire parti et, en opposition, « da » qui évoque la présence de l'objet, soit là ou ici. Cette suite binaire des deux phonèmes significatifs de la disparition et du retour de l'objet, se poursuit inlassablement dans ce jeu qui apporte un plaisir considérable à Ernst. Ce dernier fait disparaître et ré-apparaître l'objet tout en s'appropriant son absence par le retour non seulement imminent, mais avant-tout dirigé par son emprise, ce que remarque Freud

(1920), phénomène qu'il convient d'attribuer aussi aux mouvements d'appropriation qui caractérisent le soin aux parents en situation de précarité.

Or, devant l'absence de l'objet de soin, le sujet jette l'objet qu'il met en question voire tente de détruire en exprimant toute sa rage de voir sa stabilité psychique interrompue. Sédat (2009) dira qu'à ce moment, « il n'y avait plus de continuité d'être, pour lui, en l'absence de l'élément maternel, puisque la continuité d'être ne peut s'édifier sans cette confiance dans le monde extérieur » (p. 29). Pour revenir à la pratique auprès des parents en situation de précarité, cette rage initiale, qui se fait sentir dans ces mouvements d'investissement paradoxal, vient souligner le fait que la continuité d'être dans la relation transférentielle se trouve interrompue, enfin menacée. Le désir de voir cet objet détruit s'appuie sur cette absence que le sujet lie à la perte d'un sentiment de continuité d'existence prenant racine dans cette confiance fondamentalement envers ce professionnel qui apparaît et disparaît, donc qui vaque à ses occupations, soit qui désire ailleurs que dans ce lien.

« Ainsi, dans un premier temps, Ernst détruit l'objet-mère qui a disparu de son champ de vision, dans une rage élastique que Freud appelle " pulsion d'emprise " » (Sédat, 2009). Ce n'est que dans un second temps, à travers l'expression du Da, qu'Ernst ramène la bobine tout près de lui dans un geste d'omnipotence, geste qui peut être transposé dans la clinique de la précarité comme étant le retour de ces parents malgré l'interruption des services, suite à ce que l'institution juge comme étant un manque de motivation ou de mobilisation, ce que souligne judicieusement Maxime quand il décrit les différents termes utilisés pour qualifier l'investissement du soutien professionnel par les parents. De ce fait, la reconstitution de l'objet passe au préalable par sa destruction. Freud (1920) y voit là l'élaboration psychique qui prend alors forme. Précisant que celle-ci agit comme l'une des « premières étapes de la connaissance du monde extérieur, puisqu'il faut avoir un corps pour connaître le monde extérieur, comme il le souligne dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*

(Freud, 1905 ; Sédat, 2009). En reconstituant l'objet, le sujet restaure l'objet, et du même coup il peut s'en absenter, et il peut donc composer avec l'absence de ce dernier. De par la répétition, concept déjà présent chez Freud en 1914 dans Remémoration, répétition et perlaboration (Delpanche, 1999), qui se produit dans le jeu de va-et-vient ou pourrait-on dire dans cette appropriation de l'absence et la présence de l'objet, un phénomène fondamental se produit, « quelque chose qui le dépasse, le transcende et auquel il est soumis » (Delpanche, 1999). Le jeu répété offre donc une compensation, un dédommagement, affirme Freud (1920), face au renoncement des besoins primaires auquel l'enfant doit procéder lorsque sa mère est absente, qui passe par une pulsion de maîtrise et une pulsion de vengeance. Il est certain que dans le cadre de la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité, cette répétition semble se produire à même la relation au professionnel, ce qui vient compliquer les choses.

Ce contrôle omnipotent de l'objet, qui peut continuer d'exister au-delà de sa présence tangible, peut être éclairé par la compréhension que dégage Winnicott (1969) en théorisant cet espace intermédiaire où l'objet se voit détruit pour ainsi introduire l'« usage de l'objet », concept abordé un peu plus haut dans la section sur l'attente qui se doit d'être supportée par le professionnel jusqu'à ce que « le patient parvienne alors à comprendre de manière créative, avec un plaisir intense. [...] C'est le patient, et seul le patient qui détient les réponses » (Winnicott, 1969, p. 232).

5.3.3 De l'offre de l'illusion : l'avènement de l'objet trouvé/créé

Ce sera dans un deuxième temps que la mère advient comme telle, suite à la dépendance totale du bébé face à elle, dépendance qu'elle tolère presque entièrement

sachant qu'elle en vient à récupérer cet espace psychique qui est le sien. Elle se rend entièrement disponible, pour un temps donné, se sachant différenciée. L'illusion de créer l'objet qui le nourrit entre en jeu dans le développement de ses capacités à être en lien avec l'autre. La mère « donne à l'enfant l'illusion qu'il existe une réalité extérieure qui correspond à sa propre capacité de créer. » (Winnicott, 1951, p. 182). L'enfant passe donc d'une création entière du monde à une création qui se doit d'être vue par un public pour qu'ensuite il joue ce public devenu interne (Winnicott, 1958). Une condition préalable est nécessaire : que la mère soit continuellement présente pour assurer à l'enfant qu'elle peut, par son attitude, voir les efforts, parfois même maladroitement démontrant sa capacité à aimer de façon constructive, et de ce fait, de contribuer à la relation qui ne cesse de prendre forme.

Dans cette pratique de la précarité, où l'on dresse un parallèle entre les enjeux des parents en situation de précarité et ceux des premiers temps de la vie, l'offre d'une illusion semble caractériser l'un des aspects que les professionnels peuvent considérer pour en arriver à réfléchir à une disposition de soin en lien avec les fragilités propres à cette époque. Dans cet extrait, Winnicott (1971) souligne un aspect fondamental de la disposition, la survivance de l'objet, pour qu'advienne la découverte d'une extériorité sans mise en péril du sentiment de continuité d'existence de l'enfant :

À ce stade du développement, le sujet crée l'objet au sens où il trouve l'extériorité elle-même. Il faut ajouter que cette expérience dépend de la capacité qu'a l'objet de survivre (dans ce contexte, " survivre " signifie, et c'est important, ne pas appliquer de représailles). Si c'est au cours de l'analyse que ces questions surgissent, alors l'analyste, la technique analytique, et le cadre analytique interviennent tous en tant qu'ils survivent, ou ne survivent pas, aux attaques destructrices (qui peuvent être aussi la séduction) du patient (Winnicott, 1971, p. 127).

Il faut donc penser ce dispositif comme une disposition du professionnel à survivre aux modalités destructrices dans l'interaction tout en se gardant de réprimander le

parent en situation de précarité, comme par exemple : en interrompant les services prodigués, en ajoutant des conditions d'admission aux programmes suivants, en resserrant les exigences suite à quelques absences ou en énonçant des repréailles suite au constat d'un manque d'investissement. Cette survivance du professionnel s'avère être garante d'un espace de soin correspondant aux enjeux propres à ces parents, évitant de tomber dans la régulation externe des comportements, car cette prise de position du professionnel risque de faire écho à ce que Winnicott associe à un certain contrôle omnipotent de la part du soignant. Dans l'article *Objets, de l'usage d'un objet* (1969), l'auteur y décrit, de sa pratique avec ses patients adultes, le paradoxe et l'acceptation du paradoxe en tant que trait essentiel des objets : « le bébé crée l'objet, mais l'objet était là, attendant d'être créé et de devenir un objet investi ». Cette chose, la plus difficile du développement du sujet, la plus ingrate, dira Winnicott (1969), « c'est la place assignée par le sujet à l'objet en dehors de l'aire du contrôle omnipotent de celui-ci » (p. 236). Signifiant ici que ce processus mène à concevoir l'objet, non plus uniquement comme entité de projections, mais en tant que phénomène extérieur, séparé, existant de plein droit dans son désir. De là vient une transformation importante qui se déroule dans ce que Winnicott nomme la position intermédiaire : le passage du mode de relation à l'objet à son usage, ce qui implique la destruction de l'objet par le sujet : « sujet qui se relie à l'objet » succède « le sujet qui détruit l'objet », ce qui, dans un autre temps, permet d'accéder à l'objet qui survit à la destruction par le sujet ». La survivance de l'objet vient donc permettre aux parents en situation de précarité, dans le cadre de la pratique clinique que décrivent les professionnels interrogés, de trouver au sein de ce lien soignant une écoute marquée par la relation oblatrice, soit dans ce lieu où l'objet est utilisé pour parcourir le chemin qui le mène à apparaître comme un objet externe. Cependant, cela se consolide à la suite du passage de mouvements de destruction, ce qui, dans certains cas, est le cœur même du travail à accomplir avec ces patients, c'est-à-dire de se disposer à être cet objet dont le parent pourra faire usage vérifiant la solidité de l'objet de soin : « "Je t'ai détruit", et là l'objet est là, qui reçoit cette communication.

À partir de là, le sujet dit : "Hé ! l'objet, je t'ai détruit." " Je t'aime." "Tu comptes pour moi parce que tu survis à ma destruction de toi." "Puisque je t'aime, je te détruis tout le temps dans mon fantasme (inconscient)". [...] Le sujet peut maintenant utiliser l'objet qui a survécu » (Winnicott, 1969, 236). Or, survivre sous-entend ne pas appliquer de conséquence ou de représailles, donc de ne pas réagir quant à la tentative de destruction, ne pas changer d'attitude ou modifier la qualité de l'écoute, de la présence ou, comme le décrivent plusieurs participants, mettre fin au suivi faute de compréhension différente de celle d'un manque de motivation ou de mobilisation.

Ainsi, deux mouvements se déroulent sur une même scène : soit, l'objet qui est détruit par le fait même qu'il est externe, et donc hors du contrôle omnipotent du bébé, mais aussi que cette destruction de l'objet le place en dehors de cette omnipotence. Ces mouvements amènent donc le parent à développer sa propre autonomie ainsi qu'à trouver l'extériorité même tout en contribuant à l'avancée de la relation. De par cette précision, Winnicott s'écarte des théories qui ne font entrer en cause uniquement les mécanismes de projection dans l'usage de l'objet. Comme la « première impulsion dans la relation du sujet à l'objet est destructrice » (p.237), ce qui est détruit est l'objet à proprement parler subjectif, faisant apparaître dans un deuxième temps, l'objet réel externe. Dans le cas où cet objet ne peut être détruit, l'auteur avance que cette destruction s'affirme en tant que trait essentiel et marque la qualité du travail qui s'avère souvent interminable, risquant de voir poindre ce parent consommateur de services, comme l'évoque Maxime et Dominique, ou ce parent devenu passif par les soins abondants qui, peut-être, viennent camoufler, voire étouffer cette destructivité qui ne peut être transformée.

La première autonomisation ne peut ainsi se faire qu'à travers une façon de mettre en jeu les pulsions destructrices et sa propre capacité à supporter ces pulsions destructrices. La réalité extérieure s'enrichit dans la mesure où l'enfant a la capacité d'accepter les objets de la réalité extérieure (Sédat, 2009, p. 27).

Seuls les objets pouvant être mis en corrélation avec le monde intérieur du sujet, c'est-à-dire des objets devenus internes par introjection, sont reconnus subséquemment par la psyché sur la scène de la réalité partagée (Sédât, 2009).

La capacité à contribuer à la relation de manière graduelle ne serait donc pas le fruit d'une œuvre minutieusement construite et prédéfinie par le professionnel pour le parent, mais d'une capacité émergente chez le parent à croire, dans un premier temps, qu'il peut faire naître le professionnel, apprivoisant ainsi le monde extérieur. Cette expérience de la toute-puissance, par le parent, permet qu'advienne en lui, dans un deuxième temps, la création d'un autre différencié et donc d'un lien possible à ce dernier, création désirant être vue, pour finalement jouer ce spectateur devenu interne, comme le souligne Winnicott (1958).

Prenant naissance dans la relation au soignant, cette offre d'illusion et de survivance s'entend aussi par cette présence continue, mais constamment dosée, dépassant ainsi les modalités de soins actuellement offerts. La présence du professionnel est donc en lien direct avec l'anticipation de l'avènement d'un investissement stable du parent, stabilité qui ne peut se construire que dans le temps chez ses parents caractérisés comme instables et en constante discontinuité, de par leur situation de précarité. Le soin, tel qu'il est actuellement décrit par les professionnels, se vit comme une exigence qui apparaît en contradiction avec les enjeux propres à ces familles, si l'on se réfère au discours des professionnels. Donc, tout porte à croire qu'il est primordial d'introduire, non pas une pratique plaquée sur celle des bébés, risquant d'infantiliser les parents en situation de précarité, mais plutôt l'idée d'une attitude professionnelle face à la précarité pouvant contribuer à mettre en place un socle fertile pour qu'advienne la relation, passant par une certaine destructivité et l'avènement de l'usage de l'objet. Le professionnel devient donc celui qui accompagne le parent, non pas par un effort d'éducation à la parentalité, mais par l'offre d'une présence toujours

marquée par le désir de voir le parent s'étonner devant l'émergence de ses propres capacités jusque-là insoupçonnées. Bref, « le moment clé est celui où il « *se surprend lui-même*, et non celui où je [le professionnel] fais une brillante interprétation » (Winnicott, 1971, p. 104).

Conclusion

À la lumière de ce qui précède, il est possible de penser qu'une pratique auprès des parents en situation de précarité, au sein de laquelle peut exister des ajustements continus et singuliers, au sens de prendre en compte la singularité du sujet, permet de demeurer toujours au service des ces familles sans répondre, dans un premier temps, aux exigences nées d'une relation différenciée dans laquelle le parent ne semble pas parvenir à participer de par son histoire antérieure.

Tout comme l'accès à l'indépendance exige un passage par la dépendance, « la désillusion implique, elle, que l'occasion d'avoir des illusions a été offerte » (Winnicott, 1952, p. 189). Ainsi, cette disposition du professionnel peut s'entendre comme l'offre d'une illusion, passage obligé vers la désillusion, qui est supportée par l'attente que ces processus se construisent graduellement. Il convient de faire un pas de côté quant à la spontanéité dont font preuve les parents en situation de précarité pour recevoir ce qui ne peut se construire dans l'urgence des programmes préétablis que proposent plusieurs d'institutions. Désillusionner progressivement ne peut se réussir que dans la mesure où le professionnel aura su lui donner en premier lieu des possibilités suffisantes d'illusion, créant et recréant, grâce à l'installation d'une

dialectique entre présence et absence, l'objet de soin « à partir de sa capacité d'aimer ou, pourrait-on dire, à partir de son besoin » (Winnicott, 1951, p. 181).

L'acceptation de la réalité, passant par la désillusion et l'usage de l'objet, est une tâche inachevée dont aucun sujet n'est libre de la tension qu'éveille la mise en rapport de la réalité intérieure et de la réalité extérieure. Ce constat, ainsi rappelé par Winnicott (1951), peut, dans certains cas, dégager les professionnels quant à l'urgence pouvant émerger dès les premières rencontres. Mettre en place le support nécessaire à l'émergence d'une illusion ainsi qu'à la survivance de l'objet constituerait une intervention clinique en soi s'inscrivant dans une pratique bien arrimée aux enjeux propres à ces familles, pratique silencieuse, mais non moins essentielle. En d'autres mots, ce que Winnicott (1958) nomme la « rigueur maternelle » (p. 320) aide à transformer et rendre plus humain ce qui, du monde pulsionnel, ne saurait se présenter que sous forme brutale ou frustrante. Un long processus graduel de consentement et d'intériorisation de cette rigueur amène à instaurer cette dernière en tant que rigueur intérieure. Cet autocontrôle se met en place grâce aux mouvements internes, sans toutefois y laisser toute la spontanéité associée à la pulsion créatrice donnant sens à l'existence même et à la capacité de recréer le monde par l'activité créatrice (Winnicott (1958). « Cela n'est possible que si le monde se présente par bribes à des moments où l'enfant ressent l'activité créatrice » (Winnicott, 1958, p. 321). La rigueur du soignant, ici du professionnel, en écho au souvenir de sa précarité constitutive, va pouvoir se manifester en laissant place, dans un temps et un espace donné, aux mouvements de haine et d'amour afin que le parent en arrive à intérioriser ce soin pour lui-même et pour son enfant. « Une fois que l'individu a atteint l'étape suivante, celle de la sollicitude, il ne pourra plus ignorer le résultat de ses impulsions » (Winnicott, 1945, p. 69). Réagir de manière organisée face à la perte ainsi que face à l'impact de ses attitudes est une étape significative puisqu'elle est synonyme d'une capacité maintenant nouvelle de se faire

du souci pour l'autre tout en s'inscrivant dans la poursuite d'un développement sain du rapport à l'autre (Winnicott, 1952).

Conclusion du chapitre V

À même ce chapitre, se sont vu présenter trois parties desquelles se dégage une montée en abstraction fondée sur un savoir psychanalytique. En premier lieu, est exposé un portrait des participants rencontrés afin de relater, avec le plus de précision, ce qui caractérise le socle de données dans lequel cette analyse s'est sans cesse ancrée. Donnant ainsi au lecteur une précision nécessaire quant à la provenance des données utilisées pour élaborer ce projet de recherche doctorale, cette première section assure une description suffisamment précise de l'institution ou l'organisation de chacun des professionnels ainsi que la posture théorique et clinique de chacun d'entre eux. Tous ne définissent pas la précarité de la même manière, ce qui ajoute une richesse à cette notion qui reste encore sans consensus et donc toujours en foisonnement. Cependant, plusieurs éléments ressortent dans le discours des participants, tout comme la précarité financière liée au faible revenu ainsi qu'à l'accès au logement, le faible niveau d'introspection, la transmission transgénérationnelle, l'isolement social ainsi qu'une certaine porosité des frontières invitant à une relation symétrique et une absence marquée des pères de naissance.

Au plus près du discours des participants, sans procéder à une analyse des processus inconscients des participants, cinq éléments fondateurs des pratiques cliniques ont émergées. Partageant cette manière singulière qu'ils ont de concevoir leur pratique clinique auprès des parents en situation de précarité, les professionnels ont décrit, dans un premier temps, une pratique qui se caractérise par une grande proximité qui

nécessite parfois certains ajustements en ces lieux où la spontanéité empêche parfois de soutenir une certaine réflexion sur la pratique clinique et peut même entraîner une forme d'urgence quant à l'intervention. Dans un second temps, plusieurs professionnels évoquent concevoir le soin comme une construction inachevée exigeant un savoir tout aussi en mouvance afin que soit mise en exergue la singularité de chacune des familles rencontrées et que celle-ci puisse venir contribuer à l'établissement des balises de leur pratique clinique. Les professionnels partagent cette idée d'un temps circulaire de cette pratique clinique ainsi marquée par des va-et-vient entraînant parfois des ruptures dans ce lien fragile à construire. Au sein du troisième élément fondateur, l'instantanéité est mise en parallèle avec les enjeux psychiques des premiers temps de la vie, temporalité qui semble venir faire rupture pour les professionnels, entravant ainsi l'établissement d'un lien et l'écoute de ces familles. Dans le quatrième élément fondateur de la pratique clinique, les professionnels élaborent ce qui de la malléabilité de la structure ainsi que le travail de groupe permet la rencontre de ces familles en accordage avec les compréhensions cliniques qui se dégagent de leur pratique clinique, ce dégageant ainsi de la contrainte qu'entraînent les balises institutionnelles ou organisationnelles en porte-à-faux avec les visées cliniques propres à cette population. Le quatrième élément fondateur met en évidence ce qui tend à développer une pratique clinique en marge *de* ou *dans* l'institution ou l'organisation dans laquelle ils oeuvrent. Une pratique en parallèle qui subsiste malgré la persistance des milieux de soins à s'inscrire majoritairement dans une offre d'éducation à la parentalité. Comme évoqué par plusieurs participants, l'éducation à la parentalité apparaît comme étant seconde à l'établissement d'un lien.

À partir de ces cinq éléments fondateurs, une conceptualisation intégrative s'est vue développée, faisant saillir trois points arrimant ainsi une mise en commun du discours des professionnels, une compréhension singulière appuyée sur un savoir psychanalytique: « supporter l'attente », « dialectique de la présence-absence : un temps à la rencontre du soin », « de l'offre de l'illusion : l'avènement de l'objet

trouvé/créé ». S'est manifestée cette idée que la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité relève d'une disposition à la possibilité de voir émerger l'objet soignant de par l'offre de l'illusion, passage obligé vers la désillusion d'une toute-puissance, qui ne peut être soutenue que par une capacité de supporter l'attente de la mise en place progressive de ce processus propre à l'avènement de l'objet trouvé/créé. Il s'agit de faire place à cette spontanéité, propre aux processus primaires dont font preuve les parents en situation de précarité, pour que le professionnel soit ainsi disposé à ces mouvements d'alternance dans l'investissement, et ce, malgré l'urgence qui peut habiter la structure des soins actuellement proposés par la plupart des d'institutions. Pour tout sujet, la tension qu'éveille la mise en rapport de la réalité intérieure et de la réalité extérieure reflète cette tâche inachevée d'acceptation de la réalité, soit la propension à entrevoir l'autre comme un objet suffisamment différencié, ne pouvant plus ignorer ses impulsions et les conséquences de celles-ci sur l'autre. Le professionnel va pouvoir se manifester graduellement, de par ce que Winnicott nomme la rigueur (Winnicott, 1951), en laissant place, dans un temps et un espace donné, aux mouvements de haine et d'amour afin que le parent en arrive à faire l'usage de l'objet, possible de par la survivance de ce dernier. En résumé, réagir de manière organisée quant à l'impact de ses mouvements pulsionnels transformés est une étape significative, car elle renvoie à cette capacité maintenant nouvelle de ressentir de la sollicitude pour l'autre et ainsi construit progressivement les prémisses de la relation oblatrice.

CHAPITRE VI

MISE EN DIALOGUE

Introduction

Ordinairement, le terme discussion est utilisé pour nommer ce chapitre de la thèse où les données se conceptualisent davantage en une réflexion construite, non plus uniquement en lien avec les résultats de la recherche, mais aussi avec les auteurs inspirant un approfondissement de la question, celle-ci renvoyant à une exploration, à partir du discours de professionnels, des pratiques cliniques auprès des parents en situation de précarité.

Un pont est donc fait entre les réflexions conceptuelles ayant pu émerger chez l'étudiante-chercheuse tout au long de ce travail d'élaboration de la recherche doctorale. Comme le terme discussion est un mot emprunté du bas latin *discutere*, *dequatere* « secouer », il renvoie donc à quelque chose de l'ordre d'une secousse, d'un examen attentif de la matière dont l'un des buts est de contredire, voire de contester et même de casser (Dictionnaire historique de la langue française, 2006), il m'apparaît plus juste de parler en termes de dialogue, préservant ainsi cette idée d'échange avec les auteurs qui seront évoqués comme pouvant nourrir cette

construction qui restera inachevée et espérant une poursuite certaine, tout autant dans le dialogue. Une conversation, signification du mot dialogue vers 1793 (Dictionnaire historique de la langue française, 2006), s'entame donc au sens d'une découverte qui reste toujours à peaufiner par un autre savoir, non pas dans l'idée d'un combat sur la matière, mais dans l'idée d'une richesse à jaillir au contact de la parole de l'autre faisant l'expérience vécue et théorique de cette pratique clinique auprès des parents en situation de précarité.

Dans le cas de grandes souffrances psychiques, là où l'intervention peut s'avérer utile, Winnicott affirme l'importance, pour le professionnel, quel qu'il soit, de savoir dans quel registre il intervient (Winnicott, 1958) et de ne pas faire l'économie d'un regard clinique sur les soins donnés. De plus, comme il le rappelle, « on ne peut étudier [le] développement [du tout-petit] ou sa vie indépendamment des soins qui lui sont donnés » (Winnicott, 1958, p. 311). En effet, ces deux éléments sont indissociables, comme la psyché du bébé et celle de sa mère ce qui semble tant faire écho à la pratique auprès des parents en situation de précarité.

Dans la première partie de cette section, est élaborée en quoi la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité renvoie aux premiers temps de la vie psychique, réfléchissant ainsi au soin psychique, postulant la présence de l'autre pour qu'émerge le sujet de l'inconscient. Est donc mis en exergue ce processus de séparation, voie vers l'indépendance, à partir du passage essentiel par la dépendance qui dispose le sujet à émerger comme tel puisque celui qui lui prodigue les soins le suppose sujet et donc interagit avec lui en lui adressant une parole marquée par la castration qui lui donne accès au symbolique.

Dans une deuxième et dernière partie, il sera question d'une éthique du singulier qui mène à la rencontre d'une précarité fondamentale qui habite tout sujet et permet au professionnel cette identification suffisante pour se disposer aux parents en situation

de précarité se référant à cette reconstruction perpétuelle de lui-même. La pratique clinique auprès des parents en situation de précarité semble exiger un effort constant étant donné que le professionnel est sollicité aux racines même de cette précarité dite constitutive. Ce phénomène rapproche alors le professionnel de l'expérience de précarité du parent rencontré par cette condition humaine inhérente au sujet qu'est la précarité constitutive. Le professionnel en vient donc à créer un dispositif toujours en cohérence avec cet autre qu'est le parent en situation de précarité et qui rappelle ce fondement du sujet. Toutes ces réflexions amènent à remettre en question la terminologie entourant la question des soins psychiques. Lorsqu'on parle d'offre de service, qu'est-ce que cela suppose? Emprunté au latin *servitium*, qui signifie « servitude, esclavage, condition d'esclave », ce terme renvoie à une position où le soignant est au service de, comme s'il était mandaté à servir, voire à satisfaire l'autre par l'assujettissement imposé. Dans le cadre de cette pratique, le terme dispositif semble plus approprié, se rapportant au verbe disposer emprunté au latin *disponere* qui signifie « mettre en ordre, arranger; ordonner ». « Préparer quelqu'un à, le mettre dans un certain état d'esprit » afin que, par cette disposition à l'autre, le sujet puisse y trouver ce qui le structure et le confirme en tant que sujet.

6.1 Écho aux premiers temps de la vie : une supposition du sujet

Un soin « ordinaire normalement dévoué » (Winnicott, 1956)

Une histoire « hors temps » (Mellier, 2006) donnant l'impression d'un discours sans chronologie (Bastard, 2005), un temps « circulaire » (Aimé), un investissement marqué de discontinuités (Ahfir, 2015 ; Houzel, 1999 ; Lamour, 2010 ; Mellier, 2006) ainsi que des mises à l'épreuve de l'autre, un lien difficile à construire et qui tend à

achopper face aux difficultés rencontrées, l'utilisation de mécanismes de défense comme l'identification projective et le clivage (Ahfir, 2015 ; Houzel, 2000 ; Lamour, 2010), une souffrance qualifiée de primitive palpable dans le contre-transfert, mais peu verbalisée dans le lien à l'autre (Mellier, 2006). Voilà ce qui confère à cette pratique la construction des prémisses d'un sujet qui tente d'apparaître dans le lien qui se propose comme soignant, mais qui ne semble pas advenir. Concevoir la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité en ces termes oblige à se pencher sur ce qui, dans l'expérience de l'autre rend sujet, postulant déjà la nécessaire présence de l'autre pour qu'il émerge, en formulant ces propos, Winter (2006) se réfère à Lacan :

Le sujet, par contre, c'est le sujet inconscient, le sujet grammatical de la phrase qui constitue une pensée inconsciente, c'est-à-dire une pensée que je ne sais pas avoir. Par exemple, la pensée " je veux tuer mon père ", ce n'est pas une pensée qui accède à la conscience et quand elle y accède, elle ne veut pas toujours dire ce qu'elle signifie dans l'inconscient. Mais « je » qui dit « je veux » ou « je désire », ce « je »-là qu'on n'entend pas, c'est lui dont on parle quand on parle du sujet [...]. On a avec le sujet de l'inconscient, et c'est la position du psychanalyste au départ, une relation d'inconnu. Nous ne savons pas où est le sujet et, en tout cas, il n'existe pas d'une façon continue : il apparaît et disparaît (p. 224).

Le sujet de l'inconscient se situe donc toujours ailleurs, là où on ne l'imagine pas. Il se présente toujours d'une façon surprenante, quasiment toujours autre part, « sauf quand on l'attend ailleurs parce que là, il est là » (Winter, 2006, p. 224).

Catherine Vanier (2016) rappelle, en se référant à Dolto, que : « le bébé n'est, en aucun cas, une personne. Que c'est du côté du sujet qu'il faut poser la question et non pas du côté de la personne ». Il est, par définition, un grand prématuré puisque la naissance appelle à une précarité caractéristique du bébé humain, une néoténie qui, le rappelle-t-elle, affecte tout le monde : « Le bébé qui vient au monde n'existe pas, enfin c'est-à-dire que lui ne sait pas qu'il existe » (Vanier, C., 2016).

Le bébé ne pense pas jusqu'au moment, dit Freud, où la personne secourable sait ce qu'il en est. Donc, le savoir est du côté de cette personne-là qui vient secourir le bébé et secourir le bébé, dans le plus souvent des cas, c'est de le prendre dans ses bras et lui donner à manger [...]. Petit à petit au fur et à mesure où elle revient, cette personne le touche, donne un contour à son corps. Il sent le corps qu'il a. Cette personne lui parle et c'est dans les mots que cette personne va adresser au bébé que, petit à petit, très doucement, le bébé vient se construire (Vanier, C., 2016).

En effet, comme le souligne aussi Winnicott, le bébé est à porter pour qu'émerge de lui l'idée qu'il est un sujet que l'on interpelle ainsi qu'un sujet qui peut se présenter à l'autre comme tel. Un lien est alors concevable en tolérant cette prise de risque inévitable à la rencontre. La précarité ne touche alors pas uniquement ces parents dits précaires, de par leur situation ainsi que par leur difficulté de vivre, mais vient mettre en lumière cette précarité normale dite constitutive, dont parle Furtos (2008), qui constitue le sujet. Ces parents mettent en exergue ce qui, de ce long processus de séparation psychique que conceptualise Winnicott (1956), peut être souffrant dans ce nécessaire passage de la dépendance initiale presque totale à l'émergence progressive d'une indépendance du sujet quant à son désir, dépendance nécessaire pour qu'advienne toute forme d'indépendance.

Pour que cela se mette en œuvre dans le lien soignant, la plupart des professionnels rencontrés semblent postuler que le savoir doit rester à disposition de l'autre, le rendant secourable pour que le parent s'en saisisse dans l'idée d'un foisonnement possible de sa position de sujet. En écho au Sujet supposé Savoir formulé initialement par Lacan (1964) dans le cadre de la cure, Alain Vanier (2012) affirme que pour que le sujet existe, il faut qu'il y ait une supposition du sujet, c'est-à-dire que le sujet se trouve en l'autre, tout en demeurant accessible par son écoute de l'inconscient. En l'englobant avec ces mots et ces gestes à partir d'une parole, le tout-petit se tisse une place dans la relation langagière à celui qui prodigue les soins quotidiens, devenant à

son tour un sujet dans la filiation langagière. Tout cela ne peut se faire sans cette supposée folie passagère, que Winnicott (1956) nomme la préoccupation maternelle primaire. Ce phénomène apparaît primordial pour saisir ce dont semblent souffrir les professionnels ainsi que les familles qu'ils accueillent dans leur lieu de soin. Comme le rappelle justement Catherine Vanier (2016), « Freud disait qu'il faut être folle pour, à ce point-là, pouvoir comprendre ce que veut un bébé, pouvoir s'identifier à lui, pouvoir savoir exactement ce qu'il attend de vous et les mots qu'on a besoin de lui dire » (Vanier, C., 2016). Il affirmait même que peu importe ce que la mère allait mettre en place et les soins qu'elle allait prodiguer à l'enfant, il y aurait, en deçà de ce souci, un échec éducatif inévitable. Les mères n'arrivent jamais à comprendre parfaitement et entièrement ce qui se déroule aux divers temps de la vie psychique de leur enfant, laissant ainsi cette brèche permettant au sujet de prendre racine, mais aussi que « l'amour des parents, si touchant et, au fond, si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste à ne pas s'y tromper son ancienne nature » (Freud, 1914, p. 96).

Pour Catherine Vanier (2016), le tout-petit est objet de la jouissance de l'autre, c'est-à-dire qu'il n'est pas sujet tant qu'il n'aura pas fait l'expérience, petit à petit, de l'autre existant comme sujet. « La question de qui je suis moi, qui est l'autre, ça met un temps fou à se constituer » (Vanier, C., 2016). Donc, il faut qu'il y ait de l'autre présenté graduellement et au rythme d'une temporalité en plein apprivoisement, comme le démontre Winnicott (1945) en mentionnant que le monde est à introduire par bribes simplifiées, tout comme c'est le cas pour les parents en situation de précarité. Recevoir ces parents signifierait se risquer à ce que ce commencement marque précisément l'offre de soin, faisant de la relation émergente à l'autre une prémisse à tout autre type de soin.

Avant cela, l'acte volontaire n'existe pas, cela demande que le sujet soit déjà un peu construit, c'est-à-dire qu'il « soit dans l'idée que volontairement il peut crier pour

appeler l'autre, il faut qu'il soit. Il faut qu'il y ait du sujet sinon il n'y a pas d'acte » (Vanier, C., 2016). Lacan (cité par Vanier, A., 2012) dira, dans le séminaire intitulé D'un Autre à l'autre, que : « c'est en tant qu'objet a, en tant qu'être plaqué à sa paroi [celle de la mère], que l'enfant sujet s'articule ». (p. 47) Dans le même ordre d'idées, Alain Vanier, (2012) soutient qu'en tant que sujet, l'enfant existe dans un premier temps dans la mère, au lieu de l'Autre, car c'est elle qui suppose du sujet dans ce dernier, qui le porte, et, surtout, arrive à supposer cela dans un même temps qu'elle se le représente comme séparé d'elle, avant même qu'il utilise le langage (Vanier, A., 2012). Bref, c'est bien parce qu'elle est là, se sachant différenciée et temporairement disponible à tous les soins nécessaires, que l'enfant se rend compte de l'existence propre qu'elle lui suppose d'emblée. L'histoire relationnelle précoce est ancrée dans le lien social qui le constitue dans toute sa singularité ainsi que dans tout ce qu'il ignore de lui et qui le rend sujet.

Les professionnels se préoccupant des parents précaires, apparaissent traversés par ces identifications nécessaires à l'éveil d'une sensibilité, caractéristique des premiers temps de la vie, mais en sont aussi parfois submergés voire atteints. En effet, cela mène souvent vers un découragement ou un essoufflement qui arrive de manière imprévisible, de leur point de vue, compte tenu de l'investissement qui revêt un caractère primaire. Il est alors possible de penser que cet investissement a la charge affective et relationnelle d'un soin « ordinaire normalement dévoué » (Winnicott, 1956, p. 287) et de le relier à cette évolution des soins conceptualisés par Winnicott (1956), c'est-à-dire sur le modèle de ce que la mère prodigue puisqu'elle se sait différenciée, des soins au départ presque parfaits lors de l'entrelacement psychique. Ce savoir sur son état différencié fait en sorte qu'elle a l'assurance que cette grande proximité dans les soins est à durée déterminée. Suivant l'évolution de son enfant, elle se retire graduellement de cette sollicitation.

Qu'advient-il de ce processus ainsi que de cette sollicitation massive, si l'on y est confronté à maintes reprises dans le cadre de sa pratique clinique? Cette période de soins, quelque peu hors temps ou dans un temps circulaire, permet un accès privilégié aux processus primaires de la psyché exigeant un exercice complexe et exigeant de décodage des représentations restées sans mot et qui ne cessent de jaillir par d'autres voies. Utilisant la voie du lien « pathologique », expression utilisée par Lamour (2010), pour dire quelque chose de leur souffrance, comment comprendre cette disposition que les professionnels mettent en place afin d'écouter cet archaïque qui ne cesse de poindre dans la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité tout en ne cherchant pas d'offrir ce que seule la mère peut donner à un bébé. De ce fait, il est important de souligner que le professionnel ne peut créer cet espace mis en place par les processus permettant l'accueil d'un nouvel être au monde, à chaque nouvelle famille qu'il est appelé à rencontrer dans le cadre de sa pratique clinique. Il est en effet complexe de s'imaginer demander ou exiger de ces soignants un tel mouvement d'investissement pour les multiples dossiers qui leur sont confiés, tout en sachant, le moment venu, se retirer pour laisser aller vers le monde l'enfant, ici, le parent en situation de précarité. Dans ce cas de figure, penser un soin adressé aux parents en situation de précarité pourrait se formuler en termes de disposition quant à l'émergence d'un lien à construire, s'appuyant sur cette supposition du sujet que décrit Vanier (2012) afin de laisser émerger le désir du sujet. Donnant ainsi une chance toujours renouvelée de visiter les contours du soin en ayant cette liberté de prendre un temps d'arrêt, ou du moins un pas de côté, quant à cette logique du faire liée au temps linéaire des pratiques préétablies.

Castration symboligène : se structurer autour de la perte

Parler à l'enfant, comme au parent en situation de précarité, de ce qui le concerne, le questionne et le fait souffrir ouvre inévitablement sur cette supposition (Vanier, 2012) du « sujet désirant » (Dolto, 1984) ainsi que sur le fait que « c'est par interdit que le sujet désirant est initié à la puissance de son désir, qui est valeur, en même temps qu'il s'initie ainsi à la Loi, laquelle lui donne d'autres voies à l'identification des autres humains, marqués, eux aussi, par la Loi » (p. 79). L'accomplissement du désir, sous la forme initiale que le sujet voudrait lui donner, est interdit et cela implique une Loi, non pas répressive, mais une « Loi promotionnante », comme le mentionne Dolto (1984), s'actualisant par le langage. Ce ne peut jamais être la Loi d'un adulte qui met de l'avant son propre profit, mais plutôt celle à laquelle sont soumis tous les adultes (Dolto, 1984). Il y a là une « grande différence entre frustrer un enfant, le priver ou le castrer c'est-à-dire l'amener à poser son désir dans un autre registre que celui de la satisfaction dans l'instant, comme on dit, qui n'est évidemment jamais un caprice » (Winter, 2006, p. 223). Ces castrations, que Dolto qualifie de symboligènes, tiennent compte de là où l'enfant se situe dans son développement, faisant de ces pertes des gains symboliques s'inscrivant elles aussi dans la relation à l'autre qui sera aussi sous forme d'organisations successives de ce Dolto élabore comme étant l'image inconsciente du corps (Dolto, 1984).

La réception de cet interdit à l'agir, qu'il brigait avec ardeur, provoque, chez le sujet qui le reçoit, un effet de choc, le renforcement de son désir devant l'obstacle, parfois une révolte, menacé qu'il se sent d'annulation de son désir, devant l'inutilité totale d'en poursuivre l'objet. [...] Comme la fleur, la castration est toujours à recommencer chez l'être humain. Lorsque les conditions de la relation émotionnelle entre tel enfant et tel adulte sont riches de confiance réciproque, un sens humanisant s'y fait jour, par l'exemple et par les dires (Dolto, 1984, 79).

De ce fait, la castration symboligène n'est pas à entendre comme une finalité en soi dont le sujet pourrait être aguerri. Ce qui se pose comme une limite organise le sujet vers cet « allant-devenant » (Dolto, 1984) qui l'humanise un peu plus chaque jour par

le rapport langagier qu'il entretient avec l'adulte auquel il se réfère. Promouvoir le sujet sur la voie désirante, par le franchissement symbolique des castrations, est intimement lié à cette disposition de l'adulte face à ces traversées à franchir.

En réfléchissant dans ces termes, la question se pose à savoir comment les balises institutionnelles préétablies agissent au sein de cette articulation entre perte et symbolisation, là où l'accès au désir se structure. Que peut-il advenir d'une castration qui se réfère au plus grand nombre, se situant en résonance avec une norme du soin qui organise et structure l'élaboration subjective des diverses successions? La structure prédéfinie du soin aux parents en situation de précarité, et son bon déroulement, agissent-elles comme une castration mutilante recélant en elle une menace de retrait des soins, voire de coupure du lien face aux variations singulières des démonstrations des parents exprimant une souffrance sur les voies du primitif? Comme faire des interdits une occasion de donner racine au désir et d'initier le parent en situation de précarité à une Loi qui fait de ses pertes un gain symbolique? Cette contrainte imposée aux professionnels, œuvrant dans les institutions ou organisations, se transpose dans la pratique clinique auprès de ces parents et agit telle une apposition de limites purement arbitraires. Ces castrations risquent alors d'être vécues sur cette autre scène, celle du registre de la violence, voire de la répétition de l'archaïque qui ne cesse de se présenter et de se représenter dans la demande du parent. La marge dans laquelle pratiquent les professionnels semble dégager, en filigrane de l'institution ou de l'organisation, une possibilité d'énoncer le temps venu une castration symboligène parce que celle-ci s'appuie sur un lien qui invite le parent à faire de cette souffrance un sens humanisant par les dires de celui qui le reçoit (Dolto, 1984, 79). À ce moment, les souffrances peuvent se voir dégagées de leur caractère dévitalisant, laissant dorénavant place à une existence parsemée d'épreuves marquées par le sceau de la perte, obligeant ainsi le parent à construire son désir autour de ces multiples renoncements nécessaires auxquels il fait face dans ces mouvements répétés et être ainsi initié à son désir propre. Cette castration dite symboligène débouche sur

une sublimation menant, à son tour, vers de nouveaux horizons porteurs d'un plaisir suffisamment grand pouvant être investi dans l'ordre familial ou social qui le restreint (Dolto, 1984). Winter (2006) ajoute :

Un bébé se subjective par la perte de ce qui pourrait être chez lui du domaine de l'Absolu. On n'est pas toujours persuadé quand on est parent, adulte, que le bébé a vraiment renoncé à ce savoir absolu. Pourtant la terreur que peuvent éprouver certains parents qui mettent leur bébé en position surmoïque nous met sur la voie. [...] Où l'on voit que le bébé est mis là à une place qui n'est pas n'importe laquelle : celle que Freud désignait comme " le père de l'homme ", c'est-à-dire comme incarnant la dimension de ce qu'il peut y avoir d'interdicteur dans la fonction paternelle (p. 219).

Dans le cas où l'adulte qui prodigue les soins n'est pas au clair avec son propre renoncement, il se peut que cela complique en effet la nécessité de l'interdit ainsi que la dimension de celui-ci. Dans le cas où il est proféré par l'adulte contre l'enfant, aucune sublimation n'advient donc la castration n'est en aucun cas symboligène, mais plutôt mutilante (Dolto, 1984), car elle tente de soumettre le sujet au despotisme de l'adulte soignant, c'est-à-dire à sa propre angoisse. Dans les cas les plus heureux, le fait de tracer un point d'arrêt à la jouissance, et ce par l'adulte tuteur qui en est lui-même marqué face à sa propre jouissance, permet que s'élabore le désir du sujet dans une filiation langagière (Vanier 2016).

Ces questionnements amènent l'idée qu'il y a dans cette pratique clinique une certaine jouissance qui rend le rapport entre sujets, professionnels et parents, complexe, éléments qui n'ont pas été mis de l'avant dans l'analyse des résultats, mais qui serait pertinent à aborder lors d'une recherche future. Pour tracer un point d'arrêt à la jouissance, faut-il que le professionnel en soit tout aussi marqué, comme le souligne Vanier (2016) et qu'il se sente suffisamment dégagé de sa propre angoisse pour se dégager du désir de répondre directement et efficacement à la souffrance qui se manifeste sous forme d'une urgence? De ce fait, actualisé par le langage, cet effet

de choc que décrit Dolto agit de sorte que le désir d'aller de l'avant se trouve suffisamment soutenu pour que la symbolisation des castrations émerge.

Comme le souligne Alain Vanier (2016), la jouissance est interdite par celui qui parle du fait que l'adulte formule la marque de ce que Dolto (1984) qualifie de Loi promotionnante, c'est-à-dire qui soutient. En effet, idéalement, celui qui pose l'interdit introduit une parole qui se veut structurante et au service de la symbolisation du sujet, donc en dehors de la jouissance, à l'opposé de ce que Dolto (1984) nomme la Loi répressive ou mutilante. Toutefois, comme le rappelle Alain Vanier (2016), le fondement du désir est incestueux.

Il n'y a aucun objet adéquat véritablement. Le désir est une barrière contre la jouissance, il est une défense. Quand on se maintient dans le registre du désir, on se protège. Ce que nous avons finalement perdu, à travers les différentes castrations et pertes, nous tentons de le retrouver. Nous orientons notre désir en fonction de ces pertes. On quête la retrouvaille d'une certaine jouissance perdue qui, parce que perdue, est reprise comme interdite. Du coup, si c'est interdit ça permet d'envisager la transgression, même si elle est radicalement perdue. On tente de la retrouver en suivant les traces qui sont précisément ce qui nous a fait perdre la jouissance. En devenant des sujets du langage, le langage nous fait perdre ce rapport immédiat et jouissif aux choses (Vanier, A., 2016).

Cette parole, énoncée au parent précaire, arrive-t-elle à mettre cette palissade à la jouissance? Tenter d'orienter l'autre vers son propre désir comporte le risque de voir la jouissance faire effraction puisque le désir se constitue grâce à la perte d'accès direct à celle-ci. Comme le symptôme est une jouissance, « une satisfaction sexuelle substitutive à laquelle nous sommes difficilement prêt à renoncer » (Vanier, A., 2016), il est possible de réfléchir à ce qui se produit entre professionnels et parents en situation de précarité avec cette logique du jouir. Les symptômes du parent, souvent rapportés comme étant sans mot, sans véhicule langagier pour en exprimer leur contenu et la souffrance qui y sont liés, sans chronologie apparente, deviennent

accessibles au soignant par l'entremise du contre-transfert du soignant l'atteignant dans les lieux de son propre corps. Le contenu à livrer est donc brut et, tout comme la jouissance, il prend forme dans le corps (Vanier, A., 2016). Il serait donc possible de croire que le parent se fait porteur, dans la relation au soignant, de ce qui demeure à jamais perdu et ne peut être récupéré, mais ne porte pas encore le sceau du manque. Se rejoue alors ce qui semble à retrouver pour mieux en ressentir une perte pouvant être marquée par l'interdit, donc fondatrice d'un désir porté vers l'avant. Si tel est cas, cela expose le professionnel à une épreuve ardue dans laquelle il se risque tout autant que le parent à se confronter à sa propre jouissance par ce rapport faussement immédiat à l'autre qui entretient l'illusion d'un tel niveau d'efficacité, une surpuissance. Ce rapport immédiat aux choses ne peut exister que dans le registre du jouir et condamne le sujet soignant à s'en dégager afin de parvenir à introduire quelque chose de l'ordre de la castration symboligène sans porter atteinte à la fragilité même de ces parents et sa fragilité propre.

Le résultat, c'est que justement, il se sera résigné, mais ça ne démontrera en aucun cas qu'il aura renoncé et que donc, au lieu de le castrer on l'aura ou privé ou frustré, ce qui peut s'avérer socialement utile dans un certain nombre de cas, mais qui est fort différent de la castration humanisante (Winter, 2006, p. 222).

Pour que les castrations symboligènes marquent le sceau de l'humanisation, elles se doivent d'être inscrites dans cet ordre symbolique qui promeut l'être au rang de sujet responsable dans une éthique et une culture donnée (Dolto, 1984).

Parole : humanisation, accès au symbolique

Décoder, traduire, faire une lecture juste et sans prétention de bienveillance parce que, malgré ce qui peut traverser les professionnels, ce savoir sur l'autre et sur soi n'est toujours que partiel et incomplet. Il ne peut donc se définir comme ayant une valeur morale quelconque et il invite à une écoute du manifeste ou du symptôme se dégageant d'une visée portant l'espoir d'une disparition certaine et rapide du symptôme sous les conseils marqués d'une supposée bienveillance. « Le symptôme est à entendre comme un souhait de communiquer, à l'analyste de le décoder » (Szejer, 2006, p. 130). L'écoute du sujet inconscient, orientée par la psychanalyse, se situe davantage, comme le souligne Winter (2006) en périphérie et ne prescrit à aucun moment à un sujet de se débarrasser de ses symptômes parce que la psyché trouvera une autre voie pour se faire entendre, ne soulageant que temporairement, si soulagement il y a. Alors que d'autres techniques soutenues par d'autres orientations théoriques le prescrivent avec assurance aux patients sous prétexte qu'ils le demandent : « « J'ai entendu tout à l'heure quelqu'un dire : " Il faut respecter la demande du patient. " Oui, encore faudrait-il savoir ce qu'il demande ! » » (Winter, 2006, p. 223). Cela implique de faire un pas de côté face à la croyance d'un savoir articulé autour d'une visée moralement bonne ou mauvaise quant à celui qui se réclame de cette aide. S'il se présente à l'autre, c'est bien parce qu'il sait qu'il ignore quelque chose sur lui-même qu'il aura à décoder en étant accompagné.

Celui qui accueille et écoute ces parents en situation de précarité sait que l'émergence d'un sens ne se fera pas à l'image de la spontanéité des manifestations de souffrance voire d'urgence, que font sentir les symptômes démontrés dans le lien d'où le sujet n'arrive pas à émerger. Le professionnel a donc la tâche infiniment importante et délicate de donner parole tout comme « la mère n'est pas simplement celle qui donne

le sein, elle est aussi celle qui donne le seing⁸ de l'articulation signifiante » (Lacan, cité par Vanier, A., 2012, p. 41). « Ce sujet, l'enfant l'aura été au futur antérieur en dépit ou au-delà de son être même, de son être d'objet. » (Vanier, A., 2012, p. 47) Une vision du passé projetée vers l'avenir afin de rappeler au sujet combien il était un être qui, pour se saisir, se projetait dans un avenir espéré.

On peut utiliser les concepts d'histoire, de préhistoire voire de protohistoire pour décrire une parole qui se situe en dehors de l'enfant et le dépasse. Sa naissance vient illustrer cette histoire dans la mesure où l'enfant la reçoit et l'accepte avec ses aléas. Mais, en même temps, on peut dire qu'il s'en éloigne, car il la parle, la pense. C'est une dimension spécifique de l'humain (Szejer, 2006, p. 120).

De plus, les expériences répétées qu'amène la pratique clinique apprennent au clinicien à rester attentif à ce que le sujet peut mettre en place quand les mots manquent pour s'inscrire dans la structure qui les accueille. Phénomène que Freud avait déjà remarqué en 1918 en énonçant que le sujet « comble les lacunes de la vérité individuelle avec de la vérité préhistorique, il remplace sa propre expérience par celle de ses ancêtres » (p. 399). Il a donc des chances que celui-ci, comme le parent qui n'arrive pas à s'expliquer ce qui se déroule autrement que par des manifestations, que l'on pourrait nommer des agirs, ne puisse émettre à l'autre que les traces du ressenti d'une angoisse qui le dépasse et reste sans mot, puisqu'il n'a pas accès à l'histoire qui le constitue pour donner sens à son expérience.

Cette anticipation se repère dans la relation entre la mère et son enfant, dans le savoir qu'elle lui suppose, dont elle fait " l'hypothèse", et qui la fait, peut-on dire, le lieu d'une anticipation du sujet qu'elle porte et soutient de sa supposition. Dès lors, ce premier temps, orienté vers le suivant, en attente du suivant, est aussi bien le second d'un temps qui lui serait postérieur » (Vanier, A., 2002, p. 146).

⁸ Du latin signum « marque, signe, empreinte; signal; signe, indice; cachet, sceau » (Dictionnaire historique de la langue française, 2006)

Selon Dolto (1984) « s'adresser en paroles à l'enfant, lui offrir les mots qui nomment ce qu'il ressent, libère son schéma corporel de la tâche d'exprimer ses malaises » (Krymko-Bleton, 2013, p. 69). Cette « parole vraie » (Dolto, 1987) adressée à l'enfant est un exercice complexe, car elle doit se situer d'ores et déjà au temps précis de son développement et arrivant à répondre à une question que lui seul se pose. Donc, il n'y a là aucune confiance de l'adulte et nullement l'idée d'épargner l'enfant de la souffrance dont tout sujet peut être traversé. Énoncer ce qui est souvent déjà ressenti de par le contexte affectif et situationnel ouvre sur une possibilité de mettre des mots, de symboliser, sur ce qui ne pouvait qu'être, auparavant, énoncé par les multiples voies du corps. Dolto (1987) rappelle combien cet exercice est complexe, car il arrive que l'adulte soit extrêmement loin du monde fantasmatique de l'enfant, et ce, en raison de sa propre histoire relationnelle.

Cette forme de pratique psychanalytique repose sur l'hypothèse qui consiste à imaginer que les effets d'une parole adressée au nouveau-né et lui définissant sa place au sein des données conflictuelles des deux histoires dont il est issu, lui permettra d'en mémoriser certains éléments et ainsi l'aidera à acquérir les repères nécessaires à la symbolisation de sa souffrance confinée jusque-là au lieu de son corps. (Szejer, 2006, p. 122).

Dolto (1987) précise qu'il est possible d'arriver « au moi signifiant je lorsqu'ils peuvent lâcher la personne tutélaire garante de leur identité pour aller seul vers quelqu'un d'autre sans peur de perdre leur sécurité existentielle » (p.153). Ce mouvement vers l'autre ne se fait que par un passage très médiatisé puisque qu'il s'agit d'un autre auquel le je est articulé en doublet (Dolto, 1987 ; Krymko-Bleton, 2013), phénomène observé, par Alain Vanier (2012), dans les proto-dialogues, soit l'expression à la fois des questions et des réponses. Tout porte à penser que cette clinique de la précarité commence par un accompagnement ayant peut-être comme unique visée cette idée de voir émerger un je différencié dans le lien à l'autre, ce qui

est déjà un travail infiniment complexe. Tout cela par l'entremise d'un soin pouvant porter un certain temps la demande restée non-formulée pour qu'elle s'articule au soignant de par les mots qui n'ont guère pour objectif d'enrayer la souffrance dans un mouvement spontané. Recevoir ces parents en situation de précarité devient donc l'accueil des démonstrations de souffrance, le temps que le sujet y appose des mots qui lui permettront d'articuler son « allant-devenant » (Dolto, 1984) de sujet désirant. Le passage d'une manifestation sans voix prend donc la forme d'une demande adressée. La parole permet donc d'établir le corps dans la relation à l'autre et de le situer dans le « symbolisme du sujet » (Dolto, 1984, p. 41), construisant au fil de ces échanges son d'image inconsciente du corps (Dolto, 1984). Chez les parents en situation de précarité, la parole ne semble pas avoir cette valeur renvoyant ainsi à une image inconsciente du corps à un niveau archaïque, soit se déployant ainsi sous forme d'image sensorielle fugace, floue et sans mot avec une impossibilité de communiquer avec une autre personne (Dolto, 1984). Conséquemment, le corps devient dépositaire de ce qui n'arrive à se formuler par la parole, et ce, dans la relation. « Les mots, pour prendre sens, doivent d'abord prendre corps, être du moins métabolisés dans une image du corps relationnelle. » (Dolto, 1984, p. 45). Mettre des mots sur ce qui se déroule n'évite pas la marque laissée par les empreintes de l'histoire relationnelle du sujet et de son interprétation du monde, mais induit une mouvance, créant un espace intérieur où l'énigme à comprendre devient une forme de liberté, ouvrant sur cette spontanéité créative propre au désir que décrit Winnicott (1956) et qui reste toujours à découvrir.

Le choc du miroir : un détour inévitable vers l'autre

La constitution du je ne s'effectue pas de façon immédiate. Elle nécessite la médiation par le corps et « se réalise à travers une expérience initiale où le

symbolique et l'imaginaire sont en question » (Palmier, 1972, p. 39). Pour mieux en saisir la pertinence de ce fait clinique et théorique, il faut d'abord savoir que pour Lacan (Assoun, 2003 ; Palmier, 1972) l'imaginaire est l'image, le sens donné au réel. L'imaginaire fonctionne en étant lié au manque, duquel émerge le désir. Donc, en quelque sorte, le sujet passe son temps à essayer de combler ce trou laissé par le manque. Ensuite, le symbolique est l'idée que les éléments n'existent pas seuls, nécessitant un ancrage au réel. Celui-ci ne peut être abordé que par les sens et demeure, de ce fait, une limite à notre capacité à saisir le monde. Ce ne sera que par l'entremise des sens que le sujet pourra interpréter le monde, ce que Lacan (Assoun, 2003 ; Palmier, 1972) définit par réalité, subterfuge du réel. Les mots ne combleront donc pas le manque, le trou du réel.

Force est de constater que le sujet n'accède pas à une compréhension totale de ce qui lui arrive, et que le réel reste toujours inaccessible, se situant bien au-delà de ce que le sujet peut s'expliquer. Assoun (2003) rappelle une citation de Lacan qu'il est pertinent de rappeler : « le langage ne dit pas le monde ». De ce fait, l'expérience du miroir est une première vision unitaire d'une représentation de soi en deux dimensions où le sujet est confronté à ce manque permettant de nourrir son désir, constituant la base même de la névrose.

Pour Lacan (1949), l'unité du corps n'est pas première, mais le résultat d'une longue conquête. Sous le nom de stade, il définit la fonction de ce miroir comme pouvant mettre fin à l'angoisse du corps morcelé, qui, elle, est première. Dans un premier temps, l'enfant répond à cet être réel qu'il perçoit dans le miroir et qu'il tente de saisir par des mimiques jubilatoires. « Cette image qui est la sienne, est reconnue comme étant celle d'un autre et qu'inversement l'image de l'autre est perçue comme celle de son propre corps » (Palmier, 1972, p. 23). Ce n'est que dans un temps second que l'enfant conçoit l'autre comme une image et non comme un être réel à chercher derrière le miroir (Lacan, 1949). Tout cela pour finalement en arriver à reconnaître ce

reflet comme une image, mais aussi comme une image étant sienne. Cette dispersion panique, comme le mentionne Lacan, initiale du corps devient donc image totale anticipante de l'unité du corps aboutissant, à son tour, à cette conquête de l'identité du sujet, confirmant ainsi le nécessaire détour par l'image du corps.

Pour sa part, Dolto affirme qu'il est abusif de parler de stade pour évoquer les enjeux sous-jacents à la découverte du miroir, s'agissant davantage d'une assomption du sujet dans son narcissisme : « assomption qui permet et recouvre le champ de la castration propre au stade anal, et qui fait sentir ses effets au-delà, dans la réalisation de la différence des sexes (castration primaire). » (Dolto, 1984, p. 148) Ce qui est important, pour Dolto, est non seulement l'aspect scopique de ces expériences spéculaires, mais aussi les dimensions symbolique, langagière et relationnelle de cette épreuve du miroir. Ces éléments importants, ajoutés par Dolto (1984), aident à mieux saisir, dans le cadre de cette recherche, ce qui arrive difficilement à se construire dans le lien soignant. Quand le parent en situation de précarité vient à se présenter à un service de soutien, il prend le risque de voir, dans le regard de l'autre, ce qu'il n'a peut-être pas pu voir de son expérience dans les premiers temps du soin. Tendant une perche au professionnel pour ne pas se retrouver une fois de plus seul devant ce qui, de sa souffrance, n'a pu prendre une forme langagière et n'a pu être métabolisé, tout comme l'enfant qui ne se retrouve pas seul à démystifier cette expérience du miroir.

Winnicott appuie cette conceptualisation de la réalité psychique en évoquant que « le précurseur du miroir est le visage de la mère. » (1971, p. 203) Lorsque le bébé se tourne vers le visage de celle-ci, ce qu'exprime ce visage est le reflet direct de ce qu'elle voit, le bébé (Winnicott, 1971). Par-là, il a donc accès à sa propre expérience du monde et quand l'enfant est appelé à se voir dans le miroir, il se trouve réassuré de cette image, car celle-ci évoque la présence de la mère pour ensuite être en rapport avec elle. « Quand je regarde, on me voit, donc j'existe. Je peux alors me permettre de regarder et de voir. Je regarde alors créativement et, ce que j'aperçois

(*aperception*), je le perçois également » (Winnicott, 1971, p. 209). Voilà ce qui, pour le parent en situation de précarité, ouvre sur la possibilité d'aller puiser, dans le regard de l'autre, l'expérience démythifiée de ce monde découvrable uniquement par l'entremise d'une sécurité relationnelle propre aux premiers temps de la vie.

Dans le cas où l'expérience du miroir se passe de médiations langagières, offertes par l'adulte qui accompagne l'enfant, ce dernier risque donc la confusion (Dolto, 1984) comme ce qui semble être le cas dans le brouillard relationnel propre à la pratique clinique auprès des parents dits précaires. Ceci amène souvent le professionnel à ne pas être en mesure de voir toute la complexité de ce qui se déroule dans le quotidien des interventions. En effet, le miroir seul ne suffit pas à traverser cette expérience du miroir. Dolto (1984) dira : « rien ne sert si le sujet est confronté en fait au manque d'un miroir de son être dans l'autre. » (p. 148) En effet, tout comme pour le parent en situation de précarité, il n'est pas envisageable de penser que l'autre puisse se construire en ne s'apercevant pas dans le regard de l'autre qui le perçoit dans le miroir. Pour être symbolisant, la vue du miroir, ou de l'autre qui le regarde dans le miroir, doit le renvoyer à la reconnaissance de son propre corps et à la possibilité de se reconnaître comme sujet.

Ainsi, ce n'est plus la perception, mais la médiation de l'Autre qui confère son image au sujet. En même temps, en se retournant vers la mère, il a saisi dans son regard que cette image de lui représente quelque chose pour elle sans savoir quoi. C'est un x, une énigme, une marque de l'investissement libidinal de l'image du corps dont la modalité demeure énigmatique, quelque chose qui tient à l'inconnu du désir de la mère, mais lui donne sa valeur phallique qu'il reviendra au sujet d'assumer au temps suivant (Vanier, A., 2012, p. 41).

Pour l'enfant comme pour le parent, la marque de cette énigme d'un savoir, qui le concerne en quelque sorte, le porte à investir ce qui est porté hors de la relation à l'adulte qui l'accompagne. Cette image scopique n'arrive donc à prendre sens, en tant

qu'expérience vivante et énigme à investir, qu'en présence d'une personne pour qui son image du corps et son schéma corporel sont perçus comme étant en cohérence, et ce, dans un même temps où l'enfant reconnaît cette même personne dans le miroir en tant qu'image scopique.

Il voit dédoubler au miroir ce qu'il perçoit d'elle près de lui, et peut alors avaliser l'image scopique comme la sienne, celle de l'autre. Il se découvre alors sous la forme d'un bébé tel qu'il en voit d'autres, alors que, jusqu'à présent, son seul miroir était l'autre avec qui il était en communication (Dolto, 1984, p. 151).

Tout cela pouvait lui faire croire qu'il était cet autre sans qu'il sache ou conçoive vraiment que celui-ci avait une image scopique, et lui pareillement. « C'est l'expérience du miroir seulement qui donne à l'enfant le choc de saisir que son image du corps ne suffisait pas à répondre pour les autres de son être connu. Qu'elle n'est donc pas totale » (Dolto, 1984, p. 151). Cette blessure irrémédiable et irréparable est un dommage narcissique, un trou symbolique pour tout sujet, comme le nommera Dolto (1984), et incombe à celui-ci un détour inévitable vers l'autre. La pratique auprès des parents en situation de précarité révèle un sujet au bord de ce qui, habituellement, permet de construire autour du manque et définit le désir du sujet. Cette construction inachevée le mène inévitablement à rejouer dans la relation soignante ce qui, de ce choc dont parle Dolto (1984), ne semble pas avoir pu émerger en termes de désir de se tourner vers l'autre.

Dolto (1984) rappelle que « l'image du corps s'élabore comme un réseau de sécurité langagière avec la mère » (p. 150). Ce réseau personnalise les diverses expériences, mais ne parvient pas, à lui seul, à individualiser le sujet quant à son propre corps. « Cette liaison du sujet au corps se fait par l'élaboration d'un narcissisme pré-moïque, garant à la fois, pour le sujet, de son existence et de sa relation continue à son corps, à travers une éthique qui pérennise la sécurisation après l'épreuve anxiogène qu'est

toute castration » (Dolto, 1984, p. 150). [...] Ce qu'il est important de retenir est que la notion d'individuation propre au narcissisme pré-moïque résulte quant à elle de l'expérience du miroir puisque celle-ci y ajoute l'apparence d'un autre qui reste inconnu. Cette image scopique vient alors se superposer à l'expérience, qu'il a déjà faite, du croisement de son schéma corporel avec son image du corps inconsciente (Dolto, 1984). Le sujet prend donc conscience, dans son par rapport à l'autre, qu'il n'arrive à être lui-même que dans son image inconsciente du corps. De là, il parvient à discriminer la distinction entre une rencontre dans l'absence ou dans la présence ainsi qu'entre ce qui vient de son monde interne, du fantasme, et de la réalité extérieure. Formulé autrement, « le miroir permet à l'enfant de s'observer comme s'il était un autre qu'il ne rencontre jamais. Il " se " voit, mais tout son désir de communiquer avec un autre est là frustré. » (Dolto, 1984, p. 152) Comme il n'est plus dès l'or possible d'échanger par l'entremise d'une proximité évacuant la différenciation, la douleur de la perte se fait sentir ainsi que la nécessité constante de se tourner vers l'autre pour retrouver ce qui demeure pourtant à jamais perdu. Ce dur constat ne demeure au service de l'assomption du sujet que s'il est second à la médiation langagière face à l'expérience du miroir. La grande proximité énoncée par les professionnels interrogés, dans le cadre des échanges avec les parents en situation de précarité, révèle combien il apparaît complexe pour ceux-ci d'entrer en communication avec eux tout en demeurant à deux, qui permet la différenciation, un peu comme si s'instaurait une sorte de portage, comme le rapporte Aimé, qui peut se transformer en crainte de fusion comme c'est le cas pour Camille. Ce trop près, allié à une spontanéité que certains participants qualifient d'authenticité voire de manque de filtre, amorcé de manière précipitée, confère une valeur d'indifférenciation et semble dénoter une impossibilité pour le parent de se voir comme différencié et pouvant affronter cela comme un manque à combler. Ce qui paraît donc être du manque est vécu sous l'emprise de l'angoisse, entraînant, de ce fait, une confusion qui se fait sentir dans la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité et invite parfois au glissement vers un investissement massif qui se voit souvent rompu par des

ruptures brutales de la part des professionnels comme des parents, comprises telle une tentative de différenciation.

La structure institutionnelle, donnant place à une temporalité linéaire, exige que la souffrance du parent s'inscrive dans un temps donné, entraîne pour ces parents des démonstrations, telles des ruptures du lien, des refus d'interventions et des absences au rendez-vous, signifiant aux professionnels son incapacité à faire avec ce temps prédéterminé pour composer avec cette castration propre à la rencontre. Le parent semble réclamer de « faire couple » (Aimé), un certain temps, tout en étant très à distance par moment, considérant ces mouvements comme une amorce relationnelle, se voir en l'autre pour se découvrir à petits pas. De plus, l'absence de mot disponible pour énoncer ce qui sous-tend ces allers-retours permet de penser que les mots ont manqué, jadis, dans l'histoire relationnelle de ces parents comme pouvant être porteurs de sens aux moments convenus et que ces expériences restent au-devant de la scène se risquant à de nouvelles tentatives portées par la confusion. Peut-être qu'en se rapprochant ainsi, les parents en situation de précarité tentent de revenir à ces premières expériences relationnelles de soins et manifestent au professionnel cette nécessité de trouver écho dans un regard nouveau et disposé à leur refléter une image à apprivoiser?

Également, ce qui paraît intéressant pour penser la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité réside dans l'organisation qu'aura à faire le sujet dans le cas où la découverte du miroir ne permet pas qu'advienne ce rapport du sujet avec sa propre image. Dans ce cas de figure, qui apparaît faire résonance à l'expérience des professionnels qui pratiquent auprès de ces parents, le bébé comprend rapidement qu'il se doit d'appréhender ce qui vient en se disant qu'il vaut mieux oublier l'humeur de l'adulte qui lui prodigue ses soins. « Mais dès le moment où le visage de la mère se fige ou que son humeur s'affirme, alors ses propres besoins s'effacent, sinon ce qu'il y a de central en lui sera atteint » (Winnicott, 1971, p. 205).

Winnicott (1971) mentionne que l'instauration de cette faculté, instaurée avant temps, force le bébé à décoder l'environnement bien au-delà de ses propres capacités, préservant ainsi ce sentiment de continuité d'existence. De ce fait, le miroir devient un objet dans lequel l'enfant n'a pas à se regarder parce qu'il n'y trouve pas de réponse à sa mesure. Il s'en détourne donc. Ce phénomène peut être mis en parallèle avec ce qui se déroule dans l'offre de soin aux parents en situation de précarité. Du fait de sa profonde inadéquation avec les enjeux psychiques de ces parents, ces interventions préétablies par l'institution et vécues comme étant contraignantes par les professionnels éveillent sans doute quelque chose de cette impossibilité à voir l'autre comme pouvant être disposé à le recevoir, ce qui vient nourrir cette méfiance envers l'objet se proposant comme secourable.

Lorsque l'environnement a accompagné suffisamment bien l'enfant dans l'expérience du miroir, la rencontre devient alors possible et la perception de son image dans le miroir devient pour lui une expérience concomitante de sa présence. « Mais une expérience uniquement scopique, sans réponse, sans communication » (Dolto, 1984, p. 152), c'est-à-dire l'image seule, devient aliénante s'il n'y a pas dans l'espace une personne connue qui, face au miroir, lui signifie que ces mêmes curieuses conditions de réflexion sont aussi vécues par d'autres.

En effet, comme le souligne Winter (2006), on ne se connaît jamais vraiment totalement. « Or comme sujet je ne peux que me méconnaître et me surprendre exactement comme je peux me surprendre et en être effrayé quand, passant dans la rue, tout d'un coup, je suis horrifié en me disant : " Qui est ce type ? " sans avoir vu qu'il y avait un miroir et que c'était moi » (Winter, 2006, p. 224). Cette absence de connaissance totale sur soi est une déconvenue pour le sujet qui se loge quelque part dans le désir toujours renouvelé pour le monde extérieur, culturel et relationnel. Déconvenue que le sujet arrive à tolérer aussi, car il sait qu'il peut retrouver temporairement, dans la relation à l'autre, ce qui lui apparaît comme manquant, ce

qui n'est pas le cas quant l'expérience scopique fût défaillante, ce que nous pourrions supposer au sujet de ces parents qui semblent si difficiles à atteindre et n'arrivent pas à penser l'autre comme pouvant se positionner dans ce lieu de reconnaissance où ils feront l'expérience de leur propre image.

Dans le développement psychique de l'enfant, l'idée est d'amener ce dernier à accéder à son propre soi, disposition qu'il pourrait être intéressant de proposer aux parents en situation de précarité de par une écoute singulière. Tout cela dans l'idée que le parent arrive à se sentir capable d'exister ainsi qu'à se sentir réel, ce qui est bien plus qu'exister. Il s'agit donc de trouver un moyen d'exister soi-même, « se relier aux objets en tant que soi-même et pour avoir un soi où se réfugier afin de se détendre » (Winnicott, 1971, p. 213). Précisant qu'il ne s'agit pas d'une tâche facile à faire, Winnicott (1971) souligne combien elle peut être affectivement épuisante, mais « même si les patients ne guérissent pas [, disait-il,] ils nous sont reconnaissants de les voir tel qu'ils sont » (Winnicott, 1971, p. 213). Effectivement, cette disposition à l'autre et cette tolérance aux manifestations singulières de la souffrance, le temps qu'émerge le sujet, peuvent paraître simples, mais elle exige, dans le cadre de la pratique auprès des parents en situation de précarité, un travail qui demeure parfois trop souvent dans l'ombre. Cette écoute du sujet en perpétuelle construction demeure trop souvent, aux yeux de l'institution, un travail clinique n'étant pas reçu comme une tel, mais souvent interprété comme une incapacité du parent à se soigner dûment tout en bénéficiant judicieusement du professionnel qui se rend disponible à lui le temps du soin.

6.2. Une éthique du singulier : à la rencontre d'une précarité fondamentale

Une frontière invitant inlassablement à la fluidité (Hentsch, 2006)

Réfléchir à la limite dans le cadre de la pratique clinique de la précarité est, sans contredit, un détour pour qu'émerge l'exploration singulière de ce qui se déroule dans les multiples aspects de cette pratique clinique. La réflexion sur la pratique est un exercice complexe venant parfois à être évacué du processus de mise en place de plan d'interventions puisque, comme le fait remarquer Hentsch (2006) : « penser la frontière c'est voir se dessiner une ligne dans notre tête. Mais nous préférons que la géographie s'en charge. [...] Toute limite physiquement repérable dispense d'interroger son fondement imaginaire et empêche de penser sa mouvance » (p. 19). Marquer un temps d'arrêt et se risquer à remettre en question le déjà construit met le sujet devant ce qui, de cette limite apparaissant immuable par son caractère constant, stable et préétabli, nourrit l'illusion d'un soin tout-puissant qui fait advenir une imperméabilité devant la singularité des familles précaires qui se présentent en milieu institutionnel.

La limite n'est pas clôture et l'absence de limite ne rend pas libre. L'excès n'est pas liberté. En soi, la limite n'exclut pas. Et toute exclusion n'est pas forcément mauvaise. Alors que le besoin de tout inclure – ce besoin malade de réduire toute étrangeté au connu – mène aux exclusions les plus radicales. La frontière n'est fermeture qu'irréfléchie. Ce qui ferme, c'est le refus de penser. Refus ou paresse, peu importe : prison de l'imaginaire, où je suis à la fois prisonnier et gardien (Hentsch, 2006, p.40).

Advient donc une impossibilité de penser les parents précaires dans le cadre d'un travail institué, terme emprunté au latin *instituere* « placer dans », « établir », « fonder », « organiser (un état) » et désignant en 1219 « établir d'une manière durable

» ainsi qu'en 1350 « établir officiellement dans une fonction » (Dictionnaire historique de la langue française, 2006). Historique du mot qui remémore la volonté institutionnelle de baliser le soin en le spécifiant comme immuable, précis et ayant un mode de fondement bien établi, renvoyant à une efficacité attendue ainsi qu'à une certaine rentabilité. Plusieurs professionnels confrontés à une pratique encadrée de la sorte se retrouvent en situation de transgression, voire de précarité, face à l'institution dans laquelle ils s'inscrivent, en marge *de* ou *dans* l'institution, pour tenter de dessiner un accompagnement singulier en lien avec la nature de la souffrance que les parents en situation de précarité donnent à voir le temps d'un passage dans leur service.

La porosité des limites de cette pratique, où il semble régner une spontanéité propre au premier temps de la vie, exige de traverser à deux, comme s'il fallait à la fois tolérer de « faire couple » (Aimé) et d'être mise à distance le temps que ces familles se perçoivent, à leur tour, comme pouvant se concevoir comme celles qui prodigue des soins à leur enfant. Survivre devant l'urgence de cette souffrance peu formulée des parents en situation de précarité de par leur modalité relationnelle, pour voir émerger chez ceux-ci cette « rigueur maternelle » dont parle Winnicott (1958) et cette sollicitude face à l'autre dont ils prennent soin, soit leur propre enfant. Bref, faire la découverte d'un soin à l'autre. Cela passe donc par la sollicitude tantôt suffisamment donnée et, tantôt, suffisamment intériorisée, ce qui est tout aussi vrai pour le professionnel en rapport avec son institution.

De ce fait, il pourrait être intéressant de concevoir la fonction de l'institution, dans le cadre d'une pratique clinique traitant avec l'indéchiffrable, comme porteuse de ce soin prodigué par les professionnels aux parents. L'institution se ferait un tiers structurant pour le professionnel qui tente de construire avec souplesse une disposition à la mesure du soin nécessaire, et ce, selon la singularité de chaque parent. Il s'agit là d'un risque à prendre, à chaque rencontre avec une nouvelle famille, pour

entendre le non-formulé qui s'articule par la voie du corps, risque qui peut être pris de manière répétée uniquement si l'institution agit en termes de fonction contenante face aux professionnels qui pratiquent auprès des parents en situation de précarité. En effet, comme Hentsch (2006) le précise : « là où nulle mesure n'est prise, l'extrême est impensable, invivable » (p. 47). La structure institutionnelle est donc conçue ici comme pouvant agir en termes de tiers en étant plus souple pour permettre que le professionnel s'engage auprès du parent en situation de précarité en résonance avec la compréhension clinique dégagée par ceux qui les reçoivent. Dans le meilleur des cas, cela se fait toujours en lien avec l'institution qui serait, à ce moment-ci, garante d'une structure demeurant au service de la pratique clinique. Elle laisse ainsi de côté « ce compartimentage [qui] sert souvent de fortification au spécialiste, elle le fortifie dans la valeur de sa propre expertise » (Hentsch, 2006, p. 58).

La souffrance de ces parents en situation de précarité s'adresse à l'autre avant de s'affirmer à elle-même, ce qui fait qu'il est possible de penser que le professionnel est sollicité bien au-delà de ce qui est attendu de lui par l'institution qui lui suppose un certain travail et un certain savoir d'expert. Toutefois, il est interpellé en deçà d'un cumul de savoir-faire, et ce, dans ce qui le constitue comme être ayant, tout comme pour le parent en situation de précarité, cette part de lui-même restée précaire de par sa constitution même de sujet, propre à la condition humaine. Les résonances à cette précarité fondamentale conduisent le professionnel à dégager une compréhension de ces parents à même cette expérience, ainsi qu'à développer un savoir clinique singulier face à cette précarité qui ne trouve pas de définition faisant consensus. Cette construction théorique devrait cependant être marquée par le sceau du manque et de la limite du savoir, obligeant un détour sans cesse renouvelé vers l'autre pour définir les contours du soin : les collègues, les théories, les parents concernés et bien d'autres. L'autre signerait donc, à la fois la limite du personnel, la limite au risque de la jouissance dans une telle pratique clinique, mais aussi une limite de l'idée d'un savoir fini sur une pratique clinique restant au cœur même de l'indéchiffrable. « Un

monde sans frontières est une forêt sans chemins, un désert sans dunes, une mer sans rivages. Pas plus imaginable qu'un tableau sans contours » (Hentsch, 2006, p. 38).

Après avoir mis en relief ce qui, de la limite des professionnels, recèle des indices pour la construction du dispositif de soin à l'intérieur même de l'institution, il émerge une question importante quant à la possibilité qu'ont ces parents en situation de précarité d'investir ces services comme pouvant leur apporter le soin nécessaire. Quelle est la limite de ces parents en lien avec une offre quelconque de soin, aussi ajustée soit-elle ? Quel espoir peuvent entretenir les professionnels et l'institution devant le caractère insondable de la souffrance de ces parents ?

Pour des raisons qui sont les leurs, certains parents semblent préférer que l'enfant leur reste appendu comme lieu de souffrance, de jouissance, et n'acceptent pas la consultation proposée. Ils leur barrent ainsi l'accès au statut de sujet. Il ne reste plus alors à l'analyste que d'aider les soignants à concevoir l'intérêt du respect des résistances, conscientes ou inconscientes, de certains parents. Il faut faire entendre aux professionnels de l'équipe obstétrico-pédiatrique que l'hospitalisation en maternité n'est pas toujours le lieu où doit être proposée une réponse à une demande, et que ce qui peut apparaître comme une demande ne l'est pas forcément (Szejer, 2006, p. 120).

Dans certains cas, malgré ce que ces parents arrivent à dire ou à démontrer de leur souffrance, aucune brèche n'est ouverte pour que se crée un espace de soin protégé des résistances tentant d'annuler toute tentative de travail. À ce moment, le professionnel doit pouvoir entendre quelque chose de cette incapacité du parent pour ne pas lui faire violence ou même se risquer d'agir une violence déjà perpétuée dans l'histoire relationnelle antérieure du parent et qui se réveille au contact du soignant, de l'institution ou de l'organisation. Entendre cette limite du soin, pas seulement du côté du professionnel, à ce temps donné, mais aussi du côté du parent pouvant le prendre et le préserver comme étant bon pour lui, le temps qu'il arrive à le faire par lui-même.

L'image que se fait le nourrisson du monde extérieur au self est en grande partie basée sur le dessin de la réalité intérieure personnelle, et il faut noter que par ses attentes positives et négatives, il modifie dans une certaine mesure le comportement de l'environnement à son égard. » (Winnicott, 1958, p. 317)

Conséquemment, comme c'est le cas chez le nourrisson, la haine que le parent dépose dans le lien vient modifier la réponse du professionnel et c'est bien pour cela qu'existe une telle intensité contre-transférentielle. Évoquée par nos données et différents auteurs, elle se fait sentir dans la pratique clinique. Il y a là un espoir à nourrir, qui permet de survivre (Winnicott, 1971) comme professionnel, sans demander plus que ce que le parent ne peut mettre en place. Ainsi, entendre ce phénomène, la haine, comme la manifestation d'un soin à créer de toutes pièces nourrit l'espoir du professionnel de préserver le sentiment de continuité d'existence du parent dans le lien.

La difficulté première de la psychanalyse n'est pas de chercher à connaître l'inconscient, impossibilité absolue, mais bien de vouloir piéger le balbutiement qui s'en échappe. On se heurte à l'inconscient sans le savoir, l'inconscient frappe à une porte dont nous ignorons l'existence. Freud est tour à tour admiré et détesté de nous avoir réveillés à ces coups frappés d'une « autre scène », à ces pulsions qui nous travaillent sur un autre théâtre. Mais son mérite propre, celui qui prête le plus à discussion, c'est d'avoir voulu planter des poteaux indicateurs précis sur la frontière invisible qui nous divise, c'est d'avoir cru pouvoir établir un relevé de cette zone indécise où se côtoient les deux mondes qui nous habitent (Hentsch, 2006, p. 61).

Certes, constater ces enjeux inconscients se déroulant sur la scène d'une temporalité institutionnelle et linéaire préoccupée à livrer des soins dans un temps donné, tranche la radicale limite entre le désir de certains professionnels de recevoir les parents en situation de précarité et les limites institutionnelles quant à la mise en place de services. Le désir de soigner se restreint donc à ce qui est autorisé ou toléré par

l'institution, comme la marge qui est investie par certains comme un lieu où la rencontre est encore possible ainsi que l'écoute de cette zone indéfinie qui, comme le souligne Hentsch (2006), marque la frontière invisible qui nous divise. Le désir de soigner doit venir de surcroît ou, enfin, dans un deuxième temps se succédant à celui d'avoir le souci de penser les parents en situation de précarité en tant que sujet, de les recevoir. Sujet avec lequel il faut d'abord penser entrer en lien avant de mettre en place des stratégies visant à le voir aller « mieux » dans un souci supposé bienveillant considérant que, selon un vieil adage, le mieux est l'ennemi du bien. D'ailleurs, est-ce possible de savoir ce qui rend l'autre heureux, ce qui est bien pour l'autre? Est-ce réellement le travail du soignant que de réfléchir à ce qui est bien ou pas concernant le bonheur de ces parents? Comment prétendre à la bienveillance dans les rapports de soin? Comment ceux-ci arrivent-ils à être dégagés des préoccupations institutionnelles, par ailleurs, tout à fait justifiables? Serait-ce possible de parler davantage en termes de disposition plutôt que de services?

Recevoir l'autre : une éthique

Il faut admettre que « la réflexion sur la limite paraît sans force contre la démesure de notre temps » (Hentsch, 2006, p.). Dans cette clinique de la précarité, le professionnel est sans cesse ramené et confronté à sa propre précarité de sujet, mais aussi à une limite difficilement tolérable à une époque où l'expertise se fait reine du savoir, et ce, même en sciences humaines. Hentsch (2006) ajoute :

L'éthique de la limite – l'éthique du manque – manque à notre temps, elle manque à la civilisation qui le domine encore. Je parle de la civilisation que nous englobons et délimitons sous le nom d'Occident. À laquelle nous adhérons le plus souvent sans réfléchir. Nous, Occident, savons qui nous

sommes. Nous sommes à la fois l'aboutissement et la frontière en marche, le monde en puissance, le bras droit de l'Histoire, la fille aînée de la découverte et de la science. La contestation interne de notre propre hégémonie participe elle-même du mouvement novateur qui nous pousse en avant, nous les porteurs du monde. Nous sommes comme Œdipe avant la chute, rois et maîtres. Sans limites. Aveugles. Aveugles à notre aveuglement. Là où il n'y a pas de limite, on ne voit rien. À commencer par la place qu'on occupe » (p. 14).

Cette éthique du manque décrite par Hentsch (2006) a des échos immanquablement percutants avec l'éthique que décrit Lacan comme étant un principe fondateur de la clinique en psychanalyse, ce qui, pour lui, la distingue sans précédent avec toute forme de psychothérapie. Il met le sujet singulier et unique comme fondement même de la clinique, constituée par sa référence au désir du sujet qui lui échappe toujours radicalement. L'éthique est à entendre aussi bien comme un refus de renoncer à toute liberté devant son désir ainsi que comme un mouvement qui tend à le réaliser, alors même qu'il s'avère impossible de le concrétiser. Une telle réalisation « ne contribuait en rien au principe de plaisir et avait donc plutôt tout d'un devoir » (Abelhauser, 2006, p. 305).

Si l'expérience analytique nous apprend quelque chose, c'est que la représentation de soi est à la fois très nécessaire, vitale, et toujours fautive, toujours incomplète, toujours à reprendre. Ce n'est pas parce qu'Œdipe se découvre autre qu'il perd toute son identité, cette découverte l'oblige plutôt à se reconstituer sur de nouvelles bases. Mais ces bases seront toujours fragiles et virtuellement provisoires; l'exploration aux franges de l'inconscient, par définition interminable, reste constamment ouverte. L'inconscient, est insondable, mais sa frontière mobile. L'inconscient est irréductible, mais le conscient expansible. Le sentiment d'identité est indispensable, mais sa forme mouvante. La psychanalyse introduit à une éthique, que j'aimerais appeler « éthique de la frontière » ou « cinéthique », de ce qu'elle est en mouvement. Elle abolit la fixité du moi (Hentsch, 2006, p. 66).

L'éthique, vue sous cet angle, concède bien des vertus à la fluidité d'un savoir toujours curieux devant l'impossible, offrant des bribes de compréhension à même le contenu resté apparemment intouchable. La pratique auprès des parents en situation de précarité met en exergue ce qui de cet impossible à traiter doit être investi pour que se construisent des théories toujours ébranlables dans leur rapport et apport à la clinique qui les concerne. Il y a donc là une mise à distance face aux connaissances pouvant être cumulées et accumulées servant de théories déjà-là, dans le but de réfréner une certaine supposition du tout-compris ayant préséance sur la voie de la clinique.

À ce propos, Abelhauser (2006) rappelle un conseil que Lacan prodiguait à ses analystes lors d'un séminaire portant sur les écrits de Freud : « gardez-vous de comprendre, de vouloir comprendre, et de comprendre trop, et trop vite. C'est là exactement le contraire de ce à quoi votre rôle d'analyste doit vous amener » (Abelhauser, 2006, p. 304). Même si les contraintes administratives et financières pèsent, il y a là un travail de ralentissement des procédés qui doit accorder une valeur à la parole de ces parents en situation de précarité et qui ne peut s'énoncer ainsi que s'élaborer dans un temps introduisant une mesure arythmique.

Entre théorie et pratique, la clinique se définit en somme par l'exigence – éthique - dont elle relève : sauver le singulier, éprouver la théorie et réveiller la pratique - c'est-à-dire interdire à l'une de virer au dogme et à l'autre de verser à l'habitude. Est alors, dans cette mesure, clinique analytique celle qui se particularise simplement d'interroger théorie et pratique analytiques, au plus près de la parole de chaque analysant (Abelhauser, 2006, p. 306).

Tout en accordant une valeur au travail des constructions précédentes, les théories servent à poursuivre une réflexion préservant le sujet au centre de ce qui vitalise autant la clinique que la poursuite et la reconstruction de tout nouvel apport à la théorie. Reprendre, à chaque rencontre clinique, ce qui apparaît comme étant une supposition autre que celle du sujet sur lui-même.

La précarité du sujet : l'exigence d'un perpétuel recommencement

La métaphore de la fleur utilisée par Dolto (1984), afin d'imager l'importance des expériences répétées de castrations ayant lieu au cours du développement de l'enfant pour permettre les diverses mutations du désir du sujet, rappelle combien la constitution du sujet n'arrive jamais à une consolidation finale marquant la fin du processus de subjectivation. La pratique clinique auprès des parents en situation de précarité trace à grand trait ce qui, de la précarité fondamentale du sujet, dans sa constitution, passe parfois sous silence dans la pratique dite plus classique. Comme il est impossible de savoir d'emblée où se situe le sujet parce qu'il n'apparaît pas de façon continue (Winter, 2006), il reste à entendre là où il se laisse entrevoir, comme c'est le cas pour chacun et en particulier chez les parents en situation de précarité : entre les mots, dans les ratés, dans les actes manqués, dans les manifestations de souffrance, dans les discontinuités, dans les ruptures et dans les marges. « C'est bel et bien parce que le sujet apparaît par éclipse pour la raison qu'il se présente à nous comme une déduction, comme un effet et quelquefois comme le produit d'un déchiffrage » (Winter, 2006, p. 224).

Le sujet se répète à lui-même ce avec quoi il n'arrive pas à composer. Freud conceptualise ce phénomène sous le nom de compulsion de répétition (Freud, 1920). Toutefois, dans le cadre de la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité, il semble enrichissant de jeter un regard sur ce que De M'Uzan (1970) a élaboré en opposant la répétition du même et celle de l'identique, distinguant ici deux registres bien différents de la répétition.

Opposition artificielle seulement en apparence, car le dictionnaire déjà ménage une distinction entre l'un des sens de " même", lui conférant la valeur d'une identité approximative de l'ordre de la similitude ou de la ressemblance, tandis que " identique " a trait à des objets parfaitement semblables et constituerait même, dit Le Robert, une sorte de superlatif du semblable (p. 26).

Du côté de la répétition du même se situe le registre de la névrose : organisation de l'histoire du sujet sous forme de récit prenant naissance dans les élaborations successives du passé. Ces réécritures intérieures font en sorte que le sujet fait à la fois la même chose et quelque chose de tout autre (De M'Uzan, 1970). Au service d'abord d'une temporisation,

c'est comme si les événements réels, une fois traversés, cédaient en importance au récit intérieur qui en est fait et refait. À partir de là, et tout au long de la plus grande partie de son existence, le sujet continue d'élaborer au jour le jour son passé, c'est-à-dire le précédent de vérité pour les temps à venir (De M'Uzan, 1970, p. 29).

D'un autre côté existe la répétition de l'identique où l'élaboration du sujet est défailante, car les répétitions persèverent en empruntant toujours les mêmes directions lors de tentatives d'élaboration. Cette répétition de l'identique est imitative, car la caractéristique « des activités perçues chez l'objet est englobée pour être ensuite fidèlement reproduite » (M'Uzan, M, 1970, p. 32). Leurs expressions sont souvent au plus près de la sensori-motricité et paraissent sans détour. Déjà, cette définition de la répétition rappelle avec cette distinction ce qui de la souffrance des parents précaires reste sans mot, se logeant donc autre part dans le corps et prenant forme dans une spontanéité, voire dans l'urgence.

Selon De M'Uzan (1970), tout porte à croire qu'une expérience de décharge advient lorsque l'économie domine, une sorte de remise au point zéro. L'effet de cette décharge se traduit régulièrement par une sorte d'épuisement. Un Ça dénudé ainsi

qu'une réalité sensible qui recèle des frontières demeurées incertaines, entre l'intérieur et l'extérieur. Cette tendance à la décharge permettant l'évacuation de l'angoisse empêche de reconstruire avec le professionnel ce récit qui pourrait dégager ce qui, de l'histoire du sujet, fait retour pour exprimer le jeu du désir. Décharge qui, chez le parent précaire, s'actualise dans les multiples ruptures du lien et donc dans la mise en échec de l'offre de soin.

Au reste, la question se pose même de savoir ce qu'il peut subsister d'énergies disponibles pour maintenir ou engager un investissement de telles représentations propres à s'agréger dans l'élaboration d'un désir (M'Uzan, M, 1970, p. 34).

Ce besoin non constitué en tant que désir, est inlassablement identique de par son indifférenciation et vient court-circuiter la mémoire, empêchant de par le fait même, de se raconter sa propre histoire tel un récit.

On peut y reconnaître une étrange identité du ton de la voix, des inflexions ; on y découvre des stéréotypes verbaux, des tics de langage, voire l'utilisation d'un style direct strictement reproductif et donnant le sentiment d'une disposition permanente chez le sujet à permuter topiquement sa place avec celle de l'objet (M'Uzan, M, 1970, p. 30).

En raison de ces modalités et empêchements, le temps du soin peut devenir interminable : « émaillé d'acting directs, mécaniques, réduplicatifs, car toujours identiques et donnant le sentiment d'une répétition de la répétition » (M'Uzan, M, 1970, p. 30).

Poursuivant l'idée d'un travail progressif et graduel dans le cadre de la clinique de la précarité, comme à certains moments du développement du bébé, le sujet existe en

tant qu'objet total en relation avec des sujets considérés tout aussi totaux. Ce résultat est le fruit d'un travail graduel et progressif.

Parallèlement à la connaissance de l'objet total, apparaît le début du sentiment de dépendance et donc le début du besoin d'indépendance. Le fait que l'enfant perçoit que sa mère est apte à le soutenir alors qu'il dépend d'elle favorise en lui la formation d'une aptitude du même ordre (Winnicott, 1958, p. 319).

En l'absence de la mère, la garder vivante exige de l'enfant d'avoir procédé au passage de la dépendance vers l'état d'indépendance. Il a donc fait, de prime abord, l'expérience de s'en remettre à elle pour se construire, de partager temporairement un espace physique et psychique. Winnicott (1958) remarque combien les mouvements vers l'indépendance sont graduels et parsemés de « réapparitions continuelles de dépendance et même de double dépendance » (p. 312), ce qui est extrêmement variable d'un enfant à l'autre ainsi que chez un même enfant. Ces régressions rappellent ces mouvements d'aller-retour propre à l'investissement des parents précaires face aux services ainsi qu'au professionnel qui l'incarne. « Il est normal qu'un certain degré d'indépendance soit atteint, puis perdu et regagné à plusieurs reprises, et souvent un nourrisson peut retourner à un état de dépendance après avoir été nettement indépendamment à un an » (Winnicott, 1958, p. 312).

Selon ce que l'enfant est appelé à traverser, il y a donc là des régressions qui seront au service du moi pour poursuivre ce chemin vers l'avant, soutenu par ce que Dolto énonce comme étant le désir de vivre et de grandir, force qu'elle attribue au bébé dès sa naissance (Krymko-Bleton, 2013) et que Winnicott (1958) nomme la « tendance innée du nourrisson à grandir » (p. 312). La mère est celle qui demeure plus apte que qui que ce soit, de par son dévouement presque naturel à cette cause qui la concerne et qu'elle investit sans rancœur. (Winnicott, 1958, p. 312). Comment faire pour accompagner le parent dans ces répétitions qui devraient pouvoir passer de

l'identique au même pour qu'il retrouve cette poussée vers la vie propre au désir de vivre?

CONCLUSION

Considérant le fait que la pratique auprès des parents en situation de précarité est souvent marquée de ruptures, de discontinuités ainsi que de la présence d'une haine dans le contre-transfert, entraînant un investissement professionnel souvent polarisé allant d'un engagement massif à un désinvestissement brutal, la question de l'échec de l'établissement d'un lien soignant s'est posée. De plus, l'absence de consensus, quant au terme de précarité, semble faire écho à la pluralité d'une telle pratique clinique qui ne saurait se définir par une seule et même technique. Devant la mouvance d'un tel phénomène, l'approfondissement d'une réflexion sur cette pratique clinique est encore à poursuivre, et ce, même au terme de ce projet de recherche doctorale. Explorer les aléas des diverses pratiques cliniques auprès des parents en situation de précarité, d'un point de vue psychanalytique, à partir du discours de professionnels de services sociaux et de santé mentale. De ce fait, a été dégagée, tout au long de celle-ci, une compréhension singulière des diverses pratiques cliniques évoquées par les six professionnels venant de milieux variés, participants qui ont généreusement accepté de rendre compte de leur pratique clinique. Le mouvement d'aller-retour entre la collecte et l'analyse des données, propre à la méthodologie de recherche qualitative, a permis de rendre possible l'élaboration d'une compréhension théorisante et singulière ayant comme point d'ancrage théorique la psychanalyse. Ce principe fondamental d'itérativité a ouvert sur cette imprévisibilité qui permet de soutenir le rythme des découvertes émergeant au contact des données (Paillé et Mucchielli, 2013; Guillemette et Luckerhoff, 2015). En ce

sens, le dénouement de cette recherche qualitative n'a pu être planifié ni comparé à une autre puisqu'il est unique à cette étude (Paillé et Mucchielli, 2013).

Les résultats de l'analyse qualitative ont été présentés en débutant par un portrait général des professionnels interrogés. Y étaient mis de l'avant, la définition que ceux-ci donnent à la notion de précarité ainsi que les modalités institutionnelles balisant leur pratique clinique, démontrant ainsi toute la richesse des divers positionnements quant au terme de précarité ainsi que dans la mise en place de services adressés aux parents en situation de précarité. Ensuite, à partir de l'analyse par catégories conceptualisantes, cinq éléments fondateurs ont émergé des pratiques cliniques évoquées par les professionnels. Dégageant ainsi toute la complexité des différentes pratiques cliniques évoquées par les professionnels, il a été possible de constater que tous s'entendent sur le fait qu'une distance est nécessaire afin de préserver un espace de réflexion sur ce qui, des pratiques préétablies dans un cadre institutionnel donné, émerge comme permettant le travail clinique ou le voit s'entraver de par un manque d'arrimage entre les enjeux psychiques des parents en situation de précarité et le soutien proposé. De ce fait, ce constat a ouvert sur l'idée que l'investissement des services offerts par les parents en situation de précarité évoquait celui des débuts de la vie psychique, ce qu'un des participants a imaginé sous le terme de temporalité circulaire, qu'il met en opposition avec le temps linéaire des pratiques cliniques. La présence auprès de ces parents en vient donc à être définie comme s'inscrivant dans une temporalité singulière, s'accordant à cet impératif d'une pratique de l'instantanéité. Évitant, de ce fait, le risque d'une coupure dans la relation soignante grâce à la malléabilité de la structure comme support à la rencontre, menant certains professionnels à pratiquer en marge *de* ou *dans* l'institution ou l'organisme pour lequel ils travaillent. L'établissement d'un lien soignant devient donc le cœur du travail clinique, délimitant ainsi les pourtours d'un soin supposé soignant. Afin de clore ce chapitre, la proposition d'une compréhension-théorisante a été élaborée dans le but de rendre compte du rapport qu'entretient cette pratique clinique aux multiples

visages avec les processus psychiques renvoyant à une souffrance dite primitive, comme le mentionne Mellier (2006) et faisant écho à cette précarité qui constitue le sujet comme tel, c'est-à-dire à une précarité dite constitutive (Furtos, 2008). Condition même du sujet face à la découverte de son existence propre ainsi qu'à celle du manque qui, à la fois, le déchire et le propulse vers ce désir demeurant à jamais intouchable, et ce, malgré les bribes que celui-ci laisse percevoir. Dans ce lien soignant, le professionnel est donc happé par la résonance de la précarité de ces parents à cette précarité fondamentale qui constitue tout sujet de par sa propre condition humaine. Au sein de la pratique clinique, cela se manifeste par la capacité à supporter l'attente dans une dialectique de la présence-absence. Ce temps devient donc une disposition afin que la rencontre du soin et du soignant soit possible. Cela peut se produire de par l'offre de l'illusion, concept développé par Winnicott (1951), qui permet l'avènement de l'objet trouvé/créé, ici l'objet de soin.

Lors de la mise en dialogue, il est précisé en quoi cette pratique clinique, qui apparaît plurielle dans le discours des participants, rappelle cette impossibilité voire cette violence, qui s'opère lorsqu'un modèle unique est appliqué, révélant une volonté de généralisation des pratiques cliniques, se voulant révélateur d'un caractère généralisable, et marqué par le sceau de la vérité. Faisant écho à ce qui se joue pour le très jeune enfant quant à la disposition de l'adulte qui lui prodigue les soins quotidiens, le professionnel s'ajuste ainsi au parent en situation de précarité, à la mesure de la découverte du monde par parcelle simplifiée, comme l'énonce Winnicott (1945). Cette résonance aux premiers temps de la vie a été abordée, dans ce chapitre, en laissant place aux éléments théoriques qui permettraient de réfléchir à un dispositif de soin qui pourrait leur être adressé. Or, il s'agissait là d'une tentative de dégager les éléments essentiels qui permettent de concevoir l'offre de soin comme un dispositif et non pas comme une offre de service avec des critères préétablis susceptibles d'entraver l'écoute de ce qui se présente de manière latente, à travers la « demande » de soin et le caractère instable et précaire de l'investissement de ces

parents. Se disposer à une écoute de l'inconscient réfère donc à la possibilité de dégager une compréhension singulière des enjeux psychiques et relationnels que les professionnels arrivent à entendre à partir de la difficulté qui caractérise cette pratique clinique lors de l'application des modèles préconisés par l'institution. Arrimer cette compréhension à un dispositif toujours renouvelé, à une éthique du singulier pour que puisse advenir une rencontre de la précarité fondamentale du sujet qui est mise en exergue chez ces parents en situation de précarité.

7.1 *Apport, ouverture et limites*

Les élaborations faites dans le cadre de ce projet de recherche doctorale mettent de l'avant ce travail silencieux, et oh combien éprouvant, que certains professionnels font actuellement en marge *de* ou *dans* l'institution afin de préserver l'espace de soin des parents en situation de précarité. Reconnaître cette lourdeur, qui vient à la fois de l'incapacité à mener à terme des interventions préétablies et de voir ces parents ne pas se sentir reçus, occasionne pour certains professionnels, une souffrance qui donne quelques indices au sujet de cette difficulté à recevoir ces parents dans un modèle préconçu ayant un souci d'efficacité thérapeutique dans un temps et un lieu donnés. Penser ce soin en termes de dispositif met de l'avant tout l'effort déjà mis en place par certains professionnels, afin de se rendre disponible à l'établissement d'un lien soignant, ce qui semble constituer le cœur du travail clinique, et non pas le point de départ afin d'accéder à une série d'ateliers s'appuyant sur cette capacité, déjà là chez d'autres familles, à recevoir des soins organisés de la sorte. Cela viendrait peut-être dégager le professionnel de ce poids d'une réussite prédéterminée du soin et ouvrirait davantage sur les fondements mêmes de ce que recèle l'écoute de l'autre, soit la disposition du professionnel à recourir à ce qui se produit au sein de la rencontre pour

ajuster le soin à la mesure de la souffrance qu'il rencontre chez ces familles. L'évolution du travail clinique pourrait alors être syntone à ce point de départ différent pour chaque famille rencontrée. Dans le cas de familles en situation de précarité, l'établissement d'un lien serait alors conçu comme une offre de soin en soi dont la finalité serait le début pour des familles pouvant bénéficier des ateliers préétablis et prédéfinis dans le temps.

Puisque nous sommes tous limités dans le temps, dans l'espace, ainsi que dans notre aptitude à comprendre le monde (Hentsch, 2006), cet exercice de réflexion, de conceptualisation et d'écriture par définition limitée et manquante, est posé sur le papier et est proposé au lecteur comme une tentative de préserver un espace de pensée pour réfléchir de manière singulière aux rouages de cette pratique clinique, c'est-à-dire à ses fondements. Processus réflexif ayant eu le souci d'arrimer à la fois les parents en situation de précarité, les constructions réflexives des professionnels sur leur pratique clinique de la précarité et le rapport qu'entretiennent les professionnels face à l'institution. Maintenir ces trois pôles en dialogue tout au long du processus d'élaboration a été un exercice complexe qui a permis de préserver chaque dimension de cette triade comme porteuse d'un discours sur la précarité manifestée dans le soin. Certes, cette disposition a aussi posé une limite comparativement à une compréhension plus pointue qui aurait pu se développer par l'entremise d'une analyse de discours des participants, cherchant à dégager le fonctionnement psychique des professionnels qui œuvrent auprès de ces parents. Donner un contour et une structure à un tel projet ne peut qu'en délimiter la portée et permettre, de par le fait même, de dégager un point de vue singulier sur les soins apportés à ces parents. Ce travail de recherche se définit donc comme inachevé, proposant la possibilité d'un nouvel abord de cette problématique par l'entremise, par exemple, d'une analyse institutionnelle ou des processus inconscients à l'œuvre dans les dynamiques relationnelles entre parents et professionnels.

Une écoute de ce qui se déroule dans cette pratique clinique, par les voies d'un savoir psychanalytique, a soutenu cette construction théorique et clinique en ayant, comme souci premier, de voir se dégager une compréhension toujours à reprendre et limitée de par sa singularité. D'abord clinique, l'ancrage de ce savoir s'est formulé à même l'énigme de ces souffrances restées sans mot pour les parents en situation de précarité. Ne désirant pas saisir l'expérience totale des parents en situation de précarité, des professionnels et de l'institution ainsi que de

Ce travail d'écriture, sans cesse confronté à l'indicible de la souffrance archaïque, a tenté de préserver un dialogue entre les parents en situation de précarité, les professionnels et l'institution dans lequel ces derniers pratiquent. Ne pas faire porter le malaise de cette pratique clinique à l'un d'entre eux afin que l'indéchiffrable s'exprime justement dans l'expérience de soin qui se loge quelque part entre ces trois parties. Comme toute recherche qualitative qui ne prétend à aucune vérité sur l'expérience de l'autre, il est apparu complexe de maintenir ce savoir suffisamment à distance pour que puisse se poursuivre, à chaque étape de la recherche, ce dialogue pensant avec les professionnels, les parents et l'institution.

Qui croit dans l'écrit tenir, aussi sûrement que la totalité des signes qu'il enferme, la vérité ou la beauté qu'il évoque ne tient qu'un leurre. Le lecteur ne lit vraiment que s'il se fait à son tour jardinier du texte et se met à sarcler les espaces que ce dernier a laissés en friche » (Hentsch, 2006, p. 25).

La posture de tiers chercheur se situe donc autour de la nécessité de mettre à jour des bribes d'un savoir toujours à entreprendre, d'un effort constant à consacrer au dégagement d'idées pouvant éclairer la pratique clinique de la précarité en faisant l'effort de faire un pas de côté, tout comme les professionnels, devant cette non-concordance des temps entre parent, professionnel et institution.

Puisque cette thèse ne concerne que six participants et que l'étudiante-chercheuse découvrait en cours de processus ce qu'exige la rédaction d'un tel ouvrage, il faut admettre la portée limitée de celle-ci de par son caractère singulier, mais aussi académique. En effet, la compréhension singulière dégagée tout au long de ce processus inductif ne peut donc être généralisée à l'ensemble des pratiques cliniques développées par l'ensemble des professionnels, des institutions et des organismes qui s'intéressent à la situation de précarité de certaines familles. Cette recherche ne peut donc être considérée comme étant reproductible selon les postulats théoriques de la méthode de recherche quantitative; elle se replace en effet dans le paradigme des méthodologies qualitatives. Toutefois, ce travail d'élaboration rend compte d'un réel travail de conceptualisation qui peut être porteur de réflexions quant à la pratique clinique auprès des parents en situation de précarité.

L'extrême de ces situations de précarité a amené une réflexion sur la fonction d'une jouissance sur la scène du social, laissant vide la place du manque structurant et constituant le sujet. Il s'agit là de ramener de l'avant l'idée que le non su se prononce ici, souvent, comme premier entendant dans la rencontre de l'autre. En même temps, être ou rester professionnel en situation extrême c'est peut-être aussi un exercice d'humanisation allant bien au-delà de ce que demande la position de professionnel. Pour penser ces parents et leur précarité, les questions émergent sans cesse et pour ce faire, il devient nécessaire de s'en remettre à l'autre : auteurs, cliniciens, superviseurs, etc. Ces parents sont dans une situation extrême, voire caricaturale, de précarité actuelle rappelant la précarité fondamentale et constitutive du sujet. Toutes ces découvertes agissent donc comme un révélateur d'une écoute du sujet inconscient toujours en perpétuel mouvement, délaissant ainsi l'illusion d'un savoir tout-puissant sur l'autre pour se situer davantage, comme professionnel, dans une supposition du sujet invitant celui-ci à se dévoiler face à cet autre sujet qui va à sa rencontre.

Le sens dont il est question ici, le sens que l'homme cherche dans son passé – dans ce que le passé a fait de lui et dans ce qu'il a fait à son tour de ces multiples passés accumulés dont il est fait-, ce sens n'est évidemment pas là tout cuit, donné une fois pour toutes, mais toujours à refaire, à retrouver (Hentsch, 2006, p.37).

Cette thèse aura donc permis de visiter une compréhension des pratiques cliniques offertes aux parents en situation de précarité et il reste donc plusieurs questionnements, ce qui apparaît comme étant le signe d'une réflexion entamée qui demande à se poursuivre sous des jours différents. Comme évoqué plus haut, peut-être serait-il intéressant de se pencher en profondeur sur les mécanismes à l'œuvre dans la structure institutionnelle pour mieux rendre compte ce qui a mené cet espace tiers à jouer un rôle plus contraignant que structurant. Pour ce faire, il pourrait être pertinent d'interroger les gestionnaires afin d'avoir une meilleure idée des processus sous-jacents à la mise en place d'un tel système de gestion dans l'institution ou de procéder à une analyse institutionnelle. En combinant des entretiens effectués auprès des gestionnaires, des professionnels et des parents en situation de précarité, il y aurait là une possibilité de mettre en dialogue au cœur, ces trois perspectives qui, à la lumière de cette recherche, n'arrivent pas à s'arrimer suffisamment dans la réalité pour mettre en place un service qui soit tout aussi arrimé aux familles précaires.

L'aménagement d'un dispositif d'écoute du sujet singulier peut paraître abstrait, voire susciter une crainte pour certaines institutions et certains professionnels, de perte de contrôle de ce qui balise les soins ainsi qu'une pratique préalablement définie. En même temps, il est juste de se demander si l'efficacité thérapeutique est une donnée propre à l'évaluation quantitative étant donné qu'elle peut se refléter bien au-delà de l'allègement des symptômes, mais avant tout dans la posture qu'occupe le sujet face à sa propre existence et face à celle de l'autre auquel il offre un lien soignant.

7.2 *Recommandations cliniques*

Comme le mentionne Furtos (2008), lorsque la souffrance s'exprime sur les lieux du social, c'est-à-dire la souffrance des professionnels qui pratiquent auprès des parents en situation de précarité, elle est à entendre comme un indice que quelque chose reste à réfléchir. Certes, cette thèse a souhaité donner lieu et place à la parole des professionnels œuvrant auprès de ces familles pour qu'advienne une compréhension suffisamment appuyée sur un socle expérientiel et théorique permettant de repenser les interventions préconisées par l'institution ou l'organisation. De l'écoute de cette souffrance a émergé un désir de se pencher sur cette pratique clinique aux multiples visages. De cela découle quelques recommandations cliniques évoquées au chapitre VI, intitulé *Mise en dialogue*, permettant ainsi de penser un peu autrement le soin psychique offert aux familles en situation de précarité. Puisque cette pratique clinique semble se situer là où le sujet se constitue, la perspective de supposition du sujet (Vanier, 2012) pourrait permettre aux professionnels de se disposer à une écoute du singulier là où la précarité semble laisser croire, de par ses manifestations qui mettent à l'épreuve le lien soignant en construction, qu'aucun sujet ne pourra se montrer soignant pour eux. S'appuyer sur l'idée que le sujet ne se manifeste pas toujours dans les lieux où on l'imagine, comme le rappelle Winter (2006), et qu'il se situe souvent là où nous ne l'appréhendons pas d'emblée, ouvre sur cette possibilité toujours renouvelée, que ces parents semblent réclamer, de repenser une offre de soin à l'image des enjeux psychiques de ces familles dites précaires. Cette disposition à rencontrer ces parents en situation de précarité s'appuie sur une éthique du singulier, lieu où les pourtours du soin à prodiguer ne peuvent se construire qu'à partir d'une réflexion émergeant de la rencontre entre le professionnel et le parent en situation de précarité. Il s'agit de mettre en place une position soignante qui ouvre sur la possibilité de découvrir, à travers la relation émergente, les attributs de l'objet

soignant ainsi que la possibilité pour ces parents de se reconnaître graduellement eux-mêmes comme pouvant être, à leur tour, une figure de soins pour leurs enfants. Pour ce faire, le professionnel est invité à revisiter la structure du soin préétabli, lieu de réflexion qui doit être soutenu par les institutions ou organisations, afin de recevoir ces parents en situation de précarité à la mesure de la souffrance qui les habite, en se gardant d'entendre les diverses manifestations de celle-ci comme un refus de soin. Bien évidemment, faire de cette compréhension singulière l'exigence d'un perpétuel recommencement renvoie à une grande malléabilité des pratiques préconisées par l'institution ainsi qu'une possibilité de dégager une liberté de pratique pour ces professionnels qui ont le désir de soutenir ces familles en situation de précarité. Tout cela peut réveiller chez les professionnels ce qui les constitue en tant que sujet, soit cette précarité fondamentale et constitutive de tout sujet. Bien évidemment, ces recommandations peuvent susciter de nouveaux questionnements quant à la mise en place de tels dispositifs de soins. Ceux-ci exigent, de la part de l'institution comme du professionnel, une position qui semble différente de ce qui est actuellement recommandé en termes de bonnes pratiques, mais cela est peut-être un détour inévitable face à la précarité des soins qui renvoie au constat d'une pratique clinique qui demeure en jachère. Cette disposition vient donc proposer de faire de cette précarité des soins une opportunité de reprendre une réflexion là où les manifestations de souffrance des professionnels laissent présager que bien des changements restent à penser, à proposer et à, éventuellement, mettre en place.

ANNEXE A : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Formulaire d'information et consentement :

Réflexion sur la pratique professionnelle auprès des parents en situation de précarité sociale : enjeux liés au soutien de la parentalité

Information sur le projet

Personnes responsables du projet :

Chercheuses responsables du projet : Raphaële Noël, PhD, psychologue et professeure à l'UQAM et Marie-Alexia Allard, PhD et psychologue au CPG

Étudiantes-chercheuses: Fabienne Martin, candidate au Psy.D, UQAM et Athénaïs

Bouche-Florin, étudiante à l'UQAM (programme périnatalité)

Programme d'études : Psychologie

Adresse courriel : maallard@cpgouin.ca , fabiennemartinquam@gmail.com,
athenais.bf@gmail.com

Direction de recherche :

Direction de recherche : Raphaële Noël, Ph.D, professeure

Département de psychologie

Faculté des études supérieures

Courriel : noel.raphaele@uqam.ca

Téléphone : 514 987 3000 poste 2190

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

But général du projet

Vous êtes invité à prendre part à ce projet visant à mieux comprendre les besoins des parents en situation de précarité et les services qui leur sont offerts. Dans un premier volet, nous avons consulté des professionnels œuvrant auprès de ces parents afin de mieux connaître leur modèle d'intervention et leur réflexion quant aux enjeux de ces parents et ce qu'ils ont pu mettre en place comme aide / soutien à cette population.. Pour ce faire, nous avons interrogé environ 6 professionnels de formations différentes (travailleur social, psychologue, psychoéducateur, pédopsychiatre, psychanalyste, infirmière) et issus de différents milieux de la santé et des services sociaux. Pour le deuxième volet de ce projet de recherche, nous allons maintenant favoriser une rencontre de groupe dirigée et supportée par une des chercheuses de l'équipe. Pendant ce *focus group*, les mêmes professionnels déjà interrogés dans le premier volet seront amenés à discuter avec les autres professionnels participants de cette recherche des enjeux de ses parents ainsi que de leur pratique. Cette recherche bénéficie du soutien financier du Centre de Psychologie Gouin (Montréal, Québec).

Tâches qui vous seront demandées

Votre participation consiste en une rencontre de groupe au cours de laquelle il vous sera demandé de dialoguer et d'échanger avec les autres professionnels participants de votre pratique ainsi auprès des parents en situation de précarité sociale. Cet entretien sera enregistré numériquement avec votre permission et prendra environ 1 heure 30 de votre temps. Vous pouvez être assuré qu'aucune information nominative n'apparaîtra dans les résultats.

L'entretien de groupe aura lieu dans un local où la confidentialité sera respectée : dans un local de recherche à l'UQAM.

Moyens de diffusion

Les résultats de cette recherche feront l'objet de communications scientifiques, seront publiés dans une thèse ainsi que dans plusieurs articles scientifiques qui seront soumis à des revues savantes.

Si vous le souhaitez, les résultats de la présente recherche vous seront communiqués lorsqu'ils seront disponibles.

Avantages et risques

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension des enjeux des parents en situation de précarité sociale et des services qui leur sont offerts. Il n'y a pas de risque d'inconfort important associé à votre participation à cette rencontre de groupe. Vous devez cependant prendre conscience que certaines questions pourraient raviver des émotions désagréables liées à votre expérience auprès de ces parents. Une ressource d'aide appropriée pourra vous être proposée si vous souhaitez discuter de votre situation. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante sans avoir à vous justifier. Il est de la responsabilité de la chercheuse de réguler le *focus group* et de le suspendre ou d'y mettre fin si cette personne estime que votre bien-être est menacé.

Anonymat et confidentialité

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entretien sont confidentiels et que seules les personnes responsables du projet, les étudiantes-chercheuses en lien avec celui-ci et sa direction de recherche auront accès à l'enregistrement du focus group et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcriptions codées et anonymisées) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par la personne responsable du projet pour la durée totale de celui-ci. Les enregistrements, les transcriptions ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications des résultats de recherche.

Participation volontaire

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure et que, par ailleurs, vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que les responsables du projet et les chercheuses-étudiantes puissent utiliser aux fins de la présente recherche (incluant la publication d'articles, d'un mémoire, d'un essai ou d'une thèse, la présentation des résultats lors de conférences ou de communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement.

Compensation financière

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement.

Questions sur le projet et sur vos droits

Vous pouvez contacter les personnes responsables du projet pour des questions additionnelles sur celui-ci. Vous pouvez également discuter avec la direction de recherche des conditions dans lesquelles se déroulent votre participation et de vos droits en tant que participant à la recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité institutionnel d'éthique de recherche avec des êtres humains (CIER) de la Faculté des sciences humaines de l'Université du Québec à Montréal. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le président du comité CIER par l'intermédiaire de son secrétariat, par courriel : arvais.louise@uqam.ca

Remerciements

Votre collaboration est d'une grande importance pour la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

Signatures

Participante, participant

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la chercheuse responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la chercheuse responsable du projet.

Je souhaite être informée, informé des résultats de la recherche lorsqu'ils seront disponibles : oui non

Nom du participant-e (en lettres moulées)

Signature du participant-e

Date

Personne responsable de l'entretien

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les risques du projet à la personne participante et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la personne responsable

Date

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis à la personne participante et une copie sera conservée par les personnes responsables du projet.

ANNEXE B : CANEVAS D'ENTRETIEN

(1ère version : pour les deux premiers entretiens)

Projet de recherche

© Noël, R., Allard, M-A., Martin, F. & Charbonneau, C., 2014

Recherche dirigée par Raphaële Noël, professeure à l'UQAM et Fabienne Martin, étudiante à l'UQAM, Marie-Alexia Allard et Catherine Charbonneau, équipe de recherche clinique du Centre de Psychologie Gouin

Objectif du projet: Installer un service d'accompagnement à la parentalité au Centre de Psychologie Gouin, complémentaire aux services existants à Montréal.

Nous souhaitons vous rencontrer en tant que professionnel auprès des parents en situation de précarité sociale afin de nous aider à mieux comprendre quels sont les enjeux de ces parents et afin que vous puissiez nous parler de votre modèle d'intervention et de votre pratique de ce modèle-là.

Nom et prénom de l'expert :

Titre professionnel :

Rôle professionnel :

En poste depuis _____ années.

Date de l'entretien : _____

Question générale :

QUELS SONT LES ENJEUX GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DES PARENTS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ SOCIALE DURANT LA TRANSITION À LA PARENTALITÉ OU DURANT L'EXERCICE DE LEUR PARENTALITÉ?

On laisse filer ! (au moins 30 minutes)

Questions spécifiques :

Thème 1 : Les parents en situation de précarité sociale

Selon vous, quels sont les besoins de ces parents là lors de la transition à la parentalité ? Que comprenez-vous de ces besoins là ?

Ont-ils des inquiétudes/préoccupations spécifiques ? (p.ex., financières, matérielles, relationnelles, etc.)

Quelles sont leurs ressources, leurs potentiels manifestes ou cachés/latents ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec ces parents ?

Comment composez-vous avec « l'absence de continuité » qui peut caractériser ces parents là ? Notion d'engagement au départ avec cette clientèle et le maintien de l'engagement.

Vos observations sont-elles les mêmes pour les mères et les pères ? Y'a-t-il des différences et des similitudes ?

Thème 2 : Les services offerts

Comment vous définiriez en quelques phrases les services que vous offrez ? Quelle est l'orientation/la philosophie/les modèles théoriques de vos services ? (Titre, psychoéducatif ? accompagnement ?)

Pourriez-vous décrire concrètement (fréquence, durée, modalité d'intervention) les services que vous offrez ?

À la lumière de votre expérience, qu'est ce qui marche le plus dans votre modèle ? qu'est-ce que vous aimeriez changer dans vos services ?

De façon plus générale, selon vous, est-ce-que les services offerts pour cette clientèle correspondent à leurs besoins (internes et dans la réalité) ?

En tant qu'intervenant, qu'aimez-vous dans le travail avec cette population et qu'est-ce-qui est plus difficile pour vous auprès de ces parents en devenir ?

Avez vous des conseils à nous donner pour penser à la mise en place de services pour ces parents en devenir ?

Accepteriez-vous d'être à nouveau sollicité dans la suite de cette recherche pour avoir votre avis de clinicien autour de la réflexion d'un modèle clinique/ébauche d'un modèle clinique, rester en contact, vous soumettre nos idées, échanger ?

Oui Non

(dernière version : pour les quatre autres entretiens)

Projet de recherche

© Noël, R., Allard, M-A., Martin, F. & Charbonneau, C., 2014

Équipe de recherche dirigée par Raphaële Noël, clinicienne et professeure à l'UQAM : Fabienne Martin, candidate au doctorat à l'UQAM, Marie-Alexia Allard et Catherine Charbonneau, psychologues et chercheuses cliniques du Centre de Psychologie Gouin

Objectif du projet: Dans le cadre des formations données par le Centre de Psychologie Gouin, il serait offert une formation courte, de type atelier clinique, pour les professionnels œuvrant auprès des familles en situation de précarité sociale.

Nous souhaitons vous rencontrer en tant que professionnel auprès des parents et/ou enfants en situation de précarité sociale afin de nous aider à mieux comprendre quels sont les enjeux de ces parents et afin que vous puissiez nous parler de votre modèle d'intervention et des autres services dédiés à cette population.

Nom et prénom de l'expert :

Titre professionnel : _____

Rôle professionnel :

En poste depuis _____ années.

Date de l'entretien : _____

Question générale :

SELON VOUS, QUELS SONT LES ENJEUX GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DES PARENTS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ SOCIALE DE MÊME QUE LES CARACTÉRISTIQUES DES SERVICES QUI LEURS SONT OFFERTS ? (plus petit, car 2 questions...)

On laisse filer ! (au moins 30 minutes)

Questions spécifiques :Thème 1 : Les parents en situation de précarité sociale

Selon vous, quels sont les besoins de ces parents là lors de la transition à la parentalité ? Que comprenez-vous de ces besoins là ?

Ont-ils des inquiétudes/préoccupations spécifiques ? (p.ex., financières, matérielles, relationnelles, etc.)

Quelles sont leurs ressources, leurs potentiels manifestes et latents, c'est-à-dire cachés?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec ces parents ?

Comment composez-vous avec « l'absence de continuité » qui peut caractériser ces parents là ? Notion d'engagement au départ avec cette clientèle et le maintien de l'engagement.

Vos observations sont-elles les mêmes pour les mères et les pères ? Y'a-t-il des différences et des similitudes ?

Thème 2 : Les services, en général, et le CPG

De façon plus générale, selon vous, est-ce-que les services offerts pour cette clientèle correspondent à leurs besoins (internes et dans la réalité) ?

Toujours selon votre expérience, qu'est-ce que ça peut faire vivre (expériences particulières), pour les professionnels et les équipes cliniques (ne pas préciser et voir

s'il répond en tant que professionnel ou cliniciens), de soutenir ou accompagner les parents/familles en situation de précarité sociale ?

Qu'est ce que vous connaissez comme service de soutien à la parentalité (périnatalité et petite enfance – population vulnérable et générale).

Est-ce que vous connaissez, pour une raison ou une autre, le Centre de psychologie Gouin ? Si oui, quelle en est votre expérience, directe ou pas, et comment pensez-vous que ce centre est perçu par les autres professionnels en petite enfance et par les parents?

Thème 3 : Le service de l'expert

Comment vous définiriez en quelques phrases les services que vous offrez ? Quelle est l'orientation/la philosophie/les modèles théoriques de vos services ? (Titre, psychoéducatif ? accompagnement ?)

Pourriez-vous décrire concrètement (fréquence, durée, modalité d'intervention) les services que vous offrez ?

À la lumière de votre expérience, qu'est ce qui fonctionne le plus dans votre modèle ? Qu'est-ce que vous aimeriez changer dans vos services ?

Qualifieriez-vous votre service comme étant de l'ordre d'un soutien/accompagnement ou plutôt de type éducatif ? Et pourquoi ?

En tant qu'intervenant, qu'aimez-vous dans le travail avec cette population et qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous auprès de ces parents ?

Qu'est-ce qui vous a amené à travailler auprès de cette population ?

Selon vous, quelles sont vos motivations pour poursuivre votre engagement professionnel avec ces parents ?

Thème 4 : Opinion de l'expert

Avez vous des conseils à nous donner pour penser à la mise en place de services pour ces parents ?

À ce jour, selon les chercheurs et cliniciens dans ce domaine, il semblerait qu'il y a une complexité à aborder, voire à soutenir cette population, étant donné ses spécificités. Que penseriez-vous de la pertinence d'offrir un soutien, non pas aux familles, parents et enfants, mais aux professionnels travaillant ardemment à les comprendre et à les soutenir?

Accepteriez-vous d'être à nouveau sollicité dans la suite de cette recherche pour avoir votre avis de clinicien autour de la réflexion d'un modèle clinique/ébauche d'un modèle clinique, rester en contact, vous soumettre nos idées, échanger ?

Oui Non

ANNEXE C : CATÉGORIES CONCEPTUALISANTES

13 catégories conceptualisantes **découlant des 98 thèmes**

Explorer les aléas des diverses pratiques cliniques auprès des parents en situation de précarité, d'un point de vue psychanalytique, à partir du discours de professionnels de services sociaux et de santé mentale.

Catégories conceptualisantes (15)

1. Une présence à temporalité singulière : impératif d'une pratique de l'instantanéité

Thèmes liés à cette catégorie :

- a. Liberté de se présenter (Tolérer mouvement d'aller-retour)
- b. Pallier à une absence sociale
- c. Coupure temporelle difficile à tolérer
- d. L'immutabilité de la présence
- e. Temporalité circulaire
- f. Saisir au vol
- g. Ce qui est arrivé est arrivé

2. Reconnaissance du capital humain et son déploiement dans l'intervention

Thèmes liés à cette catégorie :

- a. Concrétiser leur désir d'aider leur enfant

- b. De l'enfant au parent
- c. Évolution comme sens au travail
- d. Reconnaitre une capacité de changement à leur mesure

3. À la recherche d'une distance suffisamment bonne

Thèmes liés à cette catégorie :

- a. Accompagner et non porter
- b. Distance dans l'échange
- c. Entre l'arbre et l'écorce
- d. Entre loi et valeur
- e. Être touché et le signifier
- f. Faire couple
- g. L'autre comme si c'était soi
- h. Les deux pieds dedans
- i. Assurer le maillage

4. Un savoir professionnel en filigrane

Thèmes liés à cette catégorie :

- a. Ajustements constants : réalité des familles
- b. Cadre légal à réfléchir à chaque fois
- c. Culture
- d. Généralisation difficile
- e. Norme en mouvement
- f. Précarité comme symptôme
- g. Questionner les outils
- h. S'adresser au sujet

5. La mécanique d'un soin institutionnalisé : au risque d'une coupure dans la relation soignante

Thèmes liés à cette catégorie :

- a. Décalage entre la temporalité institutionnelle et familiale
- b. Inassouissable besoin
- c. Passage magique du temps
- d. Répondre à la demande ponctuelle : prévention
- e. Traverser les époques

6. Étayage sur le groupe : un tiers structurant

Thèmes liés à cette catégorie :

- a. Porteur de loi
- b. Lieu d'investissement tiers
 - i. **Entraide inter-familiale**
 - ii. **Germe de l'être social**
 - iii. **Rencontre de groupe entre mères**
 - iv. **Réflexion entre organismes**
 - v. **Souci de transmission**
- c. Pluralité
 - i. **Dégagement, autant professionnel que familial**
 - ii. **Place du psychologue**
 - iii. **Plusieurs professionnels, plusieurs fonctions**
 - iv. **Un village : une famille**

7. Limite soignante

Thèmes liés à cette catégorie :

- a. Accompagner et non porter
- b. Aux frontières de l'authenticité
- c. Culture ne justifie pas les moyens
- d. Limite de la thérapeutique
- e. Ne pas craindre la surcharge
- f. Portage
- g. Rapport au savoir
 - i. **Aucune demande faite aux parents**
 - ii. **Fonction du non su**
 - iii. **Incomplétude la formation**
 - iv. **Ne pas vouloir en savoir plus que ce qui est exprimé**
 - v. **Rencontre entre deux sujets : co-construire**
 - vi. **Surévaluation-surdemande avant l'obtention de service**
 - vii. **Voix des usagés**
- h. Soi comme professionnel
 - i. **Compétence professionnelle dépend du succès thérapeutique**
 - ii. **Démarche personnelle**
 - iii. **Ne pas imposer nos perceptions**

- iv. **Professionnel spécifique**
- i. Souffrance comme levier

8. Marge comme lieu de création

Thèmes liés à cette catégorie :

- a. Contourner en satisfaisant la modalité bureaucratique
- b. Déroger pour fonctionner ou aider
- c. En marge du modèle institutionnel
- d. Faire autrement par souci de singularité et de non-intrusion
- e. Se situer face à la norme
- f. Tolérer pour préserver

9. Un lien en émergence : l'éducation de surcroît

Thèmes liés à cette catégorie :

- a. De l'affect vers le raisonnement et de l'image vers l'abstraction
- b. Décence
- c. Illustrer l'inquiétude
- d. Nourri par le patient
- e. Objet liant
 - i. **Donner pour inviter au lien**
 - ii. **Pallier au manque sociétal**
- f. Le lien d'abord : socle fertile

10. La malléabilité de la structure comme support à la rencontre des parents en situation de précarité

Thèmes liés à cette catégorie :

- a. Assurer le maillage
- b. Aucune précipitation
- c. Capital humain
- d. Encombrement bureaucratique
- e. Leur terrain : sortir des bureaux
- f. Mobilisation apprise et transgénérationnelle
- g. Adaptation structurelle et non adaptation à la structure
- h. Ajustement du choix de médiation
- i. Atelier sans liste d'attente, pas d'évaluation

- j. Attitude de non-jugement
- k. Éviter la rigidité des programmes
- l. Malléabilité à toutes les sphères de l'intervention
- m. Ne pas agir la rupture familiale au sein de l'équipe
- n. Éviter le sentiment de menace
- o. Maison ouverte sur la communauté

11. Les modalités d'intervention préétablies perçues comme contraignantes

Thèmes liés à cette catégorie :

- a. Balises
- b. Business program
- c. Compartimenter, classer
- d. Encombrement bureaucratique
- e. Exigence institutionnelle décalée face aux besoins
- f. Fil rompu par une loi d'exception
- g. Imposition d'un fonctionnement type sur l'individu
- h. Insatisfaction du nombre Être un sujet soignant
- i. Manque de résonance
- j. Répercussions sur le professionnel
 - i. Coupure du poste malgré l'efficacité**
 - ii. Incohérence et rupture d'intervention à combler soi-même**
 - iii. Réponse personnelle et pas institutionnelle**
 - iv. Rigidité de la pratique, rigidité des intervenants**
- k. Sur-cadre : créateur de contradiction

12. Une réflexion en mouvement : rester au cœur des enjeux cliniques

Thèmes liés à cette catégorie :

- a. Affronts du passé
- b. Au-delà des comportements
- c. Image difficile à réparer
- d. Passivité entretenue
- e. Souffrance sait se transformer
- f. Désir pour une pratique libre
- g. Le supposé BON travail

- h. Parole enracinée et à incarner

13. Un investissement à l'image des débuts de la vie

Thèmes liés à cette catégorie :

- a. Mouvement perpétuel
- b. Traversée du miroir

BIBLIOGRAPHIE

- Abelhauser, A. (2004). L'éthique de la clinique selon Lacan. *L'Évolution Psychiatrique*, 69(2), 301-303. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2004.01.002>
- Ahfir, N. (2015). L'accueil d'une famille vulnérable en crèche. *Le Journal des psychologues*, 328(5), 42-46. <https://doi.org/10.3917/jdp.328.0042>
- Assoun, P-L. (2003). Lacan. *Que sais-je*. Presses Universitaires de France.
- Bastard, M. (2005). Population précarisée en souffrance psychique. Des réponses professionnelles à améliorer. *Empan*, 60(4), 108-115. <https://doi.org/10.3917/empa.060.0108>
- Bégoïn-Guignard, F. (1986). Cadre et contre-transfert en psychanalyse d'enfant. *Journal de psychanalyse de l'enfant*, 2, 111-163.
- Bégoïn-Guignard, F. (1987). À l'aube du maternel et du féminin. Essai sur deux concepts aussi évidents qu'inconcevables. *Revue française de psychanalyse*, 6(déc), 1491-1503.
- Bion, W. R. (1979). *Aux sources de l'expérience* (5^e éd.). Presses Universitaires de France.
- Brunet, L. (2009). La recherche psychanalytique et la recherche sur les thérapies psychanalytiques Réflexions d'un psychanalyste et chercheur. *Filigrane: Écoutes psychothérapiques*, 18(2), 70-85. <https://doi.org/10.7202/039290ar>
- Castonguay, L. & Noël, R. (2017). MTE et psychanalyse : analyse en tandem et pensées associatives enracinées. *Approches inductives*, 4(2), 240-266. <https://doi.org/10.7202/1043438ar>
- Dayan, J. (2000). Parentalité et vulnérabilité. Dans Ben Soussan, P. (dir.), *La parentalité exposée* (25-42). ERES : 1001 bébés.

- De Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C. et Dubeau, D. (2009) À la rencontre des parents : des constats issus des pratiques. *L'infirmière clinicienne*, 6(2), 1-5.
- De M'Uzan, M. (1970). Le même et l'identique. Dans *De l'art à la mort itinéraire psychanalytique* (441-451). Gallimard, 1977.
- De Peretti, G. (2005). Précaire : Une catégorie instable et fragile. *Empan*, 60(4), 14-23. <https://doi.org/10.3917/empa.060.0014>
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Éditions du Seuil, 1992.
- Dolto, F. (1987). *Tout est langage*. Vertiges du Nord/Carrere.
- Ferrant, A. et Ciccone, A. (2007). Section 1 Introduction générale. Dans Roussillon, R. (dir.), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (233-283). Elsevier Masson.
- Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. Dans *La vie sexuelle* (8^e éd., 81-105). Presses Universitaires de France, 1989.
- Freud, S. (1918). *Cinq psychanalyses* (2^e ed, 4^e tirage). Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1920). *Essais de psychanalyse*. Petite Bibliothèque Payot, 1963.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Presses Universitaires de France.
- Furtos, J. (2008). Introduction. Être dérangé par le social et présentation. Dans Furtos, J. (dir), *Les cliniques de la précarité Contexte social, psychopathologie et dispositifs* (1-11). Elsevier Health Sciences France.
- Furtos, J. (2008). L'apparition du sujet sur la scène du social et sa fragilité : la précarité de la confiance. Dans Furtos, J. (dir), *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs* (11-23). Elsevier Health Sciences France.
- Furtos, J. (2012). Vivre l'engagement et le contre-transfert en société précaire. *Filigrane: Écoutes psychothérapiques*, 21(1), 31-38. <https://doi.org/10.7202/1012880ar>
- Gilbert, S. (2009). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'apport heuristique des rencontres intersubjectives. *Recherches Qualitatives*, 28(3), 19-39. <https://doi.org/10.7202/1086778ar>

- Gilbert, S. (s. d.). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : L'exemple de l'itinérance des jeunes adultes. *Recherches qualitatives*, Hors-série (3), 274-286.
- Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2015). Introduction : Les multiples voies de la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Approches inductives : Travail intellectuel et construction des connaissances*, 2(1), 1-11. <https://doi.org/10.7202/1028098ar>
- Hentsch, T. (2006). *La mer, la limite*. Hélio trope.
- Horincq Detournay, R. (2021). Le concept d'émergent-fit dans les approches méthodologiques inductives. *Enjeux et société. Approches transdisciplinaires*, 8(1), 36-61.
- Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. ERES, 2012.
- Krymko-Bleton, I. (2013). *Développement affectif de l'enfant de la naissance à douze ans*. Télé-Université, Université du Québec.
- Lacan, J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique, Dans *Écrits I* (92-99). Seuil. 1999.
- Lacan, J. (1959-1960a). L'amour du prochain, *Dans Le Séminaire, livre VII*, texte établi par J.-A. Miller, Seuil. 1986.
- Lacan, J. (1959-1960b). La jouissance de la transgression, *Dans Le Séminaire, livre VII*, texte établi par J.-A. Miller, Seuil. 1986.
- Lacan, J. (1966). L'instance de la lettre dans l'inconscient, Dans *Écrits I* (249-289). Seuil. 1999.
- Lacan, J. (1964). Les Quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, *Dans Le Séminaire, livre XI*, texte établi par J.- A. Miller, Seuil, 1973.
- Lafortune, D., & Gilbert, S. (2013). Défis cliniques dans l'intervention auprès de jeunes parents en situation de précarité psychosociale : Éclairage psychodynamique sur un mode relationnel paradoxal. *Bulletin de psychologie*, Numéro 527(5), 371-384. <https://doi.org/10.3917/bupsy.527.0371>

- Lamboy, B. (2009). Soutenir la parentalité : Pourquoi et comment ? : Différentes approches pour un même concept. *Devenir*, 21(1), 31-60.
- Lamour, M. (2010). *Parents défaillants et professionnels en souffrance*. Yakapa.be.
- Lehmann, J. (2005). Ce que « prendre soin » peut signifier. *Le Coq-héron*, 1(180), 50-54. <https://doi.org/10.3917/cohe.180.0050>
- Lepage, L., et Letendre, R. (1998). L'intervention des manifestations contre-transférentielles dans le déroulement de la recherche : réflexions sur une pratique et exemples. *Recherches qualitatives*, 18, 51-71.
- Luckerhoff, J., et Guillemette, F. (2012). Conflits entre les exigences de la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE) et les exigences institutionnelles en matière de recherche scientifique. Dans J. Luckerhoff, et F. Guillemette (Éds), *Méthodologie de la théorisation enracinée : fondements, procédures et usages* (36-60). Presses de l'Université du Québec.
- Mannoni, M. (1965). *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste*. Éditions Denoël et Gonthier.
- Mellier, D. (2006). Précarité psychique et dispositifs d'intervention clinique. *Pratiques Psychologiques*, 12(2), 144-155. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2006.01.008>
- Merleau-Ponty, M. (1945). Le cogito. Dans *Phénoménologie de la perception* (43). Éditions Gallimard.
- Mijolla, A. d., & Mijolla-Mellor, S. d. (2002). Parentalité. Dans *Dictionnaire international de la Psychanalyse*. (2^eed.). Presses Universitaires de France, Puf Fondamental.
- Neyrand, G. (2002). Parentalité : Une notion-piège ou un concept en devenir ? *Enfances & Psy*, 20(4), 129-134. <https://doi.org/10.3917/ep.020.0129>
- Neyrand, G. (s. d.). *Soutien à la parentalité et contrôle social*. 34.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2e ed.). Armand Colin.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147. <https://doi.org/10.7202/1002253ar>

- Palmier, J-M. (1972). *Lacan, Le symbolique et l'Imaginaire*. Psychothèque.
- Précarité et parent*. (S.d.). Dans Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Repéré à : <http://www.cnrtl.fr>
- René, J.-F., Laurin, I., & Dallaire, N. (2009). Faire émerger le savoir d'expérience de parents pauvres : Forces et limites d'une recherche participative. *Recherches qualitatives*, 28(3), 40-63.
- René, J.-F., Soulières, M., & Jolicoeur, F. (2004). La place et la participation des parents dans les Organismes communautaires Famille : Pratiques et défis pour une prise en charge citoyenne. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(1), 66-82. <https://doi.org/10.7202/010574ar>
- Rey, A. (2006). Comprendre, découvrir, explorer, création, discussion, dialogue, instituer. Dans *Dictionnaire historique de la langue française* (édition, volume, pages). Le Robert.
- Santiagodefosse, M. (2004). Évaluer la qualité des publications Quelles spécificités pour la recherche qualitative ? *Pratiques Psychologiques*, 10(3), 243-254. [https://doi.org/10.1016/S1269-1763\(04\)00049-5](https://doi.org/10.1016/S1269-1763(04)00049-5)
- Sédat, J. (2009). Du bon usage de l'objet chez Winnicott: De la spatule à la relation analytique. *Figures de la psychanalyse*, 2(18), 23-33. 15. <https://doi.org/10.3917/fp.018.0023>
- Szejer, M. (2006). En maternité, des mots pour naître: Les paroles du baby-blues. Dans : Sylviane Giampino éd., *À l'écoute des bébés et de ceux qui les entourent* (117-134). Toulouse, France: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.giamp.2006.01.0117>
- Toscano, R. (2006). Savoir et savoir supposé : À propos du séminaire Les fondements de la psychanalyse ou Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. *Essaim*, 2(17), 113-122. <https://doi.org/10.3917/ess.017.0113>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>

- Vacher, Y. (2015). *Construire une pratique réflexive: Comprendre et agir*. De Boeck.
- Vanier, C. (11 août 2016). *S comme sujet*.
http://www.psynem.org/Pedopsychiatrie_psychanalyse/Clinique_et_concepts_Sujet
- Vanier, A. (2002). Ce qui ne cesse pas de ne pas commencer. D'un commencement à l'autre. *Cliniques méditerranéennes*, 2(66), 45-153.
<https://doi.org/10.3917/cm.066.0145>
- Vanier, A. (2012). L'enfant, objet a de Lacan. *Figures de la psychanalyse*, 2(24), 39-49. <https://doi.org/10.3917/fp.024.0039>
- Vanier, A. (30 mai 2016). *J comme jouissance*.
http://www.psynem.org/Pedopsychiatrie_psychanalyse/Clinique_et_concepts_Jouissance
- Winnicott, D. W. (1935). La défense maniaque. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (19-36), Payot .1969.
- Winnicott, D.W. (1945). Le développement affectif primaire. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (57-71). Payot, 1969.
- Winnicott, D.W. (1947). La haine dans le contre-transfert. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (72-82). Payot, 1969.
- Winnicott, D.W. (1951). L'usage de l'objet. Dans *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Gallimard. 2000.
- Winnicott, D.W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (169-186). Payot, 1969.
- Winnicott, D.W. (1952). Psychose et soins maternels. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (187-197). Payot, 1969.

- Winnicott, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (285-291). Payot, 1969.
- Winnicott, D.W. (1957). *L'enfant dans la famille*. Payot, 1971.
- Winnicott, D.W. (1958). La capacité d'être seul. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (325-333). Payot, 1969.
- Winnicott, D.W. (1958). La première année de la vie. Conceptions modernes du développement affectif au cours de la première année de la vie. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (310-324). Payot, 1969.
- Winnicott, D.W. (1960). Le contre-transfert. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (350-357). Payot, 1969.
- Winnicott, D.W. (1963). De la communication et de la non-communication. Dans *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*. Payot, 1970.
- Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Payot.
- Winter, J-P (2006). De l'enfant au sujet, Dans *À l'écoute des bébés et de ceux qui les entourent* (215-226). ERES : 1001 bébés.
<https://doi.org/10.3917/eres.giamp.2006.01.0215>
- Zaouche-Gaudron, C. et Sanchou, P. (2005). Introduction. *Empan*, 4(60), 10-13.