

PRÉCARITÉ : enjeux cliniques pour l'individu et sa famille

Compte rendu du Séminaire du Service Appui Santé

15 novembre 2013

Si nous n'avons pas besoin d'explicitier le lien RSA/précarité, nous rappelons que ce thème a émergé au cours des ateliers SAS dans les questionnements des travailleurs sociaux à propos des difficultés rencontrées dans leur travail auprès de populations précaires.

De ces ateliers, nous avons choisi d'introduire le sujet sous forme de 3 questions qui permettront de revisiter la notion de précarité :

- 1) Comment comprendre les mécanismes de fuite repérables chez les populations précaires et qui amènent à encore plus de marginalisation et de précarisation ? Par exemple, une jeune mère en difficulté sociale en instance d'expulsion qui refuse une proposition de démarches pour le logement faite par son référent ?
- 2) Dans le cadre d'une famille, pourquoi certains parents refusent ou n'utilisent pas l'aide à la parentalité qu'ils ont la possibilité d'obtenir ?
- 3) Serait-ce alors le travailleur social qui ressent l'urgence sociale et « porte » la précarité face à des personnes qui semblent lui opposer refus ou indifférence ?

Afin de répondre à ces questions, il apparaît nécessaire de repenser la notion de précarité à l'aune des réalités familiales, matérielles et culturelles qu'elle recouvre.

C'est ce que se proposent de faire les invités, Jean Furtos et Noël Pommepuy, tous deux psychiatres engagés auprès de populations en situation précaire.

INTERVENTION DU DOCTEUR Jean FURTOS

Psychiatre des Hôpitaux honoraire (Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron – Lyon), Directeur scientifique honoraire de l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale. C'est aussi un chercheur mondialement reconnu.

A partir de sa longue pratique, Jean Furtos donne quelques éléments de réponse aux problématiques soulevées en introduction.

La souffrance psychologique d'origine sociale étant commune à tous les êtres humains, le travailleur social comme le psychiatre doivent chercher à comprendre comment la précarité sociale influe sur cette souffrance, et donc sur la santé mentale. Pour repenser la santé mentale et la précarité, il faut théoriser à partir des pratiques de différentes professions. Les premiers à se rendre compte que les gens "ne souffrent plus de la même manière" sont souvent ceux qui sont le plus aux contacts avec la société souffrante, en particulier les travailleurs sociaux, les infirmières. Les environnements "institutionnels" peuvent alors devenir des observatoires des pratiques, de la clinique et d'expériences vécues.

Dans le monde de la précarité, terme qui sera défini plus loin, les gens sont obsédés par la peur de perdre, et ils peuvent même considérer qu'ils ont déjà perdu (psychiquement) avant d'avoir perdu (socialement) ; le combat devient inutile ; autrement dit, leur rapport à la perte est décalé. Ils subissent alors une transformation des logiques de vie en logiques de survie, ce qui peut rendre les désirs et les demandes difficiles voire impossibles.

Dans ces conditions, une partie des situations est portée par le travailleur social. Et l'on doit alors admettre que ce dernier peut souffrir psychiquement et psychologiquement, le malaise devient partie intégrante du travail. Dans certains cas, lorsque le sujet accompagné ne peut s'approprier sa propre souffrance, le travailleur social sera comme « squatté » par la souffrance de l'autre et sa détresse. Différents sentiments et pensées pénibles peuvent envahir le professionnel qui peut songer à quitter le métier, à changer de poste, ou « tomber » malade dans certains cas, et avoir des difficultés professionnelles parfois sérieuses. Il faut savoir intégrer ce type de malaise dans sa pratique, car elle en fait intégralement partie, ce que l'on apprend peu dans les formations initiales.

Le travail avec des personnes précaires demande une position éthique conflictuelle : elle consiste à prendre en compte la tension entre les obligations du métier constitutives de la relation et le développement d'une réciprocité dans cette relation. Les personnes précaires sont en effet souvent contraintes à une interaction particulière avec le travailleur social alors même que nous sommes dans une société qui fait de l'autonomie une obligation quasi philosophique. Il faut donc réussir à permettre une réciprocité, qui seule permet une relation authentique, malgré son inscription nécessaire dans un espace professionnel et institutionnel.

Santé mentale et psychiatrie

Dans les pays anglo-saxons, ces deux notions sont utilisées de manière interchangeable : la santé mentale devenant une forme de synonyme de la psychiatrie. En France, la psychiatrie s'occupe traditionnellement des pathologies et des troubles dûment authentifiés, tandis que la psychiatrie sociale inclut les problématiques et corrélations sociales des troubles mentaux. Quant à la santé mentale, elle serait définie en termes d'une santé mentale positive (aller bien) qui concerne tout le monde, par exemple aussi le stress au travail. Dans ce sens, si la psychiatrie ne concerne pas tout le monde (tout le monde n'est pas malade), la santé mentale concerne tout un chacun, à sa place.

Selon Jean Furtos, et cela même en psychiatrie, il faut d'abord soigner des êtres humains, le diagnostic est secondaire.

Pour Jean Furtos, la santé mentale se définit ainsi :

- ***« La capacité de vivre (et de souffrir) avec soi-même et avec autrui, dans un environnement donné et transformable, (transformable, c'est-à-dire avec des possibilités d'action, de modifications de cet environnement), sans destructivité mais non pas sans révolte. (La révolte étant la capacité de dire non, sans laquelle il n'y a pas de oui véritable.) »***

Cette définition inclut les malades mentaux ET les autres. Il existe, sans doute possible, une humanité souffrante en dehors de la pathologie, tout comme les populations malades restent sujets au-delà de leur pathologie pourtant bien réelle.

On note le démarquage avec la définition de la santé de l'OMS de 1946 : « un bien-être complet bio-psycho-social ». Le bio-psycho-social est à conserver, mais la complétude du bien-être est une utopie, comme par exemple après la guerre de 39-45, utile à cette époque, non pertinente à la nôtre : la souffrance appropriable par soi-même et partageable avec d'autres est bien une partie de la santé.

Qu'est-ce que la précarité ?

En lien avec la santé mentale, la précarité doit être définie.

Il ne faut pas confondre la pauvreté, qui est avoir peu, et la précarité qui est avoir peur (de perdre).

La pauvreté est relative à une société donnée, locale et changeante. En France on la place sous la barre d'un peu plus de 900 euros par mois. A Genève, un SDF ne peut pas vivre s'il n'est pas aidé à hauteur de 1.600 euros. Au Luxembourg à 1.800 euros. Et à Dakar combien ? 80 ou 100 euros...

La pauvreté est une situation difficile dans une société de consommation, car au manque de moyens se rajoute le mépris social et la honte ou son contraire ; le fait d'être éhonté, la difficulté à vivre est matérielle ET ressentie. Mais en elle-même, la pauvreté n'est pas une maladie, il y a des sociétés pauvres qui ont grandement contribué à la culture universelle par la musique, l'art, la manière de vivre, de soigner, de grands mythes.

Il y a des sociétés traditionnelles en état global de pauvreté (avoir peu) qui n'ont pas peur de perdre. Ainsi, à Madagascar on observait, en tous cas autrefois, que lorsqu'un homme meurt, ses zébus sont tués par ses héritiers pour faire la fête, au lieu d'être partagés entre les familles restantes. Il n'y a pas cette peur du manque omniprésente dans les sociétés occidentales précarisées au sein desquelles l'on observe de plus en plus de processus de précarisation psychologique, la grande peur de perdre. Manger tout l'héritage, en France, pourrait donner lieu à une mesure de tutelle !

Si la pauvreté (la misère surtout) a tendance à diminuer dans nos sociétés, la précarité matérielle et/ou psychologique a inversement tendance à augmenter. Qu'est-ce alors que la précarité ? Y en a-t-il plusieurs types et comment sont-ils liés à la santé mentale ?

La "**mauvaise**" **précarité**, celle dont on parle le plus, est liée à l'incertitude ; très développée dans les sociétés néolibérales qui institutionnalisent l'insécurité par un court-termisme financier structurel : il s'agit de la précarité du travail, des budgets, avec une précarisation des salariés. Elle est pathogène. On peut avoir de l'argent, un travail, mais être submergé par l'incertitude de l'avenir. Dans ce cas, la précarité est une attaque du sentiment de continuité, de la confiance en un projet que l'individu ou un groupe pourrait continuer de construire. Dans les sociétés précaires, les riches comme les pauvres sont obsédés par la peur de perdre les objets sociaux : l'argent, le travail, le logement, les papiers, les troupeaux, le statut, la famille ; bref, tout ce qui permet de jouer pour de vrai à l'humain avec d'autres humains, de ne pas basculer dans l'exclusion. Dans la lignée de Durkheim, Jean Furtos explique que ces peurs sont attachées à ces objets sociaux qui donnent une place dans la société. **La précarisation ou le statut de précaire devient la perte de valeur dans le marché des normes de réussite d'une société.** Cette plaie des sociétés occidentales est la peur du déclassement, la peur de disparaître de la scène sociale sur laquelle on veut avoir une place. Ainsi, perdre un logement c'est perdre une place assignée dans sa société.

Certaines populations psychologiquement précaires commencent à perdre avant la perte effective, c'est-à-dire qu'elles ont perdu à l'avance, dans leur tête. Chômeurs sans travail ou avant même d'avoir perdu leur travail, ces populations ne sont pas pauvres mais vivent jusqu'à devenir de grands précaires psychiques, sans joie ni spontanéité. Ils ne sont par ailleurs pas accompagnés, n'étant pas considérés comme pauvres ou en difficulté matérielle, ils ne sont pas souvent aidés par les différents services sociaux. C'est une position très différente de celle des populations pauvres qui sont institutionnellement contraintes à un contact avec les travailleurs sociaux.

Au contraire, certaines populations sont au-delà, elles ont déjà trop perdu (matériellement et psychologiquement) pour se mettre dans la position de continuer à perdre. Peut alors se développer, mais pas obligatoirement, le syndrome d'auto-exclusion des grands précaires qui sera développé plus loin. Ce syndrome qui est avant tout un processus de survie, quelque chose qui se passe pour rester vivant malgré tout, et qu'il faut savoir reconnaître peut également toucher des personnes qui ne sont pas des grands précaires au sens sociologique du terme.

En comparaison, la **"bonne" précarité** ou précarité naturelle, est simplement le fait de savoir que l'on a absolument besoin des autres pour vivre et ce dans la confiance en soi, en autrui et dans le temps (passé, présent et à venir : le « grand temps »). En clair, la bonne précarité produit de la confiance, du moins dans les bons cas. En effet, il peut y avoir des ruptures ou des catastrophes de cette précarité naturelle qui donnent entre autre les psycho-pathologies classiques. Un sujet vivant une suffisamment bonne précarité n'a pas trop peur de perdre : « quoi qu'il arrive, je trouverai toujours quelque chose ou quelqu'un pour m'aider ».

Après avoir défini les différentes "types" de précarité, il faut s'intéresser à l'objet précarité autour duquel s'articulent le désespoir des personnes précaires. Qu'a-t-on peur de perdre ? On a peur de perdre les « objets sociaux » que sont donc l'argent, le travail, le logement, le statut, la famille, les troupeaux, et par exemple, pour les demandeurs d'asile, les papiers qui donnent le statut.

L'une des caractéristiques de la perte possible des différents niveaux de confiance est qu'elle s'appuie sur l'interdépendance des êtres humains (la « bonne » précarité est qu'on ne peut vivre seul) qui est dissimulée sous la rhétorique moderne et néolibérale de l'impératif d'autonomie individuelle qui devient souvent autarcie : se débrouiller tout seul.

Les hommes sont donc naturellement précaires, c'est pour ainsi dire l'un des droits humains fondamentaux, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas vivre sans les autres ; ils ont absolument besoin des autres dans l'enfance, à d'autres moments de la vie, tout particulièrement en situation de la grande vieillesse, de maladie ou d'accidents de la vie. Mais toute la vie, et pas seulement dans ces situations particulières, nous avons besoin des autres.

A l'inverse, la « mauvaise » précarité telle qu'on la reconnaît en climat néo-libéral exacerbé, s'accompagne d'un hyper-individualisme (qui est un retrait), d'une paranoïa sociale (les autres sont dangereux, les malades mentaux, les étrangers, les jeunes, les voisins, etc...) s'accompagnant d'un climat sécuritaire ; avec la disparition du « grand temps », une immédiateté, une urgence continuelle, l'accélération du temps ressenti, l'attente de la catastrophe, ou, à l'inverse, une immobilisation dépressive du temps. Bref, un temps maniaque ou mélancolique.

L'insertion (et la réinsertion) dans la société implique **le passage d'une méfiance à une confiance**. C'est là l'un des objectifs du travail des travailleurs sociaux et d'autres intervenants, dans une société qui a réellement une valence excluante ; où les humains deviennent des éléments de flux, parmi lesquels les flux d'argent et de marchandises qui modélisent la société en équations quantitatives et non qualitatives. L'humain est devenu une variable d'ajustement dans un budget, les droits humains deviennent purement formels.

Le temps de la précarisation et ses effets humains : la clinique psycho-sociale

Il faut préciser que chaque personne a son temps d'évolution psychologique, psychique, le temps des manifestations de son état, c'est le temps du sujet. Il n'y a pas d'échelle directe, pas de traumatisme qui entraîne automatiquement des effets mécaniques ; les typologies qui ont été développées dans la partie précédente et celle-ci sont de grandes lignes entre lesquelles se situent une infinité de cas singuliers.

Le temps du découragement : questionnement de sa place, sentiment d'exclusion : "je ne vauds plus rien", il n'y a plus d'espoir ». Les personnes ferment la porte, s'enferment en eux, le monde n'est plus leur problème. Mais s'enfermer en soi, c'est du même coup se couper de soi...

Les grands exclus ne sont plus angoissés, ils ont tout perdu y compris un rapport avec leur souffrance, mais pas la vie, et les choses sont en principe réversibles.

Cela se manifeste par :

- . **Une anesthésie du corps** : ne pas souffrir, ne pas sentir et ressentir. Par exemple certaines femmes grandes précaires ne se rendent pas compte qu'elles sont enceintes jusqu'à leur accouchement. Certains ne sentent pas une gangrène.
- . **Un émoussement des émotions** : permet d'éviter la honte, la haine et la souffrance.
- . **Une inhibition de la pensée** : ils ne sont pas "débiles" mais il y a comme une congélation du moi pour ne pas penser à sa situation d'exclusion.
- . **Une rupture active des liens** : refus de l'autre, que la présence soit positive ou négative. Par exemple, dans les familles en grande précarité, la perte d'intérêt pour ses enfants est symptomatique de la perte de la capacité à s'occuper ou même à s'intéresser à autrui. Le travailleur social, en se faisant du souci pour le parent, peut par ricochet déclencher la prise en compte de la souffrance de son enfant par un parent précaire qui commence à redevenir parent.
- . **les signes paradoxaux sont essentiels** : paradoxal signifie « contraire à l'opinion commune ». Les grands précaires sont dans un monde à l'envers. Ce n'est pas, par exemple, "plus on va mal, plus on demande de l'aide", mais au contraire, dans un monde à l'envers, "plus on va mal, moins on demande de l'aide" (il y a d'autres signes paradoxaux). **Ne pas demander d'aide dans une situation dramatique est un signe de gravité**, cela signifie que le patient ne peut plus dire non qu'à lui-même par rapport à sa précarité naturelle, son besoin de l'autre. C'est sa dernière liberté, une protection paradoxale par auto-exclusion.

(Il y a d'autres signes du syndrome d'auto-exclusion (cf. Jean Furtos, les cliniques de la précarité, Masson, 2008, le chapitre 11)

Un cas frappant est celui d'un Sans Domicile Fixe atteint d'un cancer du colon qui refusa de l'aide en attendant que "son corps tombe". C'est grâce à l'intervention des services des urgences que cet homme est soigné. Comprenons que c'est bien le service des urgences qui porte la demande de soins et non la personne elle-même. Dans ces cas extrêmes, les personnes précaires ne peuvent plus volontairement formuler de demande au monde. Dans les sociétés précaires l'urgence devient le mode de fonctionnement de « la demande ».

Il faut être vigilant à ces comportements en clinique. Forcer les gens à avoir une demande précise, "quand vous saurez ce que vous voulez vous viendrez me voir", est proche d'une euthanasie passive. Il faut rentrer dans le monde à l'envers du précaire, proposer, accepter le refus formel, travailler pour apporter une demande ou une aide qui ne peut pas sortir spontanément.

Si par exemple une femme arrive et lâche d'un coup "mon fils, c'est mon frère", faut-il appeler la police, prévenir un juge comme si cette personne nous avait demandé d'intervenir immédiatement ? Et si l'on se démarque tout de suite n'est-ce pas lui dire que nous ne sommes pas la bonne personne ? Or si cette femme nous en parle c'est que nous sommes la bonne personne. Nous pouvons l'écrire, en parler, demander conseil en attendant que cette femme y revienne après avoir possiblement mûri une demande concernant sa situation.

Si une personne arrive en rendez-vous en disant qu'elle n'a pas de logement, il est possible qu'elle parle d'habitat précaire au sens large, qu'elle n'arrive pas à habiter son corps, son travail, le monde ou sa vie. Donc, elle a bien besoin d'un travailleur social ou d'un autre aidant, dans le soin, par exemple.

Ainsi en clinique psycho-sociale, le travailleur social doit-il « porter » le malaise de l'autre, au risque de subir parfois des vécus de dépersonnalisation, de dépression, de découragement, de violence retenue. Quand on se sent toujours sur le point de tomber malade, c'est la violence de l'extérieur qui se retourne contre le corps du travailleur social. Il faut en parler, analyser la pratique. Les travailleurs sociaux vivent une clinique de l'extrême, empreinte d'une violence froide souvent non formulée. Il y a un décalage entre les violences subies et la possibilité d'exprimer ces violences ; or la violence est un mouvement vital, c'est la force mise à l'œuvre pour faire quelque chose d'une manière non destructive. Quand la violence n'est pas parlée ou utilisée, elle se retourne contre soi (pour le grand précaire comme pour le travailleur social) ou contre autrui.

Antidotes ? Éléments de réponse

Dans ce cas de retrait et de refus du monde, il ne faut pas confondre des moments psychiatriques de retrait schizophréniques avec le syndrome de l'auto-exclusion des précaires, ni avec une dépression à médicaliser. Il faudra beaucoup de persévérance et de respect.

Et puis on peut aussi élaborer des projets. Si les personnes cassent le projet, ce n'est pas contre nous, c'est qu'ils ne peuvent l'imaginer et encore moins faire la démarche de s'investir concrètement dans le monde avec réussite.

C'est à chaque travailleur social de faire le choix de donner quelque chose de lui-même. Cela peut permettre de trouver une réciprocité dans la relation, tant que ça ne vous gêne pas de

vous montrer comme un être humain ordinaire ; eux cherchent aussi à savoir si vous voulez partager.

Quand un patient demande "Docteur, ou Madame l'assistante sociale, est-ce que vous allez bien ?", il veut probablement vérifier que ce que vous portez de lui, et tout particulièrement sa souffrance inappropriable, ne vous détruit pas. Face à cette empathie pour les soignants, il faut montrer qu'on est toujours vivant.

Il faut être persévérant, sortir avec quelqu'un d'un monde à l'envers prend souvent plusieurs années. On peut être frustré au cours du processus par l'absence de réponse positive, de participation ou d'émotion, et donc être soi-même tenté par l'indifférence et le retrait. Dans ces cas de traumatisme par procuration, il faut alors trouver un "truc" pour continuer à se sentir vivant. On peut en parler avec d'autres travailleurs sociaux, même en rire ou en pleurer en famille, ou arrêter une séance trop dure ; il faut toujours trouver un chemin pour revenir à soi.

Cela peut prendre la forme d'une analogie dans les obligations : "moi aussi je suis obligé de vous soigner, c'est la loi qui me l'impose", tout en laissant une liberté : "mais je sais que je ne peux pas changer vos pensées". Cette méthode permet de créer un espace de rencontre nécessaire au développement d'une relation plus symétrique entre le travailleur social et les patients : " nous allons voir ensemble si ça vous aide".

Il est nécessaire de pouvoir introduire une forme de réciprocité dans ces relations imposées. Par exemple, cela peut prendre la forme d'un cadeau, d'un patient qui s'enquiert de votre week-end ou s'inquiète de vos cernes sous les yeux ; laisser les patients créer et occuper cet espace de rencontre est nécessaire à l'épanouissement constructif de votre relation.

INTERVENTION DU DOCTEUR Noëi POMMEPUY

Psychiatre à l'Hôpital Infanto juvénile de Ville-Evrard où il est engagé dans la clinique auprès des parents touchés par la précarité. Il est également formateur à l'APRTF.

Famille et parentalité : histoire et évolution

Depuis la période hygiéniste et la création de services sociaux à la fin du 16ème, le praticien a le droit d'entrer dans la vie des gens précaires, dans leur intimité sanitaire et sociale. De l'autre côté, de celui de l'intimité préservée, on retrouve les personnes et familles "autonomes", non précaires, ou dans les normes de la société. Pour que le praticien ait un rôle, il faut qu'il y ait des gens qui n'arrivent pas à se conformer à ces normes. Le rôle des praticiens implique une position de juge de la manière dont les parents sont parents ; pour les familles ils sont donc l'incarnation de cette inaptitude.

Les discours et les positions politiques sur la parentalité ont évolué en même temps qu'a évolué l'idée que se fait la société sur la fonction de parent (quelle partie de l'éducation leur est dévolue, comment doit évoluer la relation entre un enfant et ses parents...).

Le concept de parentalité est devenu politique il y a une cinquantaine d'années, de la catégorisation entre fonctionnel et dysfonctionnel proposé par Claude Martin jusqu'à devenir un problème d'insécurité dans les années 90.

La société s'est posée des questions sur la manière d'élever des enfants alors que naissaient des inquiétudes liées à l'évolution des structures familiales : plus de femmes actives, de foyers monoparentaux, des âges de conception de plus en plus élevés. Toutes ces transformations se cumulaient à un cadre social de plus en plus précaire : flexibilité horaire, marché du travail instable, pressions professionnelles et de rentabilité dans le mouvement de mondialisation.

Face à ces bouleversements, émergea pendant les années des Trente Glorieuses, une conception idéalisée de la famille qui devint une micro-société avant la société au lieu d'être considérée comme une construction sociale modélisée. La famille idéalisée était perdue à la société mais rappelée dans les discours politiques, notamment pour souligner la crise d'autorité qui traversait les familles de la société française, devenues déstructurées et déstabilisées.

D'autres mythes alimentent l'idée de la famille moderne. La famille nucléaire à deux parents-deux enfants en est un. Pourtant, elle n'a jamais vraiment existé et les familles recomposées existent depuis bien longtemps dans le cadre des décès et des remariages.

Mais la famille nucléaire reste le modèle dominant de l'imaginaire familial occidental.

La parentalité a donc émergé comme un combat politique mené par l'état au travers de l'incrimination des parents considérés défaillants, une hyper-responsabilisation et un excès de normes, ou encore le contrôle et la judiciarisation de la déviance en relation à ces normes parentales.

Autrement dit, l'état est devenu dépositaire des fonctions parentales (aide à la petite enfance, éducation républicaine) en même temps qu'il devenait juge de fonctions parentales privées. L'état et les parents sont comme opposés car les enfants de la république appartiennent et dépendent du jugement de l'Etat et d'une certaine façon, c'est l'Etat qui confie ses enfants à élever aux parents, puisqu'en cas d'incompétence, on retire la garde aux parents.

Différentes sociétés, différentes normes

La famille telle qu'elle est conçue et "appliquée" en France est symptomatique d'un ethnocentrisme occidental dominant. Le modèle de l'indépendance caractéristique des sociétés occidentales est fondé sur l'individualisation et l'autonomie de l'enfant dans la famille, dans le groupe. La bonne pratique pour s'occuper d'un bébé sera ici distale, on présente au bébé des objets, on est dans un face-à-face¹.

Il existe pourtant d'autres modèles. Par exemple, certaines sociétés fonctionnent sur le modèle familial de l'interdépendance. Dans ce modèle la cohésion et la subsistance du groupe sont centrales, pour les défendre, la hiérarchie à l'intérieur du groupe est respectée. Si l'on prend la

¹ *Ibid.*

manière dont les familles s'occupent d'un bébé de trois mois, on voit que les soins sont principalement proximaux, on nourrit et on porte le bébé sur soi la majorité du temps².

Les modèles intermédiaires se retrouvent chez les familles qui ont migré de zones rurales vers des zones urbaines, ou qui ont migré vers des sociétés occidentales alors qu'elles venaient d'autres sociétés. Il y a très clairement une difficulté d'adaptation aux pratiques de parentalités, parfois difficilement comprises. S'il y a une tentative d'adoption des pratiques distales, les modèles intérieurs sont les pratiques proximales et les tensions liées à ce paradoxe sont palpables.

Ainsi avec ces normes rigides (distales, nucléaires, rôle précis des parents...), on définit un problème et on crée un endroit pour guérir ce problème. C'est l'offre qui crée la demande et les lieux de consultations sont une incarnation de ce système normes-défaillance.

Rencontres et interactions avec les familles

Le lieu de consultation est donc fondamental pour l'interaction avec ces familles. Il est par exemple bénéfique de développer un contexte de familiarité qui régule la relation entre le praticien et les familles. Pour les personnes qui viennent en consultation, le lieu doit finir par leur appartenir aussi, pour qu'ils l'habitent et s'y épanouissent.

Après le lieu, c'est le comportement dans ces lieux qui n'appartient pas en propre au praticien. Un comportement s'exprime dans un espace relationnel, il peut être réinterprété par l'autre. Les parents ont par exemple tendance à interpréter le babillage d'un enfant en "papa" et "maman". Le langage est à la fois un contenu et un enrobage. Les nuances dans ces deux aspects influent sur la manière dont l'autre vous définit et perçoit sa place. Elles vont donner du sens et du contenu à la rencontre par la confirmation de soi, la définition que l'on a de soi-même, la définition de la relation.

Lorsqu'un praticien arrive en consultation, il arrive avec un modèle et une vision de ce qu'est une famille saine, bien structurée selon le bon modèle. Parfois cela vient de son expérience familiale, et les positions que l'on adopte sont des *reenactements* personnels, parfois de ses études ou des normes sociales. Or, peut importe leurs origines, ces modèles préconçus que l'on impose à notre vision des familles sont une entrave à une vraie rencontre. Pour qu'il y ait une réciprocité dans la relation il faut se dégager des modèles et des préjugés qui réduisent notre liberté et la liberté des personnes en face de nous.

Par exemple, le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM), définit à 15 jours une période normale de deuil. Continuer de souffrir au delà serait symptomatique d'un déséquilibre mental.

On peut également risquer de diagnostiquer en fonction de réputations familiales « oui ils sont comme ça dans cette famille, ça ne m'étonne pas que le petit soit schizophrène. »

² D'après les travaux de la sociologue Helen Keller

Depuis la psychologisation de la parentalité dans les années 1970, notamment suite aux travaux de Françoise Dolto, les normes qualifient les bons comportements et définissent les mauvais parents. Néanmoins, comme le praticien, la famille a sa propre représentation de la bonne famille ET des acteurs sociaux. Car les familles en consultation voient leur sphère privée rompue par des étrangers, qui les jugent avant de les aider. Puisqu'ils sont là, ils savent qu'ils ont échoué. Il y a une dichotomie claire et institutionnalisée : usagers/institutions d'Etat. Ces dernières sont à la fois une aide et une inquisition pour ces familles.

A quoi peut alors servir le travailleur social ? Les familles peuvent lui assigner une fonction (médiation, réparation, autorité) et donc l'enfermer à une place qui est indispensable à la continuité de la famille. Par exemple, certaines familles ont une histoire trans-générationnelle des services sociaux et il appartient à la famille d'en faire un épouvantail pour garder une solidarité face à l'institution.

Les familles et le praticien sont à l'intérieur d'une double contrainte paradoxale.

- Pour la famille « nous devons demander de l'aide parce que nous avons échoué »
- Pour le praticien « on doit admettre qu'ils ont échoué et les aider pour justifier notre existence », puis « si l'on réussit, on démontre leur incompétence de départ ».

Le contexte général de la précarité

Il est très difficile de connaître les circonstances quotidiennes de famille précaires or, quand il manque des éléments de contexte on ne peut pas comprendre un comportement. Paul Valéry disait « Il n'y a rien de plus dangereux qu'une idée quand on n'en a qu'une seule ». Ainsi, explorer avec elle le contexte d'une famille nourrit nos idées et nos relations en les ancrant dans la réalité.

Un jour dans une salle d'attente, un petit garçon marchait sur les sièges et les tables, on se dit vite que cet enfant est mal éduqué. Or, en allant à son domicile, on constate qu'au domicile, il n'y a plus de place pour marcher entre le lit, le canapé et une table. Chez lui « on marche sur les meubles » et cela n'a rien à voir avec son éducation.

La vie d'une famille est complexe, il faut la re-contextualiser dans un environnement qui n'est pas le leur et toujours comprendre que ce qu'ils montrent n'est pas ce qu'ils sont.

Il y a parfois des couples enfant agité/mère esseulée, très contrôlante. On risque de proposer à l'enfant de se lier à nous pour le protéger de sa mère. Mais c'est lui proposer de trahir des loyautés qui vont naturellement à ses parents même s'ils nous paraissent horribles. Par ailleurs, les comportements familiaux se modèlent mutuellement et il existe une vraie solidarité familiale, une sorte de pacte de protection mutuelle.

Minuchin Salvadore dans « Families of the Slums »³ décrit des boucles relationnelles dans lesquelles la mère précaire a un comportement erratique avec un enfant agité. Ce qu'il faut saisir : le contrôle continu est nécessaire à cet enfant agité et l'agitation de l'enfant est tout aussi nécessaire à la mère. Chacun est maintenu dans une fonction et un lien sans cesse réactivé entre parent et enfant. Vouloir rompre d'un coup cette unité et ce fonctionnement est une erreur. Car lorsque l'on perd sa fonction, on perd une définition de soi-même. Le décalage, dans l'idéal, doit donc être progressif et intime.

En effet, les familles cherchent à maintenir une cohésion et une solidarité contre l'extérieur, face à un monde qui les incrimine et les disqualifie. La menace est alors la dislocation de la famille, pire pour les enfants que les incertitudes ou les confrontations familiales quotidiennes. Les fratries sont d'une manière ou d'une autre toujours solidaire : par un enfant *parentifié* qui prend soin des autres, par la relance relationnelle permanente dans les conflits ; ce sont des rituels familiaux qui maintiennent les liens et permettent de ne pas renégocier les règles chaque jour.

Pour aider une famille il ne faut donc pas la scinder, la priorité est de restaurer les parents, restaurer leur narcissisme pour les amener à s'occuper de leur famille.

Dans ces contextes de précarité, une perspective systémique permet de dépasser une dichotomie bourreaux-victime, chacun est un acteur du système. Cette perspective aide donc les parents précaires à se sentir acteur, à se redéfinir comme acteur dans un rapport de force avec la société et ses institutions.

Sinon certaines familles entrent dans ce que l'on peut appeler un processus de *déliaison*. Ce phénomène se pose pour les familles en situation d'exil qui subissent des pertes de repères :

- culturelle : manière de s'occuper des enfants,
- économique : maillage social,
- familial : passent de famille élargie à des familles nucléaires,

et doivent s'adapter à de nouvelles règles parentales et conjugales. Il y a donc une attaque permanente des liens familiaux et de la possibilité de les exprimer, ces liens risquent donc de se distendre jusqu'à disparaître.

Éléments de pratique

L'important est que les parents continuent à s'occuper de leur famille, malgré une précarité matérielle, économique, institutionnelle (sans papiers) et culturelle (liée aux changements de normes). Au delà d'un paradigme schématique d'autonomie, il faut que dans ces familles s'ancre et se développe un double mouvement : d'un côté une stabilisation et une cohésion dans l'unité familiale qui permet une continuité historique et psychique, et de l'autre un changement, une évolution vers une croissance psycho-sociale individuelle. Ces mouvements sont contradictoires et demandent une individuation parfois menaçante pour l'unité familiale et qu'il faut tempérer en reconnaissant les dépendances, en travaillant avec les résistances de chaque membre. **Cette tension constante, cette réappropriation du changement par les acteurs de la famille transforme l'aide à la famille en aide dans la famille.**

³ Salvador Minuchin, Braulio Montalvo, Bernard G. Guerney Jr., Bernice L. Rosman, Florence Schumer, *Families of the Slums: An Exploration of Their Structure and Treatment*, Basic Books, New York, 1967

Dans la pratique, il faut faire attention à son rôle, on peut représenter le danger de l'arrachement et il ne faut pas se poser en juge. Il faut arriver à collaborer, à rééquilibrer les rôles, surtout entre thérapeute et parents. Cela a pour but de réinscrire, à leur rythme, les familles dans un parcours familial et institutionnel. Car les familles précaires sont dans le temps suspendu de la précarité, sans passé, sans avenir, sans sens ; il faut donc qu'elles se "ré-historicisent", se retrouvent et se redéfinissent.

Stratégiquement, on peut construire avec les familles sur le plus petit objectif commun que l'on peut partager ; il fonde et nourrit la relation. La souffrance commence alors à diminuer et les processus de réappropriation de soi, de sa parentalité singulière, peuvent commencer.