



UNIL | Université de Lausanne

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES  
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

Session d'automne 2023

MÉMOIRE DE MAÎTRISE UNIVERSITAIRE ÈS SCIENCES EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

**Pratique de la psychothérapie auprès d'une patientèle en  
situation de précarité: une analyse exploratoire du discours**

Présenté par : Léa Crelier et Gellila Sarhe  
Directeur : M. Manuel Tettamanti  
Experte : Mme Séverine Bessero

## REMERCIEMENTS

En premier lieu, nous souhaitons remercier chaleureusement les huit psychologues-psychothérapeutes pour le temps et surtout la confiance qu'il·elles nous ont accordé lors des entretiens. Le partage autour de leur pratique de psychothérapeutes et de leurs vécus a été précieux non seulement dans le cadre de notre recherche, mais également enrichissant pour nous, à titre personnel et pour le début de notre carrière.

Nous souhaitons également adresser nos remerciements à notre directeur de mémoire, Monsieur Manuel Tettamanti qui a suivi la réalisation de ce travail et qui nous a permis d'approfondir nos réflexions grâce à ses retours critiques. De même, nous remercions Madame Séverine Bessero, experte pour ce travail, pour l'intérêt porté à notre thématique et le temps dédié à nous lire.

Nous remercions infiniment nos familles et ami·e·s pour leur soutien indéfectible tout au long de la production de ce travail et de nos études, eux·elles qui ont supporté nos doutes tout comme ils·elles ont été témoins de notre enthousiasme et de notre implication. Ainsi, c'est naturellement et modestement que nous souhaitons leur dédier notre mémoire.

Un grand merci Gellila d'avoir vécu avec moi cette grande aventure nous amenant à la fin de nos études. Je suis reconnaissante d'y avoir plongé avec une personne aussi rigoureuse et humaine, et d'avoir pu partager pleinement avec quelqu'un mon appréciation de la clinique.

Je souhaite spécialement remercier ma binôme de mémoire, Léa. Ta passion pour la clinique, ton sens du détail et ta réflexivité ont grandement contribué à la qualité de ce travail. Notre intérêt commun pour les questions sociales m'a enthousiasmé et porté tout au long de la réalisation de ce mémoire.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Remerciements.....</b>	<b>1</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Introduction.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Cadre théorique.....</b>	<b>6</b>
2.1 Patientèle en précarité : définitions et implications en termes d'accès aux soins.....	6
2.2 Précarité et psychothérapie: enjeux pratiques, émotionnels et relationnels.....	11
<b>3. Objectifs de recherche.....</b>	<b>22</b>
<b>4. Méthodologie.....</b>	<b>23</b>
4.1 Constructivisme comme cadre épistémologique.....	23
4.2 Participant·e·s.....	23
4.3 Collecte des données.....	26
4.4 Méthode d'analyse des données.....	27
<b>5. Résultats.....</b>	<b>29</b>
5.1 Perception des défis et besoins rencontrés par la patientèle précaire.....	29
5.2 Cadre clinique des thérapeutes exerçant auprès d'une patientèle précaire.....	36
5.3 Influence des dimensions socioéconomique et culturelle sur le lien thérapeutique.....	43
5.4 Considérations des psychothérapeutes sur leur identité professionnelle et leur pratique...	48
5.5 Diversité des éprouvés face aux patient·e·s en précarité.....	51
5.6 Réflexivité des psychothérapeutes sur leurs éprouvés.....	56
5.7 Liens entre histoire personnelle et pratique actuelle des psychothérapeutes.....	59
5.8 Rapport des thérapeutes au contexte social et à la précarité.....	64
<b>6. Discussion.....</b>	<b>69</b>
6.1 Interprétation des résultats.....	69
6.2 Limites de la recherche.....	76
6.3 Apports et implications.....	77
<b>7. Conclusion.....</b>	<b>80</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>81</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>90</b>

## RÉSUMÉ

L'accès à des soins de santé de qualité est limité pour les personnes pauvres ou précarisées. Or, les études montrent la prévalence des difficultés d'ordre psychique chez ces populations. Ces dernières rencontrent des obstacles structurels, socioculturels ou encore psychologiques limitant leurs accès aux soins. Aussi, il est intéressant de se demander de quelle manière les psychothérapeutes tiennent compte des spécificités de cette population et quelle place occupe la précarité dans le processus psychothérapeutique. L'objectif de cette étude qualitative est d'explorer, du point de vue des psychothérapeutes, les implications pratiques, émotionnelles et relationnelles liées à la pratique de la psychothérapie dans le contexte de la précarité. En lien avec notre intérêt, nous avons mené des entretiens semi-structurés auprès de huit psychologues-psychothérapeutes ayant suivi des patient·e·s précarisé·e·s. À l'issue de notre analyse thématique, la richesse des discours nous a permis d'obtenir une variété de thèmes et sous-thèmes. Les participant·e·s ont partagé leur regard sur les dimensions concrètes qui sous-tendent ces suivis ainsi que sur les besoins de cette patientèle. Il·elles ont relaté la nature des émotions qui émergent de la rencontre clinique avec ces patient·e·s et la manière dont il·elles les comprennent et les appréhendent, notamment en lien avec leurs propres histoires personnelles et appartenances. Leurs apports nous ont permis d'explorer la complexité de cette pratique, notamment de part ses liens avec des dimensions sociales et politiques dépassant le cadre de la thérapie. Ce travail offre également à penser les écueils et défis qu'il est possible de rencontrer en tant que praticien·ne·s de la santé mentale exerçant avec des personnes en contexte de précarité, ainsi que les manières de les dépasser.

Mots-clés: psychothérapie · précarité · cadre clinique · éprouvés · relation thérapeutique · analyse thématique

## 1. INTRODUCTION

La psychothérapie est une pratique complexe impliquant pleinement les patient·e·s mais aussi les thérapeutes. Durant le processus thérapeutique ils·elles invitent les personnes à remonter aux origines de leurs maux et cheminent avec elles vers un mieux-être ou tentent de les soigner en ciblant leur symptomatologie. Si les professionnel·le·s de la santé somatique peuvent pratiquer leur métier en essayant de soustraire leur subjectivité, les psychothérapeutes de leur côté considèrent souvent être leur propre outil de travail. De ce fait, ils·elles se forment non seulement au travers de connaissances théoriques, mais aussi par la thérapie personnelle et la supervision qui les engagent dans le déploiement d'un regard réflexif sur leur monde interne, leurs éprouvés et les thèmes qui les font vibrer (Goldbeter-Merinfeld, 2009). En ce sens, divers auteur·ice·s ont théorisé des manières d'appréhender et de réfléchir à ses éprouvés en lien avec les thématiques ressortant en séances ainsi qu'envers les patient·e·s (Ferenczi, dans Cabré & Michaud, 2012; Calicis, 2017; Freud, dans Cerf De Dudzeele, 2007; Elkaïm, 1989).

Cependant, rares sont les études qui ont intégré ces aspects à la question du statut socioéconomique (SSE) respectif des soignant·e·s et des soigné·e·s. Malgré un intéressant corpus d'études montrant que la classe sociale occupe bien une place importante dans différents niveaux de la psychothérapie (Balmforth, 2009; Borges & Goodman, 2020; Falconnier & Elkin, 2008; M. Pugach & Goodman, 2015; J. M. Smith, 2000; L. Smith et al., 2013; Thompson et al., 2012, 2015), il existe moins de recherches liant cela aux vécus internes des thérapeutes ainsi qu'à la capacité des praticien·ne·s à résonner avec leurs patient·e·s. Ce manque de connaissance nous pousse dès lors à étudier ce phénomène en s'attachant plus précisément à la pratique des professionnel·le·s de santé mentale auprès de patient·e·s en situation de précarité.

S'intéresser aux enjeux pratiques, émotionnels et relationnels découlant des suivis avec des personnes précarisées nous semble intéressant pour plusieurs points. D'abord, la recherche montre de manière consistante un lien entre la pauvreté et une moins bonne santé mentale (Blas et al., 2010; Fryers et al., 2003; Patel & Kleinman, 2003), même si la force de cette association peut varier selon les indicateurs de pauvreté utilisés. De plus, les deux variables ne sont pas uniquement corrélées, mais elles s'influencent de manière bidirectionnelle, en un cercle vicieux (Alloush, 2018; Ridley et al., 2020). Une santé mentale fragile est à la fois un facteur de risque pour la pauvreté, et une conséquence de cette dernière. Bien que la causalité soit souvent difficile à avancer, certaines études de terrain permettent

d'attester que de mauvaises conditions socioéconomiques amènent à des problèmes de santé mentale (Christian et al., 2019; Kuhn et al., 2009). Par exemple, Kuhn et collaborateurs (2009) montrent qu'après une perte d'emploi involontaire, il y a une augmentation de la consommation de médicaments psychotropes et d'hospitalisations psychiatriques. À l'inverse, le fait de présenter un trouble mental va être lié à de plus grandes probabilités de difficultés économiques (Hakulinen et al., 2019; Mojtabai et al., 2015). L'étude longitudinale de Mojtabai et collègues (2015) montre notamment qu'un diagnostic de trouble mental est associé à une réduction des chances d'être en emploi par la suite. Pour plus de précisions, les mécanismes causaux entre pauvreté et troubles mentaux communs sont détaillés dans une étude de Ridley et collaborateurs (2020). En Suisse, les statistiques montrent que la part de personnes qui se sent découragée ou en déprime diminue avec l'augmentation du niveau de formation et de revenu (OFS, 2023). Ainsi, il est actuellement très clair que le lien entre pauvreté et santé mentale ne peut être négligé dans les prises de décision de santé publique, et qu'il est nécessaire de présenter des offres de soins de qualité en particulier à la population concernée. Dans ce domaine, les professionnel·le·s de la santé mentale ont un rôle crucial à jouer : il leur faut comprendre les enjeux relatifs aux situations économiques précaires dans leurs pratiques.

Plusieurs auteur·ice·s relèvent que la pratique de la psychothérapie auprès de patient·e·s en situation de précarité engendre un certain nombre de défis pratiques ainsi que des spécificités sur le plan relationnel, psychologique et affectif, tant pour les professionnel·le·s que pour les patient·e·s. Il est alors intéressant d'explorer davantage la façon dont ces dimensions s'imbriquent et sont perçues par les psychothérapeutes. Pour ce faire, nous commencerons par définir plus en détail la population clinique qui nous intéresse, en clarifiant les notions de pauvreté et de précarité dans notre cadre théorique. Nous nous attacherons à décrire les diverses difficultés rencontrées par les patient·e·s précarisé·e·s en termes d'accès aux services de santé mentale. Une fois ce cadre précisé, nous nous attarderons plus particulièrement sur les travaux s'intéressant au regard des thérapeutes sur leur pratique auprès d'une patientèle précarisée, ainsi que sur leurs attitudes et vécus. Enfin, compte tenu de ces éléments, nous chercherons à comprendre par le biais de notre étude qualitative la place qu'occupe la précarité au sein de la psychothérapie tant sur le plan pratique, relationnel et émotionnel d'après les discours de huit psychothérapeutes exerçant en Suisse romande.

## 2. CADRE THÉORIQUE

### 2.1 Patientèle en précarité : définitions et implications en termes d'accès aux soins

#### *2.1.1 Précarité économique et administrative : définitions*

Compte tenu du rapport entre santé mentale et statut socioéconomique mis en évidence dans la littérature précitée, il semble important de s'intéresser plus en profondeur aux implications de ce lien. Pour notre recherche, nous avons décidé de privilégier une compréhension large de cette problématique et d'utiliser le terme de "précarité" pour décrire la situation de la patientèle visée. La précarité se définit selon Joseph Wresinski (1987, p. 6) de la manière suivante :

“La précarité est une absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. ”

Cette définition rend compte d'un grand nombre de composantes. Les domaines économiques et administratifs sont les plus évidents, mais beaucoup d'autres peuvent être affectés. Bouchaud et Cha (2012) parlent entre autres de précarité psychique et affective, de précarité dans la communication (lié au fait d'être allophone par exemple), ou de précarité liée à une méconnaissance du système de santé. Ces diverses formes de précarité ont un impact non négligeable sur le bien-être de l'individu : elles peuvent mener à un isolement, une désinsertion (Bouchaud & Cha, 2012), et se traduisent très souvent par une souffrance psychique (Löchen, 2013).

Comme ce sont des dimensions centrales, nous considérons principalement dans ce travail les côtés économique et administratif. Concernant le premier aspect, nous entendons des situations économiques faibles (e.g. personne bénéficiaire de l'aide sociale ou ayant salaire minimum pour subvenir à ses besoins vitaux) voire extrêmement critiques (e.g. personne sans-abri) et des situations d'insécurité professionnelle (e.g. contrat sur appel, chômage ou travail à temps partiel), qui résultent souvent en un SSE bas. Afin de ne pas se limiter à la dimension économique, notre intérêt porte également sur la prise en charge de patient·e·s sans titre de séjour ou ayant un statut incertain, soit une situation de précarité administrative (Bouchaud, 2007). Cette précarité implique une grande insécurité au quotidien, les individus vivant dans une peur constante de “se faire repérer” et de se faire renvoyer de

leur pays de résidence (Bouchaud, 2007). La précarité administrative est toutefois très souvent liée à la dimension économique (Bouchaud & Cha, 2012).

La dimension administrative nous amène à considérer les liens entre migration et précarité. Toutefois, afin d'éviter tout écueil ou confusion, il convient en amont de souligner qu'être issu-e de la migration ne revient pas à être une personne en situation de précarité ou vulnérable. En effet, selon la définition de l'Office fédérale de la statistique (OFS, 2021b), la population issue de la migration, qui représente 39.5% de la population suisse, "comprend les personnes de nationalité étrangère ou naturalisées [...] ainsi que les Suisses à la naissance dont les deux parents sont nés à l'étranger." Sur la base de cette définition, une personne née et ayant évolué en Suisse, de parents issus d'un autre pays, par exemple européen, est considérée comme issue de la migration. Diverses définitions existent, avec une appréciation plus ou moins restrictive du terme, mais elles ont en commun de ne pas distinguer les différentes manières et raisons de migrer. De plus, nous remarquons que ces définitions sont bien loin de correspondre aux représentations sociales d'une personne migrante. Ainsi, il nous faut expliciter le statut migratoire auquel nous faisons référence dans le cadre de notre travail. Pour rappel, nous nous intéressons particulièrement aux patient·e·s migrant·e·s en situation de précarité. Cela signifie des personnes qui, par les circonstances qui leur ont fait quitter leur pays, par les conditions de leur parcours migratoire ou celles de leur accueil (OHCHR, 2018), ont de plus grandes probabilités d'être en situation de précarité économique (e.g. impossibilité de travailler, diplômes pas reconnus, engagement pour des emplois mal rémunérés) ou administrative (e.g. requérant·e·s d'asile, permis F, personne sans papiers) (Bouchaud & Cha, 2012).

Nous prenons également en considération le fait que la prise en charge psychothérapeutique de patient·e·s migrant·e·s implique souvent de penser aux différences culturelles. La culture peut être pensée comme un ensemble de compréhensions partagées, qui sont implicites ou explicites et qui font prendre forme à tous les éléments de la vie quotidienne : les conventions, pratiques, symboles et idées (Napier et al., 2014). La culture d'un groupe est déterminée par un nombre indéfini de paramètres, et peut varier entre groupes en fonction de l'ethnie, de l'orientation sexuelle, du groupe d'âge, de la classe sociale ou d'autres caractéristiques socioculturelles (Napier et al., 2014, p. 1610). De fait, la culture ne se limite pas à la dimension ethnique comme cela est parfois présenté. Elle est par essence omniprésente et colore les vies des patient·e·s, des professionnel·le·s et des institutions de soins. Elle donne un cadre de référence à notre quotidien, et il est souvent difficile de s'en détacher ou même de s'en rendre compte. Les différences culturelles peuvent donc ajouter

une couche de complexité dans la prise en soin, car elles nécessitent de trouver un langage commun (J. M. Smith, 2000). De plus, la présence souvent simultanée de ces différentes variables (précarité, migration, différences culturelles) peut rendre difficile l'interprétation des défis rencontrés avec des patient·e·s issu·e·s de la migration.

D'autre part, il semble également nécessaire de définir les liens entre précarité et pauvreté. Comme précédemment expliqué, la précarité est caractérisée par des insécurités, dans un ou plusieurs domaines. Si elles sont trop importantes et qu'elles se chronicisent, elles conduisent à la pauvreté (Wresinski, 1987). En Suisse, une personne pauvre est définie comme n'ayant pas "les moyens financiers d'acquérir les biens et services nécessaires à une vie sociale intégrée" (OFS, 2021a). Il s'agit d'une définition en termes absolus. Cependant, nous trouvons également le concept de pauvreté relative qui décrit la situation des personnes "vivant dans un ménage dont les ressources financières sont sensiblement inférieures au niveau habituel des revenus dans le pays concerné" (OFS, 2021a). Ce deuxième concept permet davantage de faire état des inégalités à l'intérieur du pays et à un niveau international. En Suisse, 14,6% de la population répond à ces critères. Les personnes qui sont les plus touchées par la pauvreté sont les personnes actives les plus âgées, les femmes, les personnes seules et les familles monoparentales (OFS, 2012, 2023).

Finalement, il est intéressant de relever que les articles et ouvrages scientifiques que nous avons consultés dans le cadre de ce travail utilisent très peu le terme de précarité, mais parlent plutôt de "poor", "low-income clients", "people stressed by poverty" ou encore de "working class clients". Ces termes, principalement issus de travaux américains, se réfèrent plus directement à la dimension économique ou à la classe sociale, et concernent donc une population plus précise que celles définie par la précarité. En effet, la précarité est subjective par nature (Pierret, 2013) : elle définit un impact psychologique, un sentiment d'insécurité dû à un manque de ressources. Le manque est lui bien réel, mais il peut impacter différemment les personnes qui le vivent. Les termes utilisés dans les études, relatifs à la pauvreté et aux dimensions économiques, peuvent eux être rattachés à des mesures objectives. Ainsi, ces concepts peuvent servir à objectiver la précarité, bien que cette dernière englobe une réalité plus large. Nous avons privilégié le terme de précarité dans notre travail, car la présence d'une insécurité crée nécessairement un enjeu dans le domaine où elle se manifeste. Nous souhaitons observer l'impact de cet enjeu sur le suivi psychothérapeutique; cela n'est donc pas directement lié à des critères objectifs. Toutefois, afin de conserver le sens initial des études citées, nous utilisons les mêmes termes que les études en question lorsque nous détaillons leurs résultats.

Pour terminer, le statut socioéconomique (SSE) est un concept que nous utilisons aussi dans notre travail. Il renvoie à la façon dont les personnes perçoivent leur propre importance sociale et celle des autres dans une société ou dans un groupe donné (Genoud, 2011). L'évaluation de la dimension du statut se fait par le biais d'indices symboliques qui informent sur le mode de vie partagé à l'intérieur d'un groupe, et ne se limite donc pas à la seule question économique (Genoud, 2011). Nous intéressant aux représentations liées à la précarité, son utilisation nous semble donc pertinente.

### *2.1.2 Barrières à l'entrée en soin: défis rencontrés par les personnes en situation de précarité*

Les personnes fragilisées sur le plan économique et administratif font face à des risques et obstacles particuliers, notamment d'un point de vue de leur santé. Comme mentionné précédemment, la précarité a un impact négatif sur la santé mentale, ce qui nécessite un accès facilité à des soins de qualité. Cependant, il existe en réalité un nombre important de barrières compliquant l'accès aux soins pour les personnes précarisées. À travers deux revues de littérature à propos des impacts d'un bas revenu sur l'accès aux soins (Krupnick & Melnikoff, 2012; Santiago et al., 2013), différentes barrières sont mises en évidence. Premièrement, des barrières structurelles, également qualifiées de barrières pratiques, sont identifiées. Les contraintes financières des personnes à bas revenu impliquent différentes difficultés concrètes, notamment concernant le coût de la prise en charge. Les barrières pratiques comprennent aussi les aspects logistiques, en lien avec la garde des enfants, l'accès géographique (e.g. disponibilité des transports en commun, capacité d'en comprendre le fonctionnement, temps de trajet) ou de l'incompatibilité des horaires de consultation avec le travail (Krupnick & Melnikoff, 2012; Santiago et al., 2013).

Deuxièmement, ces revues mettent en évidence des barrières socioculturelles. Ce terme fait ici référence aux dissonances qui peuvent exister entre la culture du·de la patient·e et celle du système de soin et des professionnel·le·s (Kiselev et al., 2020). En d'autres termes, il est question du degré de concordance entre les pratiques et valeurs dans le domaine des soins, dans un contexte culturel et historique donné, et les représentations et valeurs des personnes soignées (Adam, 2017). Les différences culturelles impliquent une différence de cadre de référence, et lorsque les professionnel·le·s ne sont pas habitué·e·s à tenir compte de ces différences, ils·elles risquent de ne pas réussir à communiquer et créer chez la patient·e le sentiment de ne pas être entendu (Krupnick & Melnikoff, 2012, 2012). Une répondante de l'étude de Pugach et Goodman (2015), une femme vivant sous le seuil de pauvreté aux États-Unis, nous en donne un exemple. Elle relate en effet que son thérapeute lui a

recommandé de dormir davantage en réponse à sa profonde fatigue; chose qui, tenant compte des stressors et des conditions de vie de cette patiente, est tout à fait inappropriée. Pire que de ne pas se sentir entendu ou compris, les patient·e·s peuvent aussi être réticent·e·s à entrer dans une démarche de soin par peur de mauvais traitement par le personnel soignant. En effet, les populations concernées par la précarité sont plus à risque de faire face à des discriminations ou des traitements de moindre qualité (Krupnick & Melnikoff, 2012; Santiago et al., 2013). Leurs craintes sont loin d'être irrationnelles puisque les professionnel·le·s peuvent également être influencé·e·s dans leur pratique par des biais et croyances erronées comme l'étaye le chapitre 2.2.2. De plus, les patient·e·s manquent souvent de confiance à l'égard du système de santé : il s'agit d'une institution de pouvoir, et elle peut être associée aux instances étatiques. À nouveau, cela peut être considéré comme dangereux ou risqué selon l'inscription sociale et historique des patient·e·s (Krupnick & Melnikoff, 2012).

Enfin, il faut aussi mentionner les barrières psychologiques qui peuvent freiner l'accès à des soins de santé. Il est rapporté dans les deux revues (Krupnick & Melnikoff, 2012; Santiago et al., 2013) que les patient·e·s à bas revenu peuvent être réticent·e·s à recevoir des soins en santé mentale à cause de la stigmatisation présente autour des troubles mentaux. Pour certain·e·s, cela serait une charge supplémentaire au quotidien en plus de l'insécurité dûe à la précarité. Enfin, dans des situations extrêmes, la grande vulnérabilité psychologique de patient·e·s marginalisé·e·s et fragilisé·e·s par la pauvreté peut être en elle-même une entrave à l'accès au soin, aspect qui peut être constaté chez les personnes vivant dans la rue (Adam, 2017).

Spécifique au contexte suisse, Kiselev et collaborateur·ice·s (2020) ont étudié les barrières à l'accès aux soins en santé mentale pour des personnes migrant·e·s originaires de Syrie. Cette étude est intéressante pour son ancrage géographique, et également parce qu'elle permet de traiter en particulier les barrières existantes pour les personnes issues de la migration. Cinq syrien·ne·s, cinq soignant·e·s et cinq autres parties prenantes ont participé à des entretiens qualitatifs afin de mettre en évidence les barrières structurelles et socioculturelles. Concernant les premières, nous retrouvons d'abord le manque de ressources, à la fois du côté des patient·e·s (e.g. garde d'enfants, coût des transports) et du côté du système de soin (e.g. longue liste d'attente, manque de personnel qualifié). La recherche met également en évidence la barrière linguistique qui crée des problèmes de communication. En outre, les répondant·e·s rapportent le problème des "gatekeepers", autrement dit, des médecins ou autres professionnel·le·s qui sont garant·e·s de l'accès à un suivi en santé mentale. Les patient·e·s dépendent uniquement de cette personne pour être référé·e·s vers une

prise en charge plus pointue, et il arrive qu'elle soit réfractaire à cela ou qu'elle n'ait pas les compétences pour décider du bien-fondé d'une prise en charge psychique. Enfin, l'article mentionne un dernier ensemble de barrières moins souvent évoqué, qui se réfère à la complexité du système suisse, aspect qui est aussi qualifié de barrière administrative dans la littérature (Adam, 2017). Cette dimension fait référence aux procédures et fonctionnement de l'administration ainsi qu'au fonctionnement du monde médical en particulier (e.g. fonctionnement des assurances, savoir à qui s'adresser en cas de problème).

Malgré l'importance de ces barrières structurelles, les obstacles les plus prégnants sont ceux d'ordre socioculturel (Kiselev et al., 2020). Les participant·e·s observent tout d'abord un décalage entre les besoins des migrant·e·s et le fonctionnement du système de soin occidental. Cela résulte d'une conception différente des problèmes d'ordre psychique et du soin. Plus précisément, des points similaires à ceux des deux revues sont identifiés, comme un manque de confiance, une peur de mauvais traitement, et enfin un manque de compétences du côté des soignant·e·s pour travailler avec des personnes de cultures différentes. Deuxièmement, il peut y avoir une vision négative des troubles mentaux dans la communauté d'origine des patient·e·s créant alors une peur d'être stigmatisé·e·s. Pour terminer, les répondant·e·s de l'étude relatent un manque de conscientisation des problèmes de santé mentale chez les patient·e·s, et de leur état de santé en général.

En résumé, ces études montrent qu'il existe quantités de barrières aux soins en santé mentale pour les personnes précaires. Bien que les barrières structurelles soient les plus apparentes, l'impact des barrières socioculturelles est primordial à considérer.

## 2.2 Précarité et psychothérapie: enjeux pratiques, émotionnels et relationnels

### *2.2.1 Place du statut social et économique dans la psychothérapie*

En évoluant vers un modèle qui prend en compte les différences culturelles, l'influence des appartenances sociales telles que le genre ou l'ethnie sur l'expérience de la psychothérapie a été explorée (L. Smith, 2005). Cependant, très peu de recherches se sont penchées sur les effets du SSE dans le processus psychothérapeutique (Balmforth, 2009; Lott, 2002; L. Smith et al., 2011), qui restent par conséquent encore flous. Heureusement, certaines études récentes s'intéressent à cette thématique et nous permettent de mettre en évidence plusieurs points. Il est important de préciser que les travaux que nous avons considérés ne parlent pas de précarité, mais de personnes à bas revenu ou pauvres. Comme nous l'avons relevé précédemment, cela permet d'objectiver des facteurs centraux aux situations de

précarité, tel que le revenu, mais ne couvre cependant pas toutes les personnes qui pourraient être qualifiées de précarisées.

Les recherches que nous avons consultées sur l'impact du SSE en la thérapie prennent souvent le parti d'interroger soit des thérapeutes soit des patient·e·s sur leurs expériences, ce qui permet de mieux comprendre les points de vue de chacun·e. L'ensemble de ces études parvient à une conclusion globale unanime : lorsque les patient·e·s sont des personnes à faible revenu ou pauvres, le SSE est une variable importante pour divers aspects de la thérapie, et ceci que le thérapeute accueille volontairement cette thématique ou non (Borges & Goodman, 2020; J. M. Smith, 2000; L. Smith et al., 2013; Thompson et al., 2012, 2015; Trott & Reeves, 2018). En effet, lorsque les études concernent le point de vue des professionnel·le·s, la plupart explique que la précarité des patient·e·s influence profondément leur prise en charge (Borges & Goodman, 2020; Sharir, 2017; L. Smith et al., 2013; Thompson et al., 2015). Du point de vue des patient·e·s concerné·e·s, cela est encore plus clair. Certain·e·s expriment une appréhension d'être stigmatisé·e·s ou peu compris·e·s si leurs thérapeutes ont un SSE supérieur au leur (Trott & Reeves, 2018), et ce sentiment semble se confirmer lorsqu'ils·elles perçoivent que le·la thérapeute n'est pas en mesure de s'ouvrir à un autre cadre de référence que celui qui lui est propre (Balmforth, 2009). Cependant, il est principalement mis en avant que l'importance réside dans la manière dont est traitée cette différence de statut, et non la différence elle-même (J. M. Smith, 2000; Thompson et al., 2012; Trott & Reeves, 2018). Dès lors que les thérapeutes s'adaptent à leurs client·e·s et montrent une compréhension de leur contexte de vie, les répercussions sur la thérapie sont clairement positives (Borges & Goodman, 2020; Falconnier & Elkin, 2008; M. Pugach & Goodman, 2015; Thompson et al., 2012; Trott & Reeves, 2018). Cela s'observe au niveau de la construction du lien entre thérapeute et patient·e (Thompson et al., 2015), mais également au niveau de la qualité du vécu des patient·e·s (Trott & Reeves, 2018) et des résultats thérapeutiques (Falconnier & Elkin, 2008).

L'étude de Thompson et collègues (2012) illustre bien ce besoin d'adaptation. Seize patient·e·s reportant un bas revenu décrivent une image de la psychothérapie traversée par le prisme de la classe sociale. Leurs vécus se trouvent être positifs lorsqu'ils·elles perçoivent certaines caractéristiques, considérées comme preuves que le·la thérapeute comprend leurs expériences de vie et tient compte de leur SSE. Par exemple, quelques participant·e·s mettent en exergue les efforts sincères des professionnel·le·s pour créer une relation d'égal à égal. Les répondant·e·s remarquent également lorsque les professionnel·le·s sont capables de reconnaître explicitement le rôle de la classe sociale dans les difficultés que leurs patient·e·s

rencontrent ainsi que dans le processus de la thérapie. La capacité des thérapeutes à accueillir des contenus liés aux problématiques concrètes des patient·e·s en séance semble aussi importante. Par exemple, le fait que le·la praticien·ne manifeste une inquiétude pour la situation de logement du·de la patient·e, ou qu'il·elle l'assiste dans des démarches pour obtenir une aide financière sont des éléments mis en évidence. Pour finir, les répondant·e·s rapportent particulièrement avoir été touché·e·s par le fait que des thérapeutes soient disposé·e·s à transgresser leur cadre de pratique pour les aider : cela peut se traduire par le fait de leur téléphoner pour prendre de leurs nouvelles, de plaider leur cause pour qu'ils ou elles obtiennent certaines aides ou services, ou encore de faire preuve de flexibilité concernant le paiement des séances. Cette capacité de flexibilité et de "transgression" de la part du·de la praticien·ne est aussi expressément relevée et appréciée par des patientes dans l'étude de Pugach et Goodman (2015).

Du point de vue des professionnel·le·s à présent, plusieurs recherches montrent de quelle manière ces adaptations se construisent. Tout d'abord, cela passe par la compréhension de la part des thérapeutes de ce que signifie être dans une situation précaire, et ce que cela implique sur les besoins et les ressources à disposition (Krupnick & Melnikoff, 2012; L. Smith et al., 2013; Thompson et al., 2015). Par exemple, les travailleur·euse·s d'un centre de soin pluridisciplinaire considèrent comme clé d'avoir travaillé dans des communautés pauvres, ce qui leur a permis de comprendre l'inscription des symptômes de leurs client·e·s en lien avec leur contexte de vie, la nature systémique de la pauvreté, ou encore l'impact des oppressions subies sur la santé mentale (L. Smith et al., 2013). Dans l'étude de Thompson et collègues (2015), les participant·e·s relèvent le même besoin. Ils·elles mettent en avant le manque d'attention à la population avec un faible revenu dans leurs cursus, et par conséquent leur manque d'outillage et de compréhension lors du début de leur travail avec cette patientèle.

Ensuite, il convient d'agir en adéquation avec ces éléments. Il faut pour cela accorder du temps en séance aux aspects concrets liés à la précarité et aux besoins de base. En effet, certain·e·s professionnel·le·s expliquent faire primer les besoins plus pressants de la personne (e.g. s'assurer du remboursement de la thérapie), et s'en occuper en amont du travail psychique (Sharir, 2017; L. Smith et al., 2013). D'autres relatent garder une certaine souplesse quant au focus des séances : selon les besoins exprimés par le·la patient·e, l'accent sera davantage mis sur l'intrapsychique ou les réalités externes (Borges & Goodman, 2020).

Dans la continuité de cette adaptation, nous retrouvons aussi le fait de garder un cadre thérapeutique flexible. Cet aspect ressort notamment de manière importante dans l'étude

qualitative de Borges et Goodman (2020), où des praticien·ne·s expérimenté·e·s relatent concevoir différemment leur cadre thérapeutique, être plus souples, afin de répondre aux besoins prépondérants chez une population avec un bas revenu. Cette souplesse se concrétise quant aux cadres temporel (e.g. retard, changement de date de rendez-vous) et spatial (e.g. entretien dans une voiture, dans un parc) par exemple, qui doivent pouvoir accommoder la nature imprévisible de la pauvreté. Les autrices concluent également que pour cette patientèle, il est justifié de sortir de l'élaboration psychique pour apporter une aide concrète (e.g. aller acheter à manger avec la personne, téléphoner pour aider le·la patient·e à obtenir une aide financière). Cet extrait tiré de l'étude de L. Smith et collaboratrices (2013, p. 143) en est un exemple manifeste :

“The mom lived in one room with three very active kids. She said, “I keep folding the clothes... there’s no place to put [them], so I put them on the bed. And then they jump on the bed and everything falls apart again.” So we [bought] three plastic containers. These are the things that can be part of our interventions. Some very small, practical things.”<sup>1</sup>

Dans les exemples les plus marquants, certain·e·s thérapeutes indiquent même apporter une contribution financière à leurs patient·e·s pour répondre à leurs besoins matériels pressants. L'importance de ces adaptations implique pour certain·e·s une remise en question des délimitations du rôle du psychothérapeute (Thompson et al., 2015). Plusieurs participant·e·s disent eux·elles-mêmes prendre différents rôles professionnels, et se mobilisent également pour leurs patient·e·s au-delà de leur travail clinique.

En parallèle, les études s'intéressant à la vision des patient·e·s nous montrent que ces adaptations ne sont pas vaines, car elles sont soulignées par ces dernier·ère·s, qui leur donnent beaucoup d'importance (M. Pugach & Goodman, 2015; Thompson et al., 2012; Trott & Reeves, 2018). Ils et elles sentent que leurs besoins sont entendus, qu'on leur donne une place en thérapie et que le·la thérapeute est soutenant·e. Plusieurs répondant·e·s étaient d'ailleurs très ému·e·s à l'évocation de ce que leurs thérapeutes avaient pu faire pour eux et elles (Thompson et al., 2012). Ainsi, la littérature met en avant une nécessité de prendre en compte les besoins spécifiques de cette patientèle à travers une adaptation des pratiques courantes de la psychothérapie pour que cette dernière soit réellement aidante.

---

<sup>1</sup> Traduction libre : “La mère vivait dans une seule pièce avec trois enfants très actifs. Elle disait : “Je n'arrête pas de plier les vêtements... il n'y a pas de place pour [les] ranger, alors je les mets sur le lit. Puis [les enfants] sautent sur le lit et tout s'écroule à nouveau.” Nous avons donc acheté trois conteneurs en plastique. Ce sont des choses qui peuvent faire partie de nos interventions. Des choses très petites et très pratiques.”

### 2.2.2 Attitudes, stéréotypes et enjeux relationnels liés au SSE en psychothérapie

Comme nous venons de l'étayer, les besoins des patient·e·s en lien avec leur précarité occupent un rôle important dans l'espace psychothérapeutique. Il est essentiel que les professionnel·le·s tiennent compte de ces aspects dans leur pratique, notamment en vue de favoriser la relation thérapeutique et *in fine* le mieux-être des patient·e·s. Néanmoins, un bon accompagnement nécessite aussi pour les praticien·ne·s d'interroger leurs éventuels biais et stéréotypes à l'égard des personnes précarisées. Il en est de même pour les enjeux de pouvoir relatifs aux différences de SSE entre soignant·e et soigné·e. À nouveau, les études récentes s'attardant à examiner ces différences sont rares, comparativement à celles qui investiguent les différences en termes de genre, d'orientation sexuelle ou de culture ethnique.

Parmi les recherches plus anciennes, il nous faut premièrement mentionner l'étude de Haase (1964, cité dans Jones, 1974) qui a investigué l'influence du SSE sur les perceptions des thérapeutes. Pour ce faire, il a construit quatre paires de protocoles de Rorschach qu'il a présenté à 75 clinicien·ne·s en faisant varier uniquement le facteur de la classe sociale, avec deux tests de personnes prétendument issues de classe moyenne et deux de personnes défavorisées. Les résultats montrent un biais en défaveur des personnes de classe basse qui sont diagnostiquées plus sévèrement malades que les personnes de classe moyenne, en dépit de protocoles identiques. De plus, il faut noter que les résultats de l'étude ne mettent pas en avant de différences significatives en fonction de la classe sociale d'origine des thérapeutes. L'auteur ne trouve pas non plus de lien entre le niveau du SSE des patient·e·s que les participant·e·s rencontrent habituellement et ce biais. Cette tendance concernant le diagnostic a été confirmée par une autre étude (Trachtman, 1971) qui a répliqué la recherche de Haase auprès de soixante psychologues cliniciens. Les résultats des deux études appuient l'existence d'un lien entre la classe sociale des patient·e·s et des biais en termes de jugement clinique.

Plus récemment, les apports de Laura Smith (2005; 2011, 2013), qui a exercé auprès de patient·e·s défavorisé·e·s, ont permis d'obtenir de plus amples connaissances sur la place de la classe sociale dans la psychothérapie. Elle estime que l'influence des attitude des professionnel·le·s de la santé mentale en lien avec la classe sociale de leurs patient·e·s n'est pas suffisamment étudiée et que l'oppression basée sur la classe sociale est peu soulevée dans la pratique clinique. Face à ce manque, Smith et collègues (2011) se sont intéressé·e·s à l'influence de la classe sociale des client·e·s sur les premières impressions thérapeutiques des thérapeutes. Leur étude, réalisée à partir d'un échantillon de 193 étudiant·e·s en psychologie clinique et du conseil, s'est basée sur la théorie du *Belief in a just world (BJW)* développé par Lerner (cité dans L. Smith et al., 2011) pour tenter de saisir les attitudes en lien avec la classe

sociale et la pauvreté. Le *BJW* est une théorie de la justice sociale faisant référence au mode de croyances qui sous-tend l'idée que le monde est juste et par conséquent que les individus ont ce qu'ils méritent et méritent ce qu'ils ont. Les résultats issus de cette étude suggèrent que plus les psychologues en formation croient en un monde juste, plus ils·elles ont tendance à estimer que les patient·e·s pauvres ou de classe ouvrière sont plus désagréables et dysfonctionnel·le·s, en comparaison à ceux·celles de classe moyenne ou élevée. En outre, les psychologues avec un score de *BJW* élevé semblent porter un regard plus négatif non seulement sur les personnes de SSE bas, mais également sur le travail qu'ils·elles vont pouvoir faire avec elles. Cette variable de la classe sociale à elle seule semble teinter cognitivement leurs impressions cliniques de façon négative et affectivement puisqu'ils·elles ont moins d'attentes favorables quant au travail thérapeutique futur avec ces patient·e·s. Les auteur·ices expliquent que l'adhésion à des croyances en lien avec un monde et une société méritocratique peut conduire les praticien·ne·s à blâmer les personnes précarisées. Il peut s'agir d'une stratégie inconsciente qui permet de maintenir à distance l'idée angoissante qu'une telle circonstance puisse arriver à soi-même (L. Smith et al., 2011). Nous pouvons supposer que cette tendance fait courir le risque d'une stigmatisation accrue des personnes précarisées en leur attribuant la responsabilité de leurs maux et circonstances. Pour conclure, l'attitude négative à l'égard de ces patient·e·s, qui va de pair avec des impressions cliniques biaisées, impacte certainement les résultats psychothérapeutiques (L. Smith et al., 2011).

En outre, la présence de stéréotypes chez les thérapeutes à l'égard des personnes pauvres a aussi été mise en lumière dans une seconde étude qualitative de Smith et collègues (2013). Plusieurs des professionnel·le·s de la santé mentale interviewé·e·s, et bénéficiant de sept ans d'expérience en moyenne auprès de personnes pauvres, admettent avoir eu de prime abord des jugements négatifs, comme le fait qu'ils·elles sont sales, fainéant·e·s ou encore violent·e·s. La majorité des participant·e·s de cette étude explique qu'ils·elles ont changé leur perception sur les disparités et conditions de vie de ces personnes en travaillant auprès d'elles (L. Smith et al., 2013). Une attitude d'évitement des personnes pauvres a aussi pu être rapportée par plusieurs des participant·e·s. Comprendre ces mécanismes souvent inconscients est essentiel afin qu'ils ne se répercutent pas de façon délétère sur le processus et sur l'alliance thérapeutique (L. Smith et al., 2013).

Si comme nous venons de le mentionner, reconnaître ses propres taches aveugles à l'égard des stéréotypes et des préjugés est important, il convient aussi de tenir compte des modalités relationnelles qui prennent place en thérapie. La relation qui se crée entre patient·e et thérapeute est par essence dissymétrique (Gravouil, 2017). Le·la patient·e, qui a besoin

d'aide pour résoudre des pans de sa vie psychique, se trouve vulnérable et le·la clinicien·ne mis en position d'autorité (Dupont, 2020). Comme l'explique Gravouil (2017, p. 25), cette dissymétrie marque à la fois la "possibilité d'un travail thérapeutique effectif" mais également "la possibilité d'un abus de pouvoir".

Prenant en compte cette asymétrie inhérente à la relation de soin, il faut toutefois interroger les rapports de pouvoir en thérapie en lien avec le SSE. Premièrement, la reconnaissance des rapports de pouvoir qui s'exercent dans la société est essentielle afin de pouvoir travailler en thérapie sans reproduire les expériences de subordination que rencontrent quotidiennement les patient·e·s (Appio et al., 2013; Balmforth, 2009). Par extension, il faut constater comment ces rapports de pouvoir peuvent se rejouer en thérapie. C'est pourquoi une étude qualitative réalisée en Angleterre s'est intéressée au poids de la classe sociale en thérapie en interrogeant six client·e·s issu·e·s de la classe ouvrière (Balmforth, 2009). La question principale qui leur a été posée était de savoir de quelle manière ils·elles ont l'impression que la différence de classe sociale perçue entre eux·elles-mêmes et leur thérapeute affecte la relation thérapeutique. Parmi les catégories principales que les chercheur·euse·s ont pu dégager, il est entre autres apparu que les client·e·s ont un sentiment d'infériorité et ne se sentent pas pleinement eux·elles-mêmes en séance. Ils·elles se sentent parfois incompris·e·s et perçoivent le·la thérapeute comme une figure d'autorité. Concernant plus précisément la relation thérapeutique, ils·elles mentionnent le manque de connexion en lien avec le déséquilibre de pouvoir dans la relation. Ils·elles voient d'un bon œil que la question de classe puisse être nommée en thérapie même si ils·elles admettent aussi avoir de la difficulté à en parler d'eux·elles-mêmes. Ces résultats vont de pair avec la revue de littérature de Appio et collaboratrices (2013) qui relève que les patient·e·s pauvres remarquent bel et bien la différence de classe entre eux·elles-mêmes et les professionnel·le·s. Alors, le·la thérapeute a un rôle à jouer en reconnaissant cette dynamique liée à la classe sociale ainsi que ses effets et en les abordant en thérapie.

Dès lors, dans la rencontre clinique, il est judicieux de ne pas chercher à tout prix à réduire en apparence les différences mais de les reconnaître (J. M. Smith, 2000). Toute différence, qu'elle soit en termes d'orientation sexuelle, de genre, de culture ou de classe sociale, comporte possiblement un héritage de déséquilibre de pouvoir et de domination (Balmforth, 2009). Nier cela dans le rapport entre patient·e·s et thérapeutes peut constituer un obstacle à la relation thérapeutique et par ricochet aux résultats de la thérapie. L'espace de la thérapie n'étant pas imperméable au contexte social, historique et politique, les professionnel·le·s de la santé mentale doivent réfléchir à leurs propres origines sociales et

questionner la manière dont leurs propres positions dans la société et celles de leurs patient·e·s peuvent affecter leur pratique clinique. En bref, il est essentiel que ces dynamiques puissent être interrogées par les praticien·ne·s et les superviseur·euse·s et qu'elles fassent l'objet d'une réflexion approfondie, notamment dans la formation des clinicien·ne·s (Balmforth, 2009).

Au-delà de cette prise de conscience critique, les thérapeutes peuvent également devenir de véritables défenseur·e·s, ou *advocate* en anglais, en agissant de sorte à aider leurs patient·e·s à accéder aux ressources qui répondent à leurs besoins fondamentaux (Appio et al., 2013). En suivant cette idée, les compétences des clinicien·ne·s ne se limitent pas à la sphère de la psychothérapie mais s'étendent aux domaines sociaux et politiques en vue de contribuer favorablement à des changements dans la vie des personnes, et même à plus large échelle dans les systèmes et institutions (Stabb & Reimers, 2013). Les compétences en matière de défense des intérêts passent tout d'abord par une bonne connaissance des différentes structures qui proposent des services comme des aides aux logements, des biens de premières nécessités, des soins de santé ou encore des formations, mais passent aussi par la compréhension des contextes de précarité et des procédures de demande d'aide (Appio et al., 2013). Le·la clinicien·ne ne se limite donc pas aux dimensions intrapsychiques dans le cadre des consultations, mais se mobilise activement afin de répondre aux besoins concrets des patient·e·s.

### *2.2.3 Vécus émotionnels des psychothérapeutes pratiquant auprès de patient·e·s en situation de précarité*

Au même titre que pour les enjeux relationnels qui se jouent entre thérapeute et patient·e, il est utile que les professionnel·le·s tiennent compte des éprouvés qui émergent au cours du processus thérapeutique. La place qu'accorde les clinicien·ne·s à leurs éprouvés dans le cadre de leur pratique est une thématique qui a beaucoup intéressé les psychothérapeutes. Les avis sur ce sujet peuvent diverger en fonction des époques mais aussi des référentiels théoriques.

Si les systémicien·ne·s de la première génération ont d'abord mis de côté les affects du·de la psychothérapeute, estimant que celui·celle-ci se situe en dehors du système qu'il·elle observe et qu'il·elle se doit de rester neutre, les thérapeutes de la seconde génération ont provoqué un changement de paradigme notable. Parmi les pionniers de ce mouvement, il est intéressant de mentionner Mony Elkaïm qui a développé le concept de résonance. Cette notion permet de rendre compte de la manière dont thérapeutes et patient·e·s peuvent vibrer à

l'unisson sur des éléments spécifiques. Il explique en outre que “un élément ne s’amplifie que lorsque, dans des circonstances particulières, le lien à l’autre l’éveille” (Elkaïm, 2014, p. 67). La résonance n’est donc pas réductible à la personne du psychothérapeute et offre à voir les émotions comme naissant de la relation entre soi et l’autre (Goldbeter-Merinfeld, 2022).

Par ailleurs, le concept de résonance fait indéniablement penser au phénomène de contre-transfert initialement introduit par Freud, offrant tous deux à penser la place du thérapeute et de ses propres affects dans le processus psychothérapeutique. Freud décrit le contre-transfert comme des réactions inconscientes que le·la praticien·ne éprouve face au transfert du·de la patient·e, en d’autres termes, il s’agit de “l’influence du patient sur la sensibilité inconsciente du médecin” (Cerf De Dudzele, 2007, p. 12). Ferenczi, son élève, prône lui l’utilisation clinique du contre-transfert pour “reconnaître et détecter les éléments les plus significatifs du transfert du patient, à mesure qu’ils se déploient” (Cabré & Michaud, 2012, p. 80). Il estime que les émotions qui émergent chez les praticien·ne·s dans la rencontre avec les patient·e·s constituent un levier thérapeutique pour s’approcher de l’inconscient de ces dernier·ère·s (Cabré & Michaud, 2012). Freud et Ferenczi, comme Elkaïm pratiquement un siècle plus tard, semblent s’entendre sur le fait que les praticien·ne·s doivent se pencher sur leur intérieur et examiner les mouvements affectifs qui les traversent.

Pour poursuivre la réflexion, un article de Calicis (2017) permet d’apporter une dimension d’application pratique aux éléments théoriques développés. Elle explique que face à son éprouvé, le·la psychothérapeute doit d’une part s’interroger sur ce qui lui appartient et qu’il·elle projette sur l’autre ainsi que sur ce qui vient des patient·e·s. D’autre part, il doit penser ce qui est commun aux patient·e·s et à lui·elle-même, soit ce qui est à l’intersection et qui tend à s’amplifier. De plus, il est bon de préciser que dans le soi du·de la thérapeute se retrouve imbriqué le soi professionnel et le soi privé (Calicis, 2017). Par conséquent, les professionnel·le·s ne peuvent se départir de leur propre histoire personnelle, de leurs sensibilités et de leur héritage socioculturel. Il est donc central que le·la professionnel·le tienne compte de ces éléments théoriques afin de pouvoir appréhender au mieux ses vécus (Calicis, 2017).

Tenant compte de ces éléments, il est intéressant de se demander si la pratique psychothérapeutique auprès de patient·e·s en situation de précarité entraîne une mobilisation des affects différente en termes de nature des éprouvés, d’intensité ou encore de résonances. Même si les données issues de la littérature sont rares à ce sujet, il existe tout de même quelques études qui ont cherché à explorer les enjeux émotionnels des suivis avec une patientèle précarisée. Les entretiens semi-structurés réalisés par Thompson et collègues

(2015) auprès de neuf professionnel·le·s suivant des patient·e·s à bas revenu ont permis de mettre en exergue quelques vécus émotionnels qui découlent de cette pratique. Au travers des entretiens, la peur et le jugement sont les réactions émotionnelles qui sont le plus ressorties. Pour plusieurs, ces éprouvés sont liés à leur propre crainte d'avoir des difficultés socioéconomiques (Thompson et al., 2015). L'étude de Smith et collègues (2013) relève un mouvement similaire. Effectivement, leurs participant·e·s expriment qu'ils-elles avaient tendance à éviter les personnes pauvres avant d'exercer à leur côté. Cette réaction d'évitement voire de rejet peut être le résultat d'une peur inconsciente d'identification avec les personnes pauvres (J. M. Smith, 2000). Tenir à distance les populations pauvres peut par conséquent se comprendre comme une façon de continuer à jouir soi-même de bonnes conditions socioéconomiques sans devoir prêter attention aux inégalités sociales (J. M. Smith, 2000) ou encore comme une tentative de pallier l'angoisse de se retrouver soi-même pauvre ou en bas de l'échelle sociale (Thompson et al., 2015). Or, lorsqu'un·e thérapeute exerce avec des patient·e·s, il ne peut fermer les yeux sur ces dimensions.

De façon plus générale, les thérapeutes interrogé·e·s dans ces études décrivent ce travail comme lourd émotionnellement, potentiellement envahissant et difficile (J. M. Smith, 2000; L. Smith et al., 2013; Thompson et al., 2015). Ceci se traduit notamment par le fait qu'ils-elles doivent parfois se retenir de s'investir de manière excessive émotionnellement, quelques-un·e·s allant jusqu'à nommer un instinct maternel qui les animent à l'égard de ces patient·e·s (Thompson et al., 2015). De plus, la charge émotionnelle et mentale peut aussi se comprendre par le vécu d'impuissance voire de perte d'espoir face aux situations préoccupantes de leurs patient·e·s, avec une impression de ne pas réussir à les aider ou de ne pas en faire assez (J. M. Smith, 2000; L. Smith et al., 2013). Enfin, l'accompagnement psychologique de patient·e·s pauvres n'est pas anodin, car cette pratique clinique oblige les psychothérapeutes à faire face à leurs propres positions sociales et celles des patient·e·s (L. Smith, 2005) mais aussi de manière plus globale à être témoin d'un monde impitoyable (J. M. Smith, 2000). Ainsi, cette expérience donne sens au sentiment de culpabilité relevé par plusieurs thérapeutes dans l'étude de Thompson et collègues (2015), sentiment sous-tendu par le fait de bénéficier d'un confort économique et social que les patient·e·s n'ont pas, mais aussi par une tendance à parfois juger leurs patient·e·s.

Néanmoins, les praticien·ne·s ayant participé à l'étude précitée (Thompson et al., 2015) décrivent aussi leur travail comme d'une grande richesse, leur apportant à la fois professionnellement et personnellement. Malgré le vécu d'impuissance rapporté, plusieurs thérapeutes expriment une impression d'utilité, une valorisation à travers le sentiment de

s'engager pour une cause plus grande qu'eux·elles et même pour certain·e·s une motivation à faire évoluer positivement le système social (L. Smith et al., 2013; Thompson et al., 2015). Des praticien·ne·s relèvent aussi apprécier admirer la capacité de résilience de leurs patients et leurs réussites (Thompson et al., 2015).

L'introduction de ces points théoriques quant à la patientèle qui nous intéresse et quant à la conception des éprouvés en psychothérapie nous permet de définir un cadre pour notre travail. Par ailleurs, nous avons aussi pu mettre en évidence les apports des études se rapprochant de notre sujet, nous aidant à fixer nos objectifs de recherche.

### 3. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Comme la littérature présentée nous a permis de l'identifier, certains domaines restent peu abordés dans la recherche en psychothérapie. En l'occurrence, la nature de l'expérience relationnelle et émotionnelle qui se noue et se construit entre thérapeute et patient·e en situation de précarité socioéconomique est peu explorée. Pourtant le cadre du soin et de la psychothérapie n'est pas imperméable à la précarité vécue par les patient·e·s et aux inégalités sociales. Les barrières à l'entrée en soin que rencontrent les personnes précarisées sont bien décrites et problématisées. Cependant, il serait illusoire de penser que l'influence d'un SSE bas se répercute uniquement sur les aspects pratiques et le vécu des patient·e·s. Ainsi, il nous semble judicieux d'explorer au travers du vécu des thérapeutes le retentissement possible des conditions de vie précaire des patient·e·s sur les soignant·e·s et leur pratique clinique.

Pour ces raisons, notre travail a pour objectif d'explorer la manière dont les psychothérapeutes tiennent compte de la précarité de leurs patient·e·s dans leur pratique. En d'autres termes, il s'agit d'interroger la place que cette dimension occupe dans la prise en charge selon leurs perceptions. Notre second objectif est d'explorer les vécus qui animent les psychothérapeutes lorsqu'ils et elles reçoivent des personnes en situation de précarité en consultation. Nous cherchons à découvrir le sens donné à leurs vécus lors de ces suivis, notamment sous le prisme de leur histoire de vie personnelle et familiale ainsi que leurs appartenances sociale et économique. Enfin, le troisième objectif est de comprendre de quelle manière leurs éprouvés en lien avec la précarité des patient·e·s et leurs représentations sont sous-tendues par des enjeux sociaux et relationnels dépassant le cadre de la clinique. Nous pensons ici à l'incidence de l'écart du SSE entre patient·e·s et psychothérapeutes sur l'aspect relationnel ou encore à la présence de stéréotypes. Notre question exploratoire de recherche peut se résumer de la manière suivante :

*Quelles sont les expériences vécues des psychothérapeutes exerçant auprès d'une patientèle en situation de précarité et quelles sont les implications de la précarité sur le processus thérapeutique?*

Par ce questionnaire, nous avons également comme visée plus implicite de contribuer à un meilleur accompagnement des personnes fragilisées sur les plans économique et/ou administratif. En effet, nous estimons qu'apporter une compréhension plus complète des implications pour le processus thérapeutique et ses acteur·rice·s permettra d'offrir davantage d'outils et de clés de lecture aux psychothérapeutes pour leur pratique.

## 4. MÉTHODOLOGIE

### 4.1 Constructivisme comme cadre épistémologique

Avant de décrire les méthodes utilisées dans cette étude, il nous faut d'abord expliciter l'ancrage épistémologique de ce travail, qui s'inscrit dans le constructivisme. La façon dont les chercheur·euse·s se positionnent par rapport aux savoirs produits oriente ce qu'ils·elles vont pouvoir en déduire (Allard-Poesi & Perret, 2014; Astolfi et al., 2008; Braun & Clarke, 2006). Parler d'épistémologie en recherche nous semble donc primordial afin d'explicitier la nature de la réalité que nous pensons saisir (Astolfi et al., 2008).

En nous basant sur le constructivisme, nous adhérons à l'idée selon laquelle "le monde de la science est une construction et non une simple observation du réel" (Astolfi et al., 2008, p. 26). Nous appréhendons dès lors les résultats issus de notre recherche non pas comme des formes de connaissances objectives, mais comme relevant de l'intersubjectivité (Bioy et al., 2021). Le phénomène étudié, à savoir les vécus des thérapeutes, s'inscrit dans une réalité "mouvante, multiple et co-construite" par des éléments subjectifs tels que les dimensions culturelles, sociales, politiques (Bioy et al., 2021, p. 26) ainsi que par l'interaction entre nous, étudiantes-chercheuses et les participant·e·s. De ce fait, nous considérons par exemple que notre canevas d'entretien, bien qu'élaboré à partir de la littérature, n'est pas exempt de nos propres subjectivités en tant que chercheuses, appartenant à des classes sociales spécifiques, ayant un vif intérêt pour les questions liées aux inégalités sociales et appartenant à l'univers académique en psychologie. De fait, le support que nous avons co-construit à l'aide de nos recherches et de notre subjectivité ont contribué à ce que l'on interroge et interagisse avec les participant·e·s d'une façon singulière. Ceci contribue au fait que nous ne prétendons pas "accéder à des lois naturelles jusque-là cachées"(Astolfi et al., 2008) et assumons la nature construite de nos résultats. À l'instar des systémicien·ne·s de la seconde cybernétique, nous considérons que nous ne pouvons nous soustraire du phénomène que nous souhaitons observer.

### 4.2 Participant·e·s

#### *4.2.1 Recrutement*

Le recrutement des participant·e·s s'est fait par le biais de la diffusion d'un flyer présentant brièvement notre étude et les critères des participant·e·s recherché·e·s. Nous l'avons partagé sur un groupe Facebook pour psychologues suisses romands, sur un groupe WhatsApp de psychologues suisses romands (571 membres) ainsi que sur LinkedIn. Nous

avons également approché des participant·e·s en les contactant par mail (112 personnes) ou directement par téléphone (3 personnes). Dans l'ensemble des personnes contactées par mail, une trentaine de personnes nous ont répondu et uniquement trois thérapeutes se sont dit disponibles pour nous rencontrer. Notre idée préliminaire consistait à mener un focus group en plus de plusieurs entretiens individuels. Toutefois, face à notre grande difficulté à rassembler suffisamment de psychothérapeutes à une date et heure commune, nous avons dû faire évoluer notre recherche. En effet, bien que le sujet de notre étude ait suscité beaucoup d'intérêt car considéré comme important par plusieurs et qu'il ait été reçu de manière très positive par les personnes nous ayant répondu, beaucoup se devaient de refuser pour des questions d'agenda ou de déplacements trop entravants. Pour pallier ces différents obstacles, nous avons choisi de mener uniquement des entretiens individuels et de nous déplacer à la rencontre des praticien·ne·s. Cette solution a immédiatement dénoué la situation et nous sommes parvenues rapidement à mener nos huit entretiens. Nous faisons également l'hypothèse que participer à un focus group sur un sujet tel que le vécu interne lié au SSE du patient est plus exposant et potentiellement plus inconfortable qu'un entretien individuel.

#### *4.2.2. Description de l'échantillon*

Notre échantillon total se compose de huit psychologues-psychothérapeutes, sept femmes et un homme. Parmi ces personnes, deux sont actuellement en fin de formation pour obtenir leur titre de psychothérapeute et une est à la retraite. Le nombre d'années de pratique clinique varie grandement entre les participant·e·s allant de 5 à 55 ans. En termes d'orientations théoriques, deux personnes sont formées à la psychodynamique/psychanalyse, cinq à la systémique et une thérapeute est formée à la fois à la systémique et à la psychanalyse.

Tous et toutes ont répondu à nos critères de sélection, à savoir être psychologues-psychothérapeute (ou cours de formation) et avoir suivi un ou plusieurs patient·e·s en situation de précarité dans leur pratique. Ces thérapeutes exercent dans le Canton de Vaud, du Valais ou dans le Canton de Genève, dans des cadres variés comme en institution publique, en cabinet privé ou encore dans le cadre d'association. Il·elles ont également rapporté des expériences professionnelles passées diverses. Certain·e·s ont pratiqué à l'étranger dans le cadre de missions humanitaires (E et H), l'une a entre autres créé une association accueillant des personnes marginalisées et en souffrance (C), d'autres sont passés du travail en institution publique et associatif au privé (F) ou l'inverse.

Selon le questionnaire sociodémographique que les participant·e·s ont rempli, deux identifient leur SSE d'origine comme se situant entre bas et moyen, cinq comme moyen et une participante comme élevé. Il faut mentionner ici que deux des personnes ayant mentionné avoir un SSE d'origine moyen ont exprimé de la difficulté à se déterminer strictement dans cette case, hésitant à cocher dans la case "bas". Concernant leur position sociale actuelle, une considère son SSE comme bas, trois identifient leur SSE à moyen, deux à moyen-élevé et deux considèrent leur SSE comme élevé.

Les informations sociodémographiques sont reportées dans le tableau ci-dessous (voir le point 4.3.2 et l'annexe n°3 pour plus d'informations sur la récolte de ces données). Nous avons attribué des lettres à chaque participant·e·s afin de garantir leur anonymat .

<i>Participant·e·s</i>	<i>Genre</i>	<i>Titre professionnel</i>	<i>Années de pratique</i>	<i>Cadre de pratique actuel</i>	<i>Ancrages théoriques</i>	<i>SSE d'origine</i>	<i>SSE actuel</i>
<b>A</b>	F	Psychologue-ps ychothérapeute	18	Cabinet privé*	Systemique et ethnopsychiatrie	Moyen	Moyen
<b>B</b>	F	Psychologue-ps ychothérapeute en formation	5	Institution publique (psychiatrie légale)	Systemique	Moyen	Bas
<b>C</b>	F	Psychologue-ps ychothérapeute	50	Retraitée**	Psychanalytique, systemique et groupale	Elevé	Elevé
<b>D</b>	F	Psychologue-ps ychothérapeute	13	Institution publique	Psychanalytique	Moyen	Moyen
<b>E</b>	F	Psychologue-ps ychothérapeute	11	Cabinet privé	Psychodynamique	Moyen	Moyen/élevé
<b>F</b>	F	Psychologue-ps ychothérapeute en formation	5	Association pour personnes migrant·e·s	Systemique	Bas/moy en	Moyen/élevé
<b>G</b>	F	Psychologue-ps ychothérapeute	17	Cabinet privé et organisation de psychologues	Systemique-constr uctiviste	Moyen	Moyen
<b>H</b>	H	Psychologue-ps ychothérapeute cadre	14	Cabinet privé de groupe	Systemique	Bas/moy en	Elevé

Tableau 1 : Description de l'échantillon

\* Cependant, cette participante a exercé la majeure partie de sa carrière dans le domaine public et associatif, notamment auprès de personnes issues de la migration.

\*\* Cette participante a exercé en cabinet privé, en institution publique et en association pendant sa carrière.

## 4.3 Collecte des données

### *4.3.1 L'entretien individuel semi-structuré*

Dans le cadre de cette recherche de type qualitatif, nous avons choisi de récolter nos données par le biais d'entretiens individuels semi-directifs. Il s'agit d'une méthode permettant d'avoir accès à l'expérience vécue des personnes interrogées à travers le discours (Chahraoui, 2021). L'utilisation de l'entretien semble dès lors appropriée à notre volonté d'appréhender la manière dont les psychothérapeutes interagissent avec leurs patient·e·s en situation de précarité et les vécus qui les animent. Ce processus de communication permet d'avoir accès à un discours *in situ*, co-construit et en partie façonné par les interactions qui se construisent au fil de l'entretien (Blanchet & Gotman, 2007).

Pour réaliser les entretiens, l'élaboration d'une grille d'entretien a été nécessaire. Sa constitution s'est faite en s'appuyant sur notre revue de la littérature et la formulation de nos questions de recherche. Le canevas regroupe la consigne de démarrage, nos questions principales et questions de relance (*annexe n°1*). Nous avons utilisé ce guide de manière souple dans la volonté d'offrir une liberté de parole à nos participant·e·s et une part d'associativité. Pour cette raison, nos questions principales n'ont pas forcément été posées dans un ordre prédéfini, bien que leur succession ait été pensée de manière logique.

Concernant le déroulement des entretiens, les participant·e·s ont reçu un feuillet d'informations et un formulaire de consentement (*annexe n°2*) qu'il·elles ont lu et signé. Suite à cela les entretiens ont été enregistrés et la consigne de démarrage ainsi que la question initiale ont été posées de façon similaire aux 8 participant·e·s. Les entretiens ont duré en moyenne une heure, avec toutefois un premier entretien de 30 minutes et un de presque deux heures. Les entretiens se sont déroulés dans les cabinets des psychothérapeutes, à leur domicile ou dans un café, en fonction de ce qui convenait le mieux aux thérapeutes.

### *4.3.2 Questionnaire sociodémographique complémentaire*

Comme amorcé dans la partie sur la description de l'échantillon, nous avons créé un questionnaire sociodémographique bref que nous avons fait passer aux participant·e·s en fin d'entretien (*annexe n°3*). La question de l'influence du milieu socioéconomique et des inégalités étant au centre de notre travail, il nous semblait intéressant d'évaluer à partir de quelle position sociale (actuelle et passée) les psychothérapeutes interrogé·e·s racontent leurs expériences. De ce fait, les participant·e·s ont indiqué sur une échelle s'il·elles estiment que leur milieu socioéconomique se situe à un niveau "bas", "moyen" ou "élevé". Notre questionnaire leur laissait également la possibilité de répondre par "autre" et de préciser cette

réponse afin de ne pas les limiter à ces trois catégories. Il·elles ont dû faire de même concernant le milieu socioéconomique actuel.

Outre cette perspective, nous souhaitons également avoir une représentation plus précise du cadre de pratique de ces thérapeutes et de leur statut professionnel. Ainsi, nous avons questionné leur nombre d'années de pratique clinique, le type d'établissement dans lequel il·elles pratiquent, leur titre et leur orientation théorique.

#### 4.4 Méthode d'analyse des données

##### *4.4.1 Analyse thématique*

Pour procéder à l'analyse des données issues des entretiens, nous avons choisi l'analyse thématique de Braun et Clarke (2006). Cette méthode se distingue par sa flexibilité puisqu'elle ne s'inscrit pas dans une assise épistémologique ou un cadre théorique particulier et qu'elle s'adapte à un large éventail de questions de recherches (Byrne, 2022; Nowell et al., 2017; Terry et al., 2017). En outre, elle fournit une description détaillée, complexe et riche de l'ensemble des données. Notre recherche étant de type inductive, nous avons analysé les données sans chercher à les insérer dans un système de codage préexistant, ni dans un cadre théorique prédéfini. Notre analyse est donc principalement orientée sur les données. Après avoir transcrit les entretiens, le verbatim a été analysé en suivant les lignes directrices de la méthode choisie. Le processus d'analyse proposé par Bran et Clark se décompose en six phases, à savoir :

1. Familiarisation avec les données
2. Génération de codes initiaux
3. Recherche des thèmes initiaux
4. Vérification et révision des thèmes
5. Affinage et la nomination des thèmes
6. Production du rapport d'analyse.

Chacune des étapes susmentionnées comporte des sous-étapes que nous avons réalisées dans le cadre de notre analyse de données. La première étape de la familiarisation des données consiste à transcrire mot à mot les enregistrements des entretiens puis à relire les données de manière active. Nous avons ainsi annoté et relevé des éléments pertinents dans nos données comme le suggèrent les autrices. La seconde étape a consisté à créer des codes intéressants, qui permettent d'organiser le matériel récolté en regroupant certains éléments du discours. Nous nous sommes aidées des éléments relevés dans la première étape afin de créer une

cohérence dans notre manière de coder l'entièreté du verbatim. Une fois la liste des codes générée, la troisième étape consiste à développer des thèmes initiaux en triant les différents codes selon leur contenu. Le travail d'analyse prend réellement place dans cette partie puisqu'il s'agit de réfléchir à la manière dont les codes peuvent être regroupés pour donner un sens à nos données. Comme proposé par Clarke et Braun, nous avons créé des mind-maps afin de pouvoir penser les liens entre les codes, les thèmes et les sous-thèmes. En partant des codes, cette étape nous a d'abord amené à développer un grand nombre de thèmes qui restaient proches du verbatim, ne thématissant pas assez, mais nous permettant toutefois une exploration encore plus fine du contenu. La quatrième étape débute lorsqu'il s'agit de vérifier la cohérence de la série de thèmes possibles et de les réviser. Cette phase nous a permis de faire à nouveau des allers-retours entre nos thèmes initiaux et les codes en relisant le verbatim. Nous avons donc pu contrôler la cohérence de nos observations. Par ailleurs, cette étape de réflexion sur notre première analyse nous a amené à rassembler beaucoup de thèmes de manière à avoir une étude finale des données plus lisible et davantage problématisée. Pour finir, nous sommes donc parvenues à dégager 8 thèmes et 30 sous-thèmes, que nous avons organisés sur une carte thématique. La cinquième étape consiste à définir et nommer les thèmes. Il s'agit d'identifier l'essence de chaque thème tout en tenant compte de la manière dont l'ensemble des thèmes s'imbrique. Cette étape exige de penser les thèmes indépendamment mais aussi inter-dépendamment, ce qui nous a nouveau amené à faire des allers-retours entre les codes, les sous-thèmes et les thèmes afin de réfléchir à la cohérence de notre analyse. Enfin, la sixième étape est celle de la rédaction du rapport. Cela se traduit dans notre travail par une première partie de description des résultats accompagnée d'extraits, puis par une discussion permettant de porter un regard réflexif sur notre analyse. Pour terminer, il nous faut noter que ce processus en étape n'est pas aussi linéaire que décrit ici; de fait, les trois dernières étapes décrites se sont en réalité entremêlées, interverties et répétées plusieurs fois avant d'en arriver à notre analyse définitive.

## 5. RÉSULTATS

À l'issue de l'analyse thématique qui a porté sur l'ensemble du corpus des données, nous avons dégagé 8 thèmes ainsi que 30 sous-thèmes différents à partir d'un total de 1643 unités de sens. Dans ce chapitre, nous allons décrire chacune de ces dimensions en les illustrant par des extraits cités. Le nombre d'unités de sens par sous-thème sera par ailleurs indiqué entre crochets dans les introductions des huit thèmes. Afin d'avoir une vision d'ensemble de nos thèmes et sous-thèmes, un tableau les synthétisant et indiquant le nombre d'unités de sens pour chaque dimension se trouve en annexe (*annexe n° 4*).

Les huit participant·e·s à notre étude ont rapporté des informations riches et variées sur leur pratique clinique et leur histoire personnelle. Bien qu'il·elles présentent communément un intérêt marqué pour la patientèle précarisée, nous notons tout de même une grande diversité au niveau de leurs années de pratique, de leurs contextes professionnels et de leurs parcours de vie. Les résultats ci-dessous nous permettent de dépeindre un portrait étoffé et complexe des implications émotionnelles, relationnelles et pratiques du travail avec des personnes vivant dans la précarité.

### 5.1 Perception des défis et besoins rencontrés par la patientèle précaire

À l'issue de l'analyse des discours des participant·e·s, nous relevons qu'il·elles constatent que les patient·e·s en situation de précarité rencontrent un certain nombre de défis spécifiques. Leur vulnérabilité socio-économique a des répercussions concrètes sur leurs conditions de vie mais également sur le plan psychologique, comme le décrivent les sous-catégories (1) **conditions de vie et stressseurs majeurs** [91] et (2) **répercussions psychologiques de la précarité** [30]. Les participant·e·s évoquent aussi la stigmatisation sociale accrue à laquelle cette population fait face, aspect traité dans la sous-catégorie : (3) **confrontation aux attitudes négatives de la société** [65]. Une autre dimension ressortant du discours des thérapeutes a trait à une spécificité dans la clinique concernant (4) **les ambiguïtés autour de la demande de soin** [25]. Cependant, il·elles notent aussi que la clinique a des caractéristiques communes à tous les types de patient·e·s, ce que nous traitons dans le sous-chapitre (5) **similarité de la clinique entre différentes populations** [26]. Ce thème comptabilise un total de 237 unités de sens.

#### *5.1.1 Conditions de vie et stressseurs majeurs*

D'après l'ensemble des psychothérapeutes interviewé·e·s, le quotidien des patient·e·s en situation de précarité se distingue par une insécurité globale et des besoins de base peu

voire pas remplis. L'une (D) parle notamment de "*lutte pour la survie*" tandis qu'une autre (G) qualifie certaines situations qu'elle a pu voir dans sa pratique de "*dramatiques [...] pire que dans des feuilletons ou livres*", ajoutant que "*c'est vraiment impressionnant*". La thérapeute exerçant en psychiatrie légale (B) note que les détenus qu'elle voit en consultation n'ont pratiquement pas de ressources financières à la sortie de leur détention. Ce manque de ressources financières se répercute sur leurs besoins primaires tels que l'accès à l'alimentation ou à des traitements médicamenteux. De plus, plusieurs praticien-ne-s relèvent que la précarité en lien avec le manque de ressources économiques s'étend aussi à la sphère sociale et occupationnelle, comme le montre l'extrait suivant :

"Si vous avez pas les moyens financiers, parce que vous pouvez aller au club d'alpinisme, on peut aller, mais tout est vite cher. Et quand il y a des gens, moi il y a des patients qui ont deux enfants et qui gagnent 1200 francs par mois hein. Et ce qui, ben on met le loyer, [on] met la nourriture basta quoi. Et lorsque ces gens souhaitent s'intégrer, ben mise à part sortir promener, il n'y a pas grand-chose." H14

En décrivant les conditions de vie de la patientèle précarisée, plusieurs thérapeutes (A, F & G) mentionnent aussi brièvement la prévalence des violences intra-familiales ou conjugales dans ces situations. De plus, durant les entretiens, plusieurs (6) psychologues nomment spontanément les diverses sources de stress des personnes issues de la migration et ayant un statut précaire. L'évocation de cette patientèle n'a donc pas été propre à la thérapeute exerçant spécifiquement avec cette population. Pratiquement la totalité des thérapeutes ont rencontré dans leur pratique clinique des personnes au statut administratif fragile. Selon leurs dires, ces patient-e-s font face à des stressseurs multiples et spécifiques en lien avec leur insécurité administrative. Il·elles nomment le logement en foyer, ayant pour conséquence de ne pas avoir d'espace à soi et d'être isolé socialement. À cela s'ajoute une vie marquée par l'incertitude liée à l'attente de réponses favorables à l'obtention d'un permis de séjour offrant un minimum de stabilité, mais aussi par l'impossibilité de travailler. Trois thérapeutes (C, F & G) mentionnent aussi la dimension linguistique qui peut être en elle-même une source de précarité dans la vie de ces personnes, ainsi qu'une barrière en thérapie. Une participante (F) l'illustre de la manière suivante :

"...Et puis rien que la barrière de la langue enfin je veux dire si quelqu'un loupe son bus et puis il est perdu, mais en fait il parle pas français, ni anglais, il va faire comment pour demander son chemin quoi ? Donc probablement il arrivera jamais à la consultation ce jour-là." F22

De manière plus globale, les thérapeutes s'accordent à dire qu'une situation précaire

peut être une barrière à l'entrée en soin ou compliquer la continuité de la prise en charge. Certain·e·s nomment comme difficulté le manque de solutions de garde d'enfants ou de moyens pour se déplacer jusqu'au lieu du rendez-vous. Les éléments précités semblent souvent s'accumuler et affecter les patient·e·s dans leur quotidien personnel mais viennent également toucher l'espace de la thérapie de manière concrète. Les stressés auxquels ces personnes font face ne sont pas sans conséquences psychologiques comme le montre le sous-thème qui suit.

### 5.1.2 Répercussions psychologiques de la précarité

La majorité des discours des thérapeutes laissent entendre que les difficultés que rencontrent les patient·e·s en lien avec diverses insécurités ont une incidence sur le plan psychologique et constituent des facteurs de risque. Plusieurs citent la grande vulnérabilité psychique et la souffrance qui peuvent habiter ces patient·e·s. Quelques thérapeutes (D, F & G) soulignent que ces personnes ont souvent moins de facteurs protecteurs et l'une (G) ajoute que le manque de moyens économiques et la précarité conduisent souvent au développement de "*stratégies de survie*". En lien avec cette fragilisation psychique, deux thérapeutes (D & F) évoquent un risque suicidaire accru chez les patient·e·s vivant une précarité sociale et administrative.

“Un patient en situation de précarité, s'il n'a pas de travail, pas d'argent, pas de maison, pas de famille, pas d'amis, pas de loisirs, euh... Voilà, y a plus de facteurs de risque de passage à l'acte que de facteurs protecteurs.” F34

D'autre part, deux thérapeutes (E & D) notent que ces patient·e·s ont souvent une moins grande disponibilité psychique, notamment pour se laisser aller au processus thérapeutique. L'une d'elle (D), psychothérapeute d'orientation psychanalytique, explique que les préoccupations liées aux besoins de base prennent souvent le pas sur la possibilité d'éprouver leurs affects :

“Je pense que les patients qui vivent une précarité socioéconomique, donc une précarité dans la réalité externe, n'ont pas la même tranquillité, la même disponibilité psychique pour se laisser aller à l'association libre. [...] Par exemple, quelqu'un qui n'est pas assuré qu'il ne va pas pouvoir dormir dans un lit dans la fin de la semaine, c'est sûr que l'inviter à associer librement et à se centrer sur ce qu'il se passe à l'intérieur de lui est un peu difficile.” D2

Face à ces patient·e·s qui n'ont pas les moyens de s'adonner à l'introspection et à l'analyse de leurs affects au moment même où ils·elles vivent des situations douloureuses,

cette même participante (D) explique que le·la thérapeute doit appréhender la résurgence des émotions des patient·e·s avec prudence :

“Quand tous les jours, c’est la lutte pour la survie, les affects on verra plus tard. [...] on est pas à se demander comment on se sent. Ça diffère aussi pour nous, parce que ça veut dire que l’on va avoir une quantité d’affects, pas forcément exprimée d’emblée quand on rencontre la personne, mais qui risque d’émerger et qu’on doit aussi être attentif à aider à se déployer sans être débordant pour le patient, parce qu’il a eu longtemps à se retenir.” D8

Par ces dires, nous comprenons que le travail psychothérapeutique autour des émotions n’est pas évident lorsqu’un·e patient·e, notamment en raison de ses insécurités sur le plan de la “*réalité externe*”, n’est pas en mesure de vivre pleinement ses éprouvés et de les symboliser. Le risque face à cette mise de côté des affects, pour le·la patient·e comme pour le·la thérapeute, est qu’ils fassent surface de manière brutale et soient envahissants. Le travail psychothérapeutique avec ces patient·e·s semblent donc demander une vigilance accrue.

Concernant une population plus spécifique, une participante (F) exerçant auprès de personnes migrantes explique que beaucoup de ses patient·e·s arrivent “*en état de survie*”, ce qui laisse imaginer la présence de traumatismes en lien avec leur parcours et la nécessité d’une prise en charge spécifique. Toujours en lien avec le parcours migratoire, elle évoque le processus psychique à l’œuvre lorsqu’une personne quitte son pays et qu’elle passe “*d’un monde à l’autre*” et le réaménagement psychologique que ce passage exige. À cela peut s’ajouter le devoir de porter assistance à la famille restée dans le pays d’origine, ce qui, comme le note une autre psychologue (G), est une charge mentale très importante, qui s’additionne à celles déjà mises en évidence.

Ainsi, cette thématique atteste d’une part de l’impact des réalités externes sur l’état psychique des personnes précarisées et ses incidences en thérapie, et met d’autre part en évidence la compréhension et l’attention que les thérapeutes portent à ce point.

### 5.1.3 Confrontation aux attitudes négatives de la société

Le discours des participant·e·s s’accorde avec les résultats de la littérature quant à la présence d’attitudes négatives envers les populations en précarité. Il·elles en évoquent différentes modalités. Une participante (A) fait part de son impression que les personnes précarisées sont ignorées, que le reste de la population préfère “*fermer les yeux*” tant que ça ne l’atteint pas directement. Un autre participant (H) exprime lui percevoir une certaine honte de la pauvreté en Suisse, qu’il ne perçoit pas dans d’autres pays :

“Mais en même temps, [la Suisse] est historiquement très riche depuis quelques années et il y a, enfin, j'ai le sentiment qui n'appartient qu'à moi qui est une sorte de honte de la pauvreté. Tandis que dans des pays très, très pauvres par exemple Calabre, Sicile, des régions, qui ont été très appauvries, très déprimées économiquement, au contraire, il y a une fierté de la pauvreté.” H16

Ayant vécu dans d'autres pays européens, il commente des éléments qui lui semblent propres au contexte suisse, comme la centralité du travail, en lien avec son ancrage historico-religieux protestant et de la place qu'occupe l'idéal méritocratique. Suivant ce raisonnement, la valeur conférée au travail et l'idée qu'en fournissant des efforts chacun·e peut obtenir ce qu'il·elle veut sont susceptibles d'entraîner un certain mépris pour les personnes pauvres et une sur-responsabilisation vis-à-vis de leurs difficultés.

Au-delà de ces éléments d'ordre plus général, deux participantes parlent également d'attitudes liées à des populations plus particulières. Concernant les personnes migrant·e·s, l'une d'elle (E) partage sa perception du “*non-accueil*” qui leur est réservé, ainsi que des politiques migratoires en vigueur sur le territoire suisse qu'elle juge “*extrêmement dures et maltraitantes*”. L'autre participante (B), qui exerce en milieu carcéral, relate des attitudes négatives pouvant aller jusqu'à l'hostilité envers les personnes ayant fait de la prison, ceci étant alimenté par le fait que les représentations collectives tendent à imaginer les conditions de détention comme excessivement confortables.

Pour ce qui est du regard que porte les professionnel·le·s de la santé sur les populations précarisées, nous pouvons relever une réponse d'une participante (E), qui admet que certain·e·s psychothérapeutes peuvent avoir des stéréotypes à leur égard. Elle décrit les propos et idées que peuvent avoir quelques thérapeutes comme suit :

“Par exemple, je sais pas de se dire "Ouais, mais enfin ils viennent ici, puis ils sont au social, ils travaillent pas." Et peut-être avoir cette idée comme ça en en arrière-plan. Puis finalement après si on est dans un travail d'écoute [...] euh enfin on revisite aussi je pense nos stéréotypes.”

E17

Même si elle est l'une des seules à mentionner la présence d'a priori concernant ces populations chez les professionnel·le·s de la santé mentale, nous pouvons supposer qu'il est difficile de nommer la présence de ce genre de jugements en tant que thérapeute. Elle précise toutefois, que cela fait partie du travail des psychothérapeutes de remettre en question leurs préconçus et de rentrer dans une réelle écoute de l'histoire du·de la patient·e.

Par ailleurs, il est difficile de déterminer si les différents éléments précités sont également perçus comme tels par les patient·e·s ou s'il s'agit surtout des constatations des

thérapeutes interrogé·e·s. En effet, il est envisageable que les attitudes de la population suisse et des politiques à l'égard des personnes précarisées soient suffisamment implicites pour ne pas susciter une réelle conscience d'un climat plutôt négatif, mais juste une forme de malaise.

#### *5.1.4 Ambiguïtés autour de la demande de soin*

Comme nous l'avons illustré dans les catégories précédentes, les patient·e·s précarisé·e·s rencontrent divers stressseurs majeurs qui peuvent aisément se répercuter sur leur état psychologique. Malgré ce constat, la moitié des thérapeutes interrogé·e·s relèvent la récurrence d'un certain flou autour de la demande de soins chez ces patient·e·s. Typiquement, la thérapeute (F) exerçant auprès de patient·e·s issu·e·s de la migration constate qu'ils·elles ont souvent des attentes relatives à des éléments sortant du cadre de la psychothérapie, comme l'espoir qu'elle puisse les aider à obtenir un permis de séjour. Elle explique alors que, prenant en compte les nombreux malentendus, elle doit veiller à clarifier les attentes ainsi que régulièrement expliciter sa fonction et celle de l'espace thérapeutique. Deux thérapeutes (A & H) relatent que des patient·e·s sont parfois venu·e·s en consultation avec des demandes d'ordre administratif plutôt qu'en lien avec leur santé mentale, ce qui illustre également les préoccupations majeures liées aux réalités externes. L'extrait suivant décrit cette réalité :

“Ils viennent en séances de psychothérapie avec beaucoup de papiers, genre tous types de papiers. Des problèmes qu'ils ont au niveau administratif ou économique et pis, s'ils viennent alors on a l'impression souvent que ils sont au mauvais endroit” A1

Ces exemples de discordance semblent faire état d'une mauvaise conception du rôle du psychothérapeute par les patient·e·s. Comme nous l'avons étayé dans notre introduction, il est possible qu'il soit question ici de différences de référentiel, de culture entre professionnel·le et patient·e. De fait, plusieurs exemples de ces demandes inadaptées sont tirés de situations avec des personnes issues de la migration, contexte où les différences culturelles sont plus saillantes.

Certain·e·s patient·e·s pourraient donc percevoir le·la psychothérapeute comme une aide, quelqu'un de particulièrement soutenant, sans que cela soit cloisonné à la santé mentale. Par ailleurs, deux thérapeutes (C & G) notent que les patient·e·s en situation de précarité sont moins souvent les porteur·euse·s de la demande que dans les populations plus aisées. Elles expliquent que les premiers et premières sont souvent adressé·e·s par une personne tierce comme le ou la médecin traitant·e ou l'assistant·e social·e, ce qui peut parfois avoir une incidence sur la motivation à se faire aider. Ainsi, l'une des participante (G) relève que les motifs de consultations de certain·e·s de ces patient·e·s ne sont pas toujours très clairs.

Systémicienne d'orientation, elle ajoute toutefois qu'une personne peut être un·e patient·e désigné·e indépendamment du SES et qu'elle peut aussi s'impliquer ou non dans le processus thérapeutique qu'elle soit aisée ou défavorisée.

Au-delà des attentes parfois impossibles, sous-tendues par des besoins concrets, ou des demandes de consultations peu claires qui sont observées, l'une des thérapeutes (C) rappelle combien "*il faut toujours se représenter à quel point c'est difficile d'aller consulter, d'aller demander de l'aide*". Il s'agit alors de partir des éléments apportés en séance par les patient·e·s, de clarifier la demande et de co-construire un espace thérapeutique adapté à leurs possibilités et besoins. Ce dernier point fera l'objet du sous-thème 5.2.2.

#### *5.1.5 Similarité de la clinique entre différentes populations*

Malgré les obstacles rencontrés par les patient·e·s en situation de précarité, pratiquement tous·tes les participant·e·s s'accordent à dire que la clinique se rejoint entre les personnes issues de différents SSE. Pour comprendre en quoi la clinique peut être similaire malgré des contextes économiques différents, il est intéressant de reprendre les propos d'une thérapeute (D) qui estime que les éprouvés douloureux peuvent être expérimentés par n'importe quelle personne, indépendamment de son appartenance sociale et économique. Elle cite par exemple le sentiment de solitude, qu'elle estime être universel. Dans la même idée, une autre thérapeute (G) explique qu'une personne précarisée comme une personne aisée peuvent par exemple toutes deux avoir vécu l'abandon et en souffrir. Elle appuie sur le fait que certains mécanismes psychologiques peuvent se retrouver communément chez des personnes appartenant à des SSE différents, bien que les personnes disposant de plus de richesse aient la possibilité de s'appuyer sur les ressources économiques et matérielles à disposition pour "*se ressourcer*", ce qui facilite le travail. Enfin, une participante (C) d'ancrage psychanalytique rejoint les thérapeutes précité·e·s en estimant qu'éprouver une "*précarité interne*" peut être une expérience humaine universelle, indépendamment des moyens économiques ou de la sécurité à disposition. Elle pense même la notion de précarité de façon plus philosophique, conceptualisant la vie humaine comme étant par définition extrêmement précaire de par sa finitude.

En termes de visée thérapeutique, une participante (F) rappelle que le but est toujours un soulagement de la souffrance du ou de la patient·e, quelle que soit son inscription socioéconomique. Ainsi, malgré la complexité des conditions de vie des patient·e·s en précarité et les barrières de l'entrée en soin, la majorité des thérapeutes questionné·e·s estime que la clinique et la démarche thérapeutique sont fondamentalement semblables à celles

d'autres suivis. Un thérapeute l'exprime comme ceci :

“Après en ce qui concerne la clinique en soi, je trouve qu'il n'y a pas forcément une différence significative au niveau des cliniques pures parce que finalement, l'humain c'est l'humain, les systèmes sont les systèmes.” H1

En somme, les répondant·e·s relatent que les personnes en situation de précarité sont fondamentalement des êtres humains avant d'être un type de population spécifique. Cela signifie qu'en termes intrapersonnel et interpersonnel, lorsqu'il est possible de mettre entre parenthèses le contexte social plus large dans lequel tout à chacun est inclus, il n'y a pas de différences avec d'autres populations. Nous faisons de plus l'hypothèse que ce sous-thème ressort des données car les participant·e·s veillent à ne pas essentialiser les personnes en situation de précarité.

## 5.2 Cadre clinique des thérapeutes exerçant auprès d'une patientèle précaire

S'il est possible “*d'entrer dans des vraies démarches psychothérapeutiques comme avec le reste de la population*” comme le dit l'une des thérapeutes (A), la prise en charge de patient·e·s précarisé·e·s exige une considération particulière à leurs conditions de vie et leurs besoins ainsi que des aménagements particuliers du cadre. Nous étayons cette réflexion dans cinq parties différentes : (1) **prise en compte et gestion des réalités externes** [43], (2) **adaptation du cadre** [50], (3) **travail en équipe pluridisciplinaire** [38], (4) **utilisation et adaptation des techniques thérapeutiques** [110] et (5) **implications du cadre institutionnel** [67]. Ce thème comptabilise un total de 308 unités de sens.

### *5.2.1 Prise en compte et gestion des réalités externes*

Pour la totalité des thérapeutes interviewé·e·s, la précarité socioéconomique des patient·e·s occupe une place considérable dans leur prise en charge psychothérapeutique. Bien que, comme le précise une participante (E), les thérapeutes aient peu d'impact sur les aspects concrets de la vie des patient·e·s, il et elles appuient le fait qu'il est primordial de ne pas faire l'impasse sur ces aspects de la réalité et d'en tenir compte dans le cadre clinique afin de pouvoir entrer dans une “*réelle démarche psychothérapeutique*” (A). Une participante (C) explique par exemple qu'elle interroge systématiquement les conditions de vie des patient·e·s qu'elle estime être dans une situation économique fragile. Pour se pencher sur ces aspects, cette psychothérapeute, riche d'une expérience clinique de cinquante ans, n'hésite pas à questionner de manière précise les besoins de ses patient·e·s, en se renseignant par exemple sur le lieu d'habitation, la possession d'un moyen de transport ou même le salaire. Cependant,

cette pratique n'est pas commune à tous·tes puisqu'une autre psychologue (B), en formation et exerçant en prison, dit ne pas aborder d'elle-même spontanément les questions socioéconomiques, mais qu'il s'agit d'une thématique émergeant du côté des patient·e·s.

Un autre point est relevé concernant la prise en compte des besoins concrets. De fait, la majorité des participant·e·s explique que la gestion d'aspects administratifs est fréquemment l'un des préalables à l'entrée dans un processus thérapeutique à proprement parlé :

“C'est clair que dans les séances, en thérapie, la partie administrative, le poids comme ça du manquement financier, la procédure d'asile, elle rentre dans nos séances. Donc ça fait partie de nos séances...” E1

“Donc effectivement, quelqu'un en situation précaire, on va s'occuper d'abord de sa précarité, et je dirais, secondairement des apparitions symptomatiques.” C1

Dans cette même logique, plusieurs participant·e·s s'accordent à dire que la mise en place d'un contexte thérapeutique est souvent plus complexe et plus longue avec cette patientèle. Cette charge de travail supplémentaire s'explique par le fait que les professionnel·le·s doivent plus s'affairer à contacter des personnes du réseau psycho-social, produire des documents afin d'appuyer des demandes de prestations et accompagner les patient·e·s dans leurs diverses démarches. L'une des thérapeute (E) remarque à ce sujet faire plus de prestations en l'absence des patient·e·s lorsqu'elle prend en charge des personnes précarisées. Elle ajoute parfois devoir faire la médiation entre ses patient·e·s et d'autres instances lorsqu'il y a des “*gaps culturels*” ou des malentendus découlant de barrières linguistiques.

Un participant (H) dit tout de même que la nécessité d'effectuer des tâches administratives laborieuses peut être un poids important, rendant ce type de suivi plus pénible. Ce dernier précise toutefois rapidement que ces aspects contraignants de la pratique clinique, sont contre-balancés par la satisfaction qu'il éprouve à exercer auprès de cette patientèle. Il faut préciser que cette attention spéciale qu'accordent les thérapeutes aux réalités concrètes et besoins de ces patient·e·s est en lien avec l'indissociabilité de l'état psychique de ces personnes de leurs conditions de vie précaires. Une thérapeute en donne un exemple concret en décrivant la situation d'un patient requérant d'asile sur le point d'être expulsé. Elle explique que dans cette situation, il était urgent de tenir compte et de gérer les questions administratives :

“Du coup, [...] je me suis retrouvée à plusieurs reprises dans les entretiens à prendre des rendez-vous pour lui auprès de l’assistante sociale, à écrire des mail pour alerter sur "ok mais là le monsieur, il est en train de me dire que dans trois jours, on arrive à la date butoire [...], il faut absolument que là nous on soit proactif pour savoir dans quelle situation exactement il est”. Parce que clairement, si la situation on la traitait comme une situation lambda où on a le temps, on passe à côté de l’urgence réelle dans laquelle il est.” D18

En outre, elle explique que le fait de ne pas tenir compte de la réalité concrète dans laquelle la personne se situe peut être contre-thérapeutique. Le-la praticien·ne pourrait faussement interpréter le vécu de la personne en estimant qu’elle est agitée et mue par une angoisse interne, alors qu’elle se trouve dans une situation de “*péril imminent*”. En bref, nous pouvons dire que bien que ce travail soit parfois harassant, il est présenté comme nécessaire et faisant partie de la pratique avec des patient·e·s en situation de précarité.

### 5.2.2 *Adaptation du cadre*

Tenir compte de la réalité externe que vivent les patient·e·s semble impliquer pour l’ensemble des thérapeutes la nécessité de “*soigner*” et “*d’adapter*” le cadre thérapeutique proposé. Une thérapeute (F), ayant exercé en cabinet privé avec une patientèle plutôt aisée, puis auprès de patient·e·s issues de la migration avec un statut précaire, explique avoir adopté plus de souplesse dans son cadre. Elle explique ceci notamment en raison des barrières pratiques : la langue, les transports ou encore la garde d’enfant entravent parfois la possibilité de se rendre en psychothérapie. Pour faire face à ces difficultés, la thérapeute accepte d’assouplir son cadre : les patient·e·s peuvent venir avec leurs enfants, elle est plus compréhensive sur les retards ou les changements de rendez-vous.

Cette idée se retrouve chez plusieurs thérapeutes qui relatent l’importance de clarifier, négocier et co-construire un cadre thérapeutique qui “*paraît possible pour le patient et pour le thérapeute*” (C). Pour deux thérapeutes rencontrées (C & G), ceci passe par l’adaptation de la tarification de consultation aux possibilités économiques de leurs patient·e·s. La thérapeute précitée, d’orientation psychanalytique, ajoute par ailleurs que cette étape où les patient·e·s co-construisent le cadre avec leur thérapeute est déjà un objet sur lequel le travail thérapeutique peut prendre appui. Une autre participante (B), exerçant en institution, n’adapte pas directement le tarif mais est plus souple concernant la politique de facturation des rendez-vous manqués. Elle dit “*prendre la liberté d’évaluer [...] au cas par cas*” et avoir moins de scrupules à facturer les patients qui ont plus de ressources économiques.

Pour résumer, d'une façon ou d'une autre les thérapeutes expriment veiller à tenir compte des réalités externes de leur patient·e·s et travailler sur l'établissement d'un cadre "*suffisamment confortable*" et adapté. Bien que l'adaptation du cadre thérapeutique à la patientèle semble être une donnée de base à leur pratique, indépendamment du SSE de leurs patient·e·s, les thérapeutes semblent y attacher encore plus d'importance lorsqu'il s'agit de suivis de patient·e·s en difficulté sur le plan économique.

### 5.2.3 Travail en équipe pluridisciplinaire

Les réponses des participant·e·s montrent que la prise en charge psychothérapeutique de patient·e·s précarisé·e·s se distingue par la nécessité et l'importance de la collaboration entre plusieurs professionnel·le·s. Effectivement, cette dimension du travail en équipe ressort de manière claire dans l'ensemble des discours. Ceci s'explique premièrement par le fait que la complexité de certaines situations contribue au besoin des professionnel·le·s "*d'être à plusieurs pour les penser*" (D). L'une l'exprime de la sorte :

"Ce qui change avec cette population-là, c'est qu'on travaille énormément en réseau parce que tout seul on n'arrive pas à résoudre ces problèmes-là." A3

Trois thérapeutes (B, D & F) précisent que le travail en équipe leur est d'une aide considérable puisqu'il permet un partage de la charge de travail et de "*ne pas porter tout sur [leurs] épaules*" (B). Une participante (G) les rejoint et parle particulièrement des contextes de violence :

"Qu'on puisse échanger en groupe, qu'on puisse défouler toutes les choses que ça nous provoquent, les micro violences [...] auxquelles on est confronté tout le temps, et de ne pas être seul dans cette situation de violence, je crois que c'est hyper important." G31

De plus, les répondant·e·s mettent en exergue l'utilité d'une collaboration interdisciplinaire, en lien avec l'accompagnement dans les démarches administratives et sociales requis en parallèle du suivi thérapeutique. En fonction de la nature des besoins rencontrés, le travail en réseau peut impliquer plusieurs acteur·ice·s comme des addictologues, des assistant·e·s sociales·aux, des curateur·ice·s, des éducateur·ice·s en foyer, des médecins, une équipe infirmière ou encore des agent·e·s de probation. Le réseau de professionnel·le·s ne se limite donc pas à une équipe médico-infirmière mais s'étend également à des acteur·ice·s des domaines sociaux et législatifs.

Une thérapeute travaillant avec des personnes migrantes (F) amène un autre élément intéressant : la nécessité de travailler avec des interprètes pour pallier aux difficultés

linguistiques. Cela amène à de nombreuses autres questions, notamment au niveau de l'entrée en lien (5.3.1), étant donné que cette collaboration a la particularité de se faire à l'intérieur des séances et de manière constante, afin de rendre possible la communication.

Malgré la richesse de la collaboration interprofessionnelle qui offre plusieurs bénéfices, l'un des thérapeutes (H) note tout de même que cet aspect ajoute une "*couche de complexité*" dans la prise en charge et que cela implique de collaborer avec des acteur·rice·s qui ont parfois une sensibilité qui diverge de celle du·de la thérapeute.

#### 5.2.4 Utilisation et adaptation des techniques thérapeutiques

Bien que la clinique entre les divers SSE puisse être commune, comme discuté dans la partie 5.1.5, la moitié des thérapeutes interrogé·e·s évoque devoir adapter leurs outils thérapeutiques aux spécificités de cette patientèle. Trois thérapeutes mentionnent par exemple utiliser des outils favorisant l'émergence d'affects par le non-verbal. Par exemple, un thérapeute systémicien (H) mentionne utiliser des objets flottants, autrement dit des médias thérapeutiques qui favorisent la rencontre et l'approche de thématiques douloureuses (Calicis, 2006). Une autre thérapeute (F) explique avoir recours à des objets comme des balles que les patient·e·s au vécu traumatique peuvent manipuler afin de se reconnecter à leur corps quelques instants.

La possibilité de faire des entretiens principalement basés sur la parole exige, selon l'une des psychothérapeutes de formation psychanalytique (D), d'avoir accès à ses affects ou à la capacité de symboliser. En lien avec son ancrage théorico-pratique, l'outil qu'elle utilise de façon privilégiée est l'association libre. Or, comme vu précédemment au point 5.1.2, ces patient·e·s ne peuvent pas toujours jouir d'une "*suffisante tranquillité psychique*" (D) pour cet exercice. L'interprétation des vécus intra-psychiques de ces patient·e·s exige donc une finesse particulière au vu des stressseurs majeurs qu'ils·elles rencontrent. Elle dit ceci en parlant d'un patient requérant d'asile menacé d'expulsion :

“On peut dire de n'importe qui que la personne est agitée et que ça reflète une angoisse quand elle se confronte à tel ou tel vécu interne, mais là, il était pas agité, il était dans une situation de risque, de péril imminent.[...] habituellement les psy, en tous cas formés en psychodynamique, on va toujours se demander dans quelle mesure la réalité externe est prise comme espace de projection pour les réalités internes. Mais là, je veux dire, quand tu es né dans un pays en guerre, c'est un espace de projection de rien du tout.” D18/21

Face à cette limite, elle explique accueillir les patient·e·s "*là où ils en sont*" et les accompagner à mettre en mots ce qu'ils·elles vivent dans le concret, en espérant qu'ils·elles

parviennent progressivement à déployer ce qui se trouve en-deçà des réalités externes. Plus globalement, une systémicienne (F) explique que les méthodes apprises en formation ne sont pas applicables telles quelles, et estime à l’instar d’une autre participante d’orientation psychodynamique (E), qu’il existe peu d’outils adaptés à cette population clinique.

“...il y a des collègues aussi [...] qui veulent appliquer exactement les outils et tout comme on a appris à l’école. Ben si tu veux faire ça, et puis que tu es exigeant, vraiment beaucoup sur la méthode, tu vas pas aimer je pense travailler avec des patients en situation de précarité.” F47

Enfin, deux thérapeutes estiment bénéficier dans leur pratique clinique de connaissances spécifiques aux enjeux qui peuvent concerner les populations précarisées. La première (E) explique posséder des compétences précises en matière d’investigation du parcours migratoire et de vie, qu’elle a acquise par ses spécialisations et également par son parcours personnel, et qui font parfois défaut à ses collègues. La seconde (F), qui a elle-même vécu des événements traumatiques et des symptômes dissociatifs, dit utiliser sa propre expérience pour faire de la psychoéducation. Travaillant avec une patientèle migrante, elle ajoute que le fait de s’informer sur les questions géopolitiques de façon générale l’aide à mieux appréhender leurs réalités. De façon similaire, les deux font référence à l’intérêt d’avoir des connaissances spécifiques, qui peuvent aussi être tirées de leurs vécus. Ce dernier point sera par ailleurs davantage développé au sous-chapitre 5.7.3.

En résumé, nous observons en filigrane ce besoin d’adaptation des praticien·ne·s, de faire preuve de créativité et ne pas “*rester accrocher à quelque chose [qu’ils croient] savoir faire*” (C). L’un explique notamment s’appuyer sur les intérêts musicaux ou cinématographiques des patient·e·s pour favoriser l’émergence d’un échange qui puisse être thérapeutique. L’idée est de trouver des portes pour pouvoir accéder au monde interne des patient·e·s.

#### *5.2.5 Impacts du cadre institutionnel dans la prise en charge d’une patientèle précarisée*

Les sous-catégories précédentes ont permis de mettre en lumière que la pratique de la psychothérapie avec une patientèle précarisée implique une attention accrue aux réalités externes, une adaptation du cadre thérapeutique et des outils utilisés ainsi qu’une collaboration interprofessionnelle. En outre, les lieux où sont pris en charge ces personnes semblent aussi assez spécifiques. D’abord, comme l’explique l’une des thérapeutes (C), les associations font “*un travail d’importance majeure*”. Elle a elle-même été la cofondatrice de plusieurs associations à bas seuil accueillant des personnes sans domicile fixe et en proie à des problèmes d’addictions. Elle décrit ces lieux d’hébergement psychosociaux d’urgence comme des

refuges où des “gens dans des états désastreux qu'on ne veut plus ni à l'Armée du Salut, ni à l'hôpital psychiatrique” trouvent une place et sont acceptés dans leur état. Elle estime que le cadre associatif peut être soignant en lui-même, valorisant ainsi une forme de soin par la communauté. Le rôle que jouent les associations dans la prise en charge des personnes précarisées n'a pas fait l'objet de long discours chez les participant·e·s, cependant, il faut noter qu'au moins trois des participant·e·s (A, F & C) exercent ou ont exercé dans des associations accueillant des personnes défavorisées.

De façon plus générale, plusieurs thérapeutes notent des différences entre la pratique en institution publique ou en association et la pratique en cabinet privé. Une participante (F) remarque différents points divergents entre son ancienne pratique en cabinet privé à celle qu'elle a actuellement dans une association : elle jouissait auparavant d'un bien meilleur salaire, de locaux particulièrement confortables, mais à l'inverse devait faire plus de consultations par jour et ne pouvait pas compter sur l'élaboration en équipe. Une participante ayant principalement exercé en France (D) explique avoir personnellement privilégié la pratique dans des services de santé publique. En France, ces lieux de soin se distinguent par le fait que les prestations y sont remboursées, contrairement aux cabinets privés. Cela permet ainsi de suspendre la question du paiement des séances pour s'approcher au plus près des besoins des patient·e·s défavorisé·e·s. De retour dans le contexte suisse, la thérapeute exerçant en psychiatrie légale (B) explique aussi bénéficier du cadre institutionnel qui s'occupe des questions liées au paiement des séances. Elle considère ceci comme étant une moins grande charge à porter. Même si les prestations en cabinet privé sont depuis peu remboursées en Suisse (modification récente de la LAMal), il semble que les patient·e·s avec peu de ressources économiques consultent encore principalement dans des associations ou institutions publiques. L'une des thérapeutes (A) constate cependant que le changement est en train de se faire, ces patient·e·s “*envahiss[ant] toutes les consultations*”. Cependant, il faut souligner ici que lors du recrutement pour notre étude, plusieurs thérapeutes exerçant en cabinet privé nous ont dit ne pas avoir de patient·e·s précarisé·e·s et nous ont conseillé de nous tourner vers des associations ou institutions publiques.

Parmi les avantages du cadre institutionnel, nous relevons dans le discours d'une autre thérapeute (D) la possibilité de tenir compte des besoins des patient·e·s, par exemple en bénéficiant des services d'un·e assistant·e social·e et d'une collaboration interdisciplinaire :

“C'est aussi le lieu du travail d'équipe, ça veut dire qu'à l'hôpital, on va recevoir des gens que l'on pourrait pas recevoir en privé. [...] C'est aussi la possibilité d'avoir plusieurs cordes à son arc, c'est-à-dire que peut-être que le patient ne relève pas de mes compétences mais ça veut pas dire

que je vais le laisser pour autant [...] si c'est pas moi, ça peut être mon voisin [...]. On prend en compte la complexité humaine davantage, en tous cas, on a la possibilité de le prendre en compte dans la réalité externe. Alors que quand on est en privé seul avec un patient, tout notre travail repose sur la nécessité que notre patient soit suffisamment dans le symbolique.” D53/54

Ainsi, les institutions publiques et les associations semblent pouvoir particulièrement bien répondre aux besoins spécifiques des populations précarisées. Nous pouvons aussi noter que deux thérapeutes (D & F) qualifient le travail en institution publique comme particulièrement formateur. Le cadre institutionnel peut toutefois avoir des impacts moins positifs. Une participante (C) laisse par exemple entendre que certaines règles, notamment liées au cadre de pratique, ne sont pas fixées par les psychothérapeutes mais par l'institution, ce qui peut potentiellement constituer une entrave à la pratique :

“Bon, c'est vrai que les situations où je me suis sentie devoir imposer un cadre qui était imposé par l'institution et que je devais imposer au patient et que je ne trouvais pas totalement juste, oui, c'était des fois difficile. Je dirais difficile, ouais, mais on peut se sentir pas trop légitime.” C57

En résumé, nous observons que la pratique des psychothérapeutes est bien ancrée dans des réalités institutionnelles et que ces dernières ont un impact sur les professionnel·le·s comme sur les patient·e·s, de manière positive et parfois négative.

### 5.3 Influence des dimensions socioéconomique et culturelle sur le lien thérapeutique

Lors des entretiens, la plupart des participant·e·s ont fait référence aux enjeux relationnels qui prennent place dans leur pratique avec les patient·e·s précarisé·e·s. Ce thème met en exergue la manière dont les dimensions socioéconomique et culturelle peuvent avoir des répercussions dans les rapports entre patient·e·s et thérapeutes. Ces aspects peuvent se subdiviser en quatre points : (1) **défis de l'entrée en lien** [31], (2) **investissement du·de la psychothérapeute par le·la patient·e** [30], (3) **trouver la juste proximité** [47] et (4) **rapport de pouvoir** [27]. Ce thème comptabilise un total de 135 unités de sens.

#### *5.3.1 Défis de l'entrée en lien*

La rencontre clinique et la construction d'un lien thérapeutique avec des patient·e·s vivant des situations de précarité semblent se différencier de celles avec une patientèle ancrée dans un milieu plus favorable. En effet, trois psychothérapeutes (C, D & G) relèvent que la co-construction d'un lien avec une personne en précarité est souvent plus délicate et sous-tendue par une méfiance de la personne qui consulte envers le·la soignant·e.

“Mais en tous cas, si je prends les différentes expériences que j’ai en tête, le plus consciemment, je dirais que je pense qu’on peut s’attendre à une méfiance.” D42

Cette même participante (D) constate qu’il arrive que “*la précarité [se retrouve] aussi dans le lien*” au thérapeute et constitue donc un obstacle à la création d’une bonne alliance thérapeutique. Une autre thérapeute travaillant en tandem avec des interprètes (F) aborde cette complexité d’entrer en lien sous un autre angle :

“Quand il y a une thérapie qui se déroule avec un interprète, le patient va d’abord créer une alliance thérapeutique avec l’interprète. Puis si après il se dit "Ah oui, cet interprète je l’aime bien, ok, ça se passe bien, je lui fais confiance." Ensuite, le patient il va regarder ce qui se passe entre l’interprète et moi. [...] Puis, éventuellement, si tout ça se passe bien, à la fin, le patient il commence à créer une alliance thérapeutique avec moi.” F12

Ainsi, le recours au service des interprètes, qui occupent une place clé pour permettre la communication, ne semble pas sans conséquence sur la création du lien entre soignant·e et patient·e. Cela illustre de manière très intéressante la façon dont la question linguistique et culturelle peut influencer indirectement la construction des bases de la relation.

Un autre aspect abordé par une des psychothérapeutes interviewé·e·s (C) est qu’il peut être plus aisé pour les praticien·ne·s d’entrer en lien avec une personne leur ressemblant puisque cela lui donne “*l’illusion d’un lien facile*”. Ceci permet de donner sens aux propos de la thérapeute exerçant en prison (B) qui exprime le sentiment d’avoir plus de facilité à créer un lien avec des personnes précaires au vu de son appartenance socioéconomique d’origine relativement modeste. Un lien semble donc exister entre les classes sociales d’appartenance de la dyade thérapeutique et l’aisance dans l’établissement d’un lien thérapeutique. Cela nous amène également à faire le lien avec la partie [5.7.1](#), qui aborde l’influence de l’appartenance socioéconomique des thérapeutes.

### *5.3.2 Investissement du·de la psychothérapeute par le·la patient·e*

Une fois un lien de confiance établi, plusieurs psychothérapeutes constatent qu’ils·elles sont considéré·e·s comme des ressources majeures pour ces personnes. En d’autres termes, une fois le défi relatif de l’entrée en relation surmonté, les psychothérapeutes occupent une place particulièrement importante dans la vie des individus qu’il·elles suivent, comme le montre les extraits suivants :

“Quand un lien de confiance s’installe, j’ai l’impression que c’est quelque chose qui reste assez longtemps. Ouais, on devient une personne ressource pour justement différentes choses en fait.”

A1

“Si justement l’alliance se fait, à ce moment-là, ça devient une référence importante. On entre dans leur vie, dans leur monde et je crois que l’implication devient plus importante justement parce qu’il nous a ouvert une porte de confiance. Donc à ce moment-là, on devient comme un autre élément de ses ressources sociales sur lesquelles il peut compter.” G16

La majorité des praticien·ne·s relèvent qu’il arrive même fréquemment que ces patient·e·s les surinvestissent. L’une explique que certain·e·s patient·e·s peuvent les placer en “*position de sauveur*” (D) capable de les aider à changer leur situation précaire. Dans le même ordre d’idée, une autre thérapeute (A) a le sentiment que ces patient·e·s ont “*parfois l’impression que [le thérapeute] a la clé pour tout*” et qu’ils·elles ont “*une attente qui n’est pas réelle ou pas possible*”. Même si être investi·e positivement permet de “*renforcer la confiance*” (A), cette tendance peut être difficile à porter pour les thérapeutes :

“Je prends tout d’un coup des fois pour certains une très, très, très grande importance dans leur vie [...] euh, ça apporte aussi la lourdeur, d’avoir cette sensation que quelqu’un s’accroche à moi de manière émotionnelle comme ça. Et en plus, parfois, ils le disent “heureusement que vous êtes là, il y a que vous. Si vous étiez pas là qu’est-ce que je ferais ?” [...] Et ça, c’est un truc que je trouve désagréable vraiment, parce que j’ai pas envie de prendre cette place dans la vie de mes patients.”  
F34

Cette place importante qui est conférée aux professionnel·le·s semble être assez spécifique à cette patientèle d’après deux thérapeutes (F & G), qui notent que leurs patient·e·s jouissant d’un train de vie plus confortable ont souvent la possibilité de s’appuyer sur un réseau social plus étendu ou d’autres ressources. Deux psychologues (D & G) expliquent à ce sujet qu’il est primordial que les praticien·ne·s tiennent compte de cette inclination, l’une (D) d’elles ajoutant aussi l’importance pour le·la thérapeute de “*freiner*” cet engouement lorsqu’il·elle sent qu’un·e patient·e l’investit trop massivement. La précarité du lien abordé dans le sous-chapitre précédent ou au contraire l’excès d’investissement du·de la thérapeute semblent être des enjeux relationnels particuliers qui impliquent de trouver un juste milieu.

### 5.3.3 Trouver la juste proximité

Si les sous-thèmes 5.3.1 et 5.3.2 font surtout référence à la manière dont les patient·e·s investissent leur thérapeute, quelques discours laissent également apparaître le fait que les thérapeutes doivent trouver une juste proximité dans le lien aux patient·e·s. Ce défi est décrit par une participante (B) comme un équilibre à trouver entre ne pas être trop proche, ni trop à distance. Une autre (E) décrit porter attention à ses propres signaux, surtout au travers de ses réactions, qui lui indiquent que sa distance à l’autre n’est plus optimale. Trois thérapeutes (A,

B & E) évoquent qu'elles n'ont parfois pas su garder un écart suffisant en s'engageant de manière importante auprès de certain·e·s de leur patient·e·s en situation de précarité, notamment d'un point de vue affectif. Pour une des thérapeutes (A), cette tendance semble accrue chez les jeunes psychologues qui peuvent peiner à maintenir un degré de distinction suffisant entre soi et l'autre. Elle note aussi la tendance qu'ils·elles ont à considérer que ce qu'ils·elles estiment être un besoin correspond forcément aux besoins des patient·e·s, comme le résume cet extrait:

“ J'ai l'impression que c'est plus quand on est jeune psy. On peut être un peu contaminé et puis se mettre trop à la place d'eux et imaginer que ce dont les gens ont besoin, c'est ce dont nous on a besoin.” A9

D'ailleurs, il est intéressant de noter que le terme de “*contamination*” est apparu dans deux discours (A & F), pour décrire qu'une importante porosité entre soi-même et le·la patient·e peut occasionner un flou concernant l'appartenance des affects à l'un·e ou l'autre membre de la relation thérapeutique. Ainsi, bien que thérapeutes et patient·e·s semblent parfois vibrer à l'unisson sur certaines thématiques, les praticien·ne·s doivent distinguer leurs propres projections des besoins des patient·e·s.

Dans le même sens, lorsqu'il a été question d'empathie dans notre entretien, l'une des thérapeutes (C) a émis une réflexion intéressante quant au fait qu'il n'est pas “*possible de se mettre à la place*” des individus. Elle estime que penser pouvoir se mettre “*à la place de*” est non seulement une illusion mais également un piège à éviter dans la pratique clinique. Elle cite un intervenant systémicien qui lors d'une formation pose cette question : “*Si je dis à quelqu'un je me mets à votre place, quelle place il a lui ?*”. Cette réflexion presque méta-cognitive permet de faire le lien avec la suite de son discours où elle soutient que le·la thérapeute doit être conscient·e de son altérité, et ne pas oublier qu'il·elle est un·e autre que la personne vue en consultation.

Dans cette quête d'une proximité adéquate, il s'agit comme nous l'avons décrit d'avoir “*conscience d'être autre, d'être soi*” (C), mais aussi de garder à l'esprit ce qui peut relier praticien·ne et patient·e : la “*précarité redoutable de la vie humaine*” (C), sous-tendue par la mort ou pour certain·e·s “*les mêmes mécanismes de défenses et les mêmes angoisses*” (D). En résumé, les praticien·ne·s font part de leurs raisonnements sur leur rapport aux patient·e·s et sur cette juste proximité à trouver. Il·elles tiennent compte de ce qui les relie mais aussi de ce qui les distingue des personnes qui les consultent.

#### 5.3.4 Rapport de pouvoir

Pour plusieurs professionnel·le·s, la relation thérapeutique semble se caractériser par une forme d'asymétrie entre soignant·e et soigné·e. En effet, une thérapeute (C) explique que toute relation humaine comporte une part d'asymétrie et d'inégalité. La relation de soin n'échappe pas à la règle, ne serait-ce que par le contexte de demande d'aide, que nous avons déjà évoqué. Toutefois, la moitié des participant·e·s estiment que cette asymétrie est exacerbée lors de suivis avec des patient·e·s précarisé·e·s, comme en témoigne cet extrait :

“Si la personne se sent plus démunie dans les situations de précarité, j'ai l'impression qu'elle attend beaucoup plus, que la relation hiérarchique thérapeute-patient est beaucoup plus évidente. Si je suis face à une personne avec beaucoup plus de ressources intellectuelles et qui prend plus d'initiative et qui se trouve avec plus de ressources économiques, peut-être qu'il y a un rapport de pouvoir différent. Tandis qu'une personne qui est en précarité se trouve plutôt dans une position plus, disons, hiérarchiquement difficile [...] tandis qu'avec les autres ça peut à un moment donné devenir moins asymétrique dans l'interaction.” G8/9

Trois psychothérapeutes (A, B & C) s'accordent à dire que l'un des écueils pour les praticien·ne·s est la propension à infantiliser ou à exercer une forme de pouvoir sur ces patient·e·s, notamment en voulant “*trop faire pour et à la place du patient*” (B) ou en estimant être la seule personne à pouvoir l'aider. Une thérapeute décrit ceci :

“Il y a des voies un peu faciles avec les gens en grande situation de précarité parce que là, on peut penser par exemple, on a des modèles internes qui consistent à se penser en tant qu'adulte face à quelqu'un qui est presque enfant.” C65

Cette tendance et le surinvestissement potentiel par les patient·e·s semblent alors se répondre, voire presque se renforcer mutuellement. Malgré ces défis inhérents au statut de soignant·e et exacerbés par le SSE bas des patient·e·s, une thérapeute (B) dit tendre le plus possible vers une relation symétrique avec ses patient·e·s en leur offrant des marges de manoeuvre :

“ Il y a des personnes qui te voient vraiment, presque comme le docteur quoi. Ou bien, on me dit des fois “ah mais vous savez mieux que moi, c'est vous la psy” [...] J'essaie de laisser des petits ponts de liberté par exemple pour le rendez-vous ou laisser choisir le siège aussi” B47

Pour résumer, nous comprenons que l'asymétrie relationnelle n'est pas l'apanage des liens qui se créent entre patient·e·s précaires et soignant·e·s, mais qu'elle est cependant renforcée par la dimension de la précarité, avec les insécurités et le manque de ressources qu'elle implique. Il est intéressant d'envisager l'asymétrie qui se déploie dans le cadre de la

psychothérapie au niveau micro comme reflétant des rapports entre groupes dominants et groupes dominés à l'échelle macro de la société. Les patient·e·s qui bénéficient d'un certain pouvoir dans la société de par leurs ressources financières semblent être soumis moins fortement à l'asymétrie relationnelle en thérapie.

#### 5.4 Considérations des psychothérapeutes sur leur identité professionnelle et leur pratique

À travers l'analyse de leur discours, nous avons pu mettre en évidence les diverses manières dont les thérapeutes considèrent leur identité professionnelle et leur pratique. Nous avons ressorti trois catégories, qui explorent premièrement (1) **les attitudes thérapeutiques valorisées** [64], (2) **les fonctions données à l'espace et au processus thérapeutique** [49] et enfin (3) **les questionnements sur les délimitations du rôle du psychothérapeute** [50]. Ce thème comptabilise un total de 163 unités de sens.

##### *5.4.1 Attitudes thérapeutiques valorisées*

Chaque thérapeute a abordé ce qu'il·elle estime être des attitudes thérapeutiques importantes pour travailler avec la patientèle précarisée. Tout d'abord, cinq de ces professionnel·le·s appuient le besoin d'adopter une posture interne propice à l'accueil et d'offrir un espace d'hospitalité.

“Mais faut imaginer que nos patients en précarité vivent ça tous les jours, c'est une remise en jeu de la survie qu'ils ont réussi à acquérir la veille. À partir du moment où on est là, ça suppose une disposition interne pour les accueillir qui est très particulière.” D38

Cette qualité de présence est importante pour l'ensemble des patient·e·s, mais comme le montre cet exemple, ces dispositions sont singulièrement essentielles pour la patientèle en précarité. En effet, il y a un réel besoin d'accueil et de sécurité, qui a très souvent fait défaut dans leurs vécus jusque-là. Nous pensons par exemple au regard parfois négatif porté par la société à l'égard des personnes pauvres ou à l'insécurité administrative mentionnés précédemment qui rendent l'accueil des thérapeutes d'autant plus précieux. Cette posture va de pair avec le besoin d'accepter les patient·e·s comme ils·elles viennent. La psychothérapeute (C) évoque à ce propos le besoin de ne pas s'accrocher à l'hygiène, à l'état visuel par exemple, ou dans un contexte carcéral (B), ne pas s'arrêter au délit commis.

La moitié des participant·e·s décrivent aussi la curiosité comme étant une qualité importante pour le thérapeute, indépendamment du SSE des patient·e·s :

“Le thérapeute est un question-ologue [...] c’est un gamin de 5 ans curieux. Si on est pas gamin de 5 ans curieux, je pense qu’on a un gros problème.” H22

La curiosité fait partie de l’essence du métier car elle amène à explorer l’histoire du·de la patient·e, et à dépasser des préconçus pour entrer dans une “*véritable écoute*” (E) et une rencontre. Pour l’un des thérapeutes (H), cela s’allie avec la nécessité de rester humble puisqu’il estime qu’il est primordial de partir du principe que l’on ne sait pas, que l’on “*ne peut pas comprendre la réalité subjective de l’autre*”. Il faut ainsi travailler par hypothèse, justement en étant curieux du vécu de l’autre, en voulant l’explorer et le questionner avec lui. En résumé, une posture interne d’accueil de l’autre dans son humanité, une curiosité bienveillante et une attitude humble semblent être clés pour une bonne pratique de la psychothérapie.

#### 5.4.2 Fonctions de l’espace et du processus thérapeutique

Les participant·e·s ont évoqué à travers leurs réponses les attitudes qu’il·elles estiment importantes dans leur métier, mais il·elles ont également exposé leur vision quant à l’espace et au processus thérapeutique. Nous avons pu mettre en lien avec ce thème les discours de six thérapeutes. Premièrement, un thérapeute (H) considère la thérapie comme un espace de “*co-digestion*”. Bien qu’elles n’utilisent pas le même terme, deux praticiennes (E & F) rejoignent cette vision. L’une d’elle (E) parle d’aider le·la patient·e à faire face, à supporter la réalité. Elle met en lien le fait de ne pas avoir de pouvoir sur les réalités externes, mais de pouvoir aider le·la patient·e à les traverser en étant avec lui ou elle, en acceptant de l’accompagner.

“Et puis du coup, comment on accompagne des fois le patient avec juste la supportation de la réalité ? [...] ben je suis avec le patient et puis je suis désolée avec lui. Je suis dégoûtée avec lui. Je suis triste avec lui. Donc il y a cette notion [...] de ne pas être juste seul face à ce qui se passe.” E4

Ces thérapeutes envisagent donc la thérapie comme un processus qui permet aux membres de la dyade de traiter ensemble les vécus du·de la patient·e. Dans une suite logique, deux praticien·ne·s parlent également de “*co-construction*” : l’espace thérapeutique est partagé (H), et est un lieu d’expérimentation (B), où les histoires peuvent être revisitées.

Dans un deuxième temps, trois thérapeutes évoquent divers éléments rattachés au besoin de réhumaniser les patient·e·s. En effet, comme nous l’avons dit dans notre introduction théorique ainsi que dans le point 5.1, les personnes en précarité ont de grandes probabilités d’avoir déjà vécu des discriminations, des mauvais traitements ou des traumatismes. Ainsi, les

thérapeutes ouvrent cet espace thérapeutique comme un endroit qui humanise et réinstaura la dignité. Cela passe par exemple par le fait de mettre les besoins du·de la patient·e au centre (D), de valider et normaliser ses vécus (F) ou encore de lui offrir des possibilités d'autodétermination. Concernant ce dernier point, la participante (B) travaillant avec des personnes en prison, nous dit ceci :

“... Puis après des fois quand on sort de la séance, je les laisse passer devant comme ça ils peuvent au moins ouvrir au moins une porte, même si la suivante c'est moi qui dois l'ouvrir. [...] Ouais pour qu'ils puissent se différencier comme ça de ce truc très, de cette masse où on a aucune liberté, aucune autonomie. Pour se déterminer et puis avoir de l'individualité, c'est compliqué quoi.” B49-50

Bien que cet exemple soit très particulier au cadre de sa pratique, il exemplifie le genre de démarches que mettent en avant les thérapeutes pour promouvoir cette capacité d'autodétermination. Les descriptions faites par les thérapeutes sur la fonction de la psychothérapie laisse suggérer que les patient·e·s précarisé·e·s peuvent autant bénéficier des avantages de cette prise charge que d'autres personnes.

#### *5.4.3 Questionnement sur les délimitations du rôle du·de la psychothérapeute*

À travers l'exposé que font les psychothérapeutes de leur pratique, nous mettons en évidence leurs considérations sur leur rôle dans les suivis avec des personnes précarisées. De fait, cinq thérapeutes expriment des questionnements par rapport à leur rôle et aux délimitations de ce dernier.

Tout d'abord, il·elles mettent en évidence que la patientèle en précarité amène tout particulièrement à se poser ces questions. Cela est à mettre en lien avec la prégnance des réalités externes, le peu de ressources à disposition et les besoins particuliers identifiés chez cette patientèle. Ainsi, il semble moins évident de déterminer ce qui est du ressort du·de la thérapeute ou pas. Nous observons dans le discours que les participant·e·s définissent parfois leur place par la négative, en mettant en évidence des éléments dont il·elles ne doivent pas s'occuper ou dépassant leur fonction. Par exemple, une participante (E) parle du fait de “*trop militer*”, et deux autres (A & F) d'être trop dans l'agir, donnant de la sorte des informations sur les écueils à éviter. Cette tendance à parfois outrepasser le rôle traditionnel du·de la psychothérapeute, qui peut être compris comme le travail autour des dimensions intrapsychiques, sera aussi évoquée dans la partie 5.5.3 sur les pulsions à agir. En somme, les frontières du rôle du·de la psychothérapeute semblent assez floues, en particulier dans les suivis avec une patientèle précarisée. Cette difficulté à déterminer de manière claire son rôle

dans ces consultations peut susciter un certain malaise, comme exemplifié ci-dessous :

“J’avais parfois l’impression que peut-être j’apprenais pas correctement mon métier ou j’étais pas dans la bonne posture, ou j’avais peut-être même pas le droit de faire des démarches que je faisais enfin je me posais beaucoup de questions sur le rôle du psychologue dans ces situations-là.”

A2

Cet extrait illustre également un point relevé par deux participantes (A & F) : ces incertitudes quant au rôle sont d’autant plus difficiles en début de carrière, dans un moment où les thérapeutes construisent leur identité de professionnel·le et sont soumis à beaucoup d’interrogations. En plus de ces questionnements, trois thérapeutes (A, F & H) expriment tout de même clairement que le rôle du thérapeute n’est pas exactement le même dans ces suivis. Il·elles relatent que leur travail peut être parfois moins centré sur la clinique et le psychique, mais qu’il prend une dimension sociale :

“Nous avons un rôle qui est beaucoup moins clinique, et nous avons un rôle, d’où les casquettes d’un côté, le clinicien et de l’autre côté, presque une extension au travailleur social par moment”

H3

À nouveau, ceci est à mettre en lien avec les difficultés économiques ou administratives propres à cette population. L’impact des réalités externes amènent les thérapeutes à ne pas se concentrer uniquement sur la réalité psychique, car cela ne serait pas aidant. Il·elles adaptent donc dans une certaine mesure leur prise en charge.

## 5.5 Diversité des éprouvés face aux patient·e·s en précarité

Ce thème rend compte de la diversité des vécus qui animent les psychothérapeutes lorsqu’il·elles suivent des patient·e·s en situation de précarité. Nous traitons premièrement de (1) **la nature et de l’appréhension des vécus** [122], puis de (2) **l’intensité émotionnelle** [80], et enfin (3) **des pulsions à agir et des agirs** [53]. Ce thème comptabilise un total de 255 unités de sens.

### *5.5.1 Nature et appréhension des vécus*

Étant donné la nature du travail psychothérapeutique, qui implique émotionnellement soigné·e comme soignant·e, les thérapeutes ont fait part d’une large gamme d’éprouvés au travers de leurs réponses. Parmi les vécus décrits, la moitié affirme avoir éprouvé ou éprouver le sentiment d’impuissance en travaillant auprès de patient·e·s en précarité. L’une l’exprime comme ceci en se remémorant les sentiments qui l’animaient en début de carrière :

“Parce que quand des gens racontent des choses tellement terribles sur le plan de la précarité, il y a un vécu de “qu’est-ce que je peux bien y faire?” [...] je pense que je devais me dire “qu’est-ce que je vais pouvoir faire avec ça”. Parce que c’est des aspects tellement concrets, réels et toi tu es formé à penser”. D30-31

Dans la même idée, une autre thérapeute (A) explique que cet éprouvé est devenu plus appréhendable au fil de sa pratique :

“L’impuissance alors ça, c’est énorme avec cette population-là aussi. Et ça aussi, ça évolue. [...] Et avec le temps, je trouve qu’on arrive mieux à gérer ce vécu d’impuissance. Enfin à accepter en fait que ben oui le monde est pas très juste et égalitaire.” A5

Cette impuissance qui émerge résulte souvent en une envie d’agir en faveur du·de la patient·e, comme nous le verrons dans la partie 5.5.3. Plusieurs thérapeutes rappellent toutefois qu’il est nécessaire de faire preuve de réflexivité à ce sujet, d’identifier le vécu et de le traiter afin qu’il ne soit pas délétère.

À ce sentiment d’impuissance s’ajoute souvent le sentiment que la personne en précarité fait face à des injustices et n’est pas traitée comme elle devrait. Deux thérapeutes (A & F) disent être habitées par le “*sentiment d’injustice*” lorsqu’elles travaillent aux côtés de cette population, tandis que d’autres expriment le sentiment de “colère” (F), de “désarroi” ou encore de “tristesse” (D) face aux récits qu’elles entendent. Dans un autre registre, une des thérapeutes (C) ayant un SSE d’origine élevé explique avoir éprouvé dans sa pratique avec des personnes en précarité sa “*conscience de classe*” qui peut s’approcher d’un certain sentiment de culpabilité. Nous pouvons faire l’hypothèse que ces différents éprouvés font probablement écho aux sentiments qui animent ces patient·e·s.

En outre, parmi les vécus internes expérimentés, trois personnes font référence aux ressentis de peur plus présents avec cette population. Il s’agit pour deux participantes (D & F) de la peur en tant que thérapeute de devoir se représenter les vécus extrêmes qu’apportent les patient·e·s par exemple. Nous retrouvons aussi dans l’un de ces discours (F) la peur pour l’autre, au vu de la vulnérabilité psychique et du risque suicidaire qui peuvent être importants. De plus, la peur de l’autre de par sa différence est ressortie dans un discours (C). Cette même participante aborde de manière franche que face à des patient·e·s dont l’apparence nous est répulsive, la réaction première peut être de vouloir mettre de la distance, se différencier à tout prix, dans une dynamique défensive importante. Elle explique alors qu’il est nécessaire de se “*discipliner*” (C) et de pouvoir travailler sur ce mouvement de recul :

“La question de réagir à l'origine visible des gens, que ce soit dans la précarité ou d'une autre nature, il y a un mouvement probablement très inconscient. C'est pas vrai qu'on domine notre réaction profonde. [...] Ouais voilà, donc je crois qu'effectivement oui, mais c'est vrai qu'on doit probablement régulièrement se rediscipliner.” C5/6

Enfin, six thérapeutes ont parlé d'empathie. Pour certaines, ce ressenti est évoqué comme une donnée de base du travail thérapeutique, et elles ne dénotent pas de changement de cet éprouvé en fonction des caractéristiques du·de la patient·e. D'autres rapportent cependant une empathie qui peut varier (A, B, D, F & G). Bien que cela puisse aussi dépendre de caractéristiques individuelles des patient·e·s, comme le précise une participante (B), quatre participant·e·s expriment avoir un mouvement d'empathie exacerbé envers la population précaire. Seulement, comme nous pouvons le voir avec les participantes citées, cette position semble assez délicate à défendre. La plupart des répondantes exprimant un avis ambigu à cet égard, tantôt en faveur d'une empathie égale pour tous·toutes, tantôt en faveur d'une empathie intensifiée pour les personnes précarisées. Cela semble lié à la perception qu'ont les thérapeutes du parcours de ces patient·e·s, où il y a une évidence de la souffrance et du manque de ressources matérielles, qui vient toucher et appeler à une grande empathie. Cette même participante (B) ajoute penser que cela est aussi influencé par le fait qu'elle peut s'identifier à ces personnes du fait de son histoire personnelle. Elle explique notamment avoir été animée, avec l'un de ses patients en précarité, par des vécus “*maternels*” voire amoureux.

De façon générale, l'hétérogénéité des vécus internes cités ci-dessus laisse penser que l'accompagnement psychothérapeutique de cette patientèle suscite bel et bien des émotions particulières. Les vécus des thérapeutes sont directement reliés à leurs patient·e·s, mais aussi aux circonstances qui gravitent autour de ceux et celles-ci. Les psychothérapeutes affirment qu'il est crucial de reconnaître les vécus qui les animent. En tous cas, nous constatons dans plusieurs discours une grande préoccupation, dépassant le cadre strict des vécus qui émergent en séance, pour les difficultés concrètes que rencontrent les patient·e·s.

### 5.5.2 *Intensité émotionnelle des vécus*

Les émotions décrites par nos participant·e·s sont non seulement riches par leurs diversités et spécificités, mais aussi dans la description de leur intensité. Ainsi, six participant·e·s partagent des éléments montrant des vécus émotionnels forts et lient cela en particulier aux suivis avec des personnes en précarité. Nous pouvons tout d'abord voir que cela est lié au contenu partagé en séances : les participant·e·s parlent de récits difficiles, qui font état d'injustices, et cela va même jusqu'à des récits d'épouvante dans certains cas.

“Enfin travailler dans le domaine de l'asile c'est quand même avoir accès un peu quotidiennement aux plus bas-fonds de ce que l'humain peut faire hein. Et puis il y a quand même pas mal de gens qui disent que c'est pour eux insupportable.” A16

Cet extrait illustre cette lourdeur du contenu. Nous remarquons par ailleurs que cela est amené principalement par les personnes ayant beaucoup travaillé ou travaillant avec des personnes issues de la migration, et qui ont donc une probabilité importante d'avoir vécu des traumatismes, tels que de la torture ou des viols, exemples relatés par des participant·e·s. Compte tenu de l'horreur des récits, certain·e·s praticien·ne·s partagent qu'il est parfois même difficile d'avoir une quelconque représentation de ce qui est raconté.

La teneur de ce que partagent les patient·e·s va en premier lieu impacter le·la psychothérapeute en séance, et cela de diverses manières selon les répondant·e·s. Une participante (A) parle d'une modalité de “*présence intense*” pendant les séances, une autre (F) d'un état de sidération dans lequel elle se retrouve parfois, qui la déconnecte et l'empêche de réfléchir. Une participante (E) mentionne aussi qu'il lui arrive d'avoir des réactions corporelles fortes face à certains récits, comme des nausées. Cependant, cet impact émotionnel majeur ne s'arrête parfois pas au cadre des séances, et suit les psychothérapeutes au-delà, comme expliqué dans cet extrait :

“Je pense que c'est des situations moi en tout cas, qui m'envahissent un peu plus. Auxquelles euh qui vont tout à coup me revenir en tête le soir quand je suis chez moi ou le week end ou comme ça. Donc quand même qui sont plus envahissantes.” A6

La participante parle de cet “*envahissement*”, tandis que d'autres évoquent le fait de se sentir vidé par ce travail, ou de ressentir une lourdeur, d'être “*extrêmement chargé*”. Il est intéressant de noter que le champ lexical utilisé (envahissement, lourdeur, vide) semble faire allusion à des sensations corporelles, ce qui donne une impression que les thérapeutes s'impliquent littéralement “corps et âme” dans les suivis avec des personnes précarisées. Pour terminer, deux participantes (A & E) évoquent le risque accru pour le·la thérapeute de traumatisme vicariant dans le travail avec une population en précarité :

“Par contre, c'est probablement pas la seule population, mais une des populations avec laquelle on a peut-être d'assez grands risques de traumas vicariants.” A20

En effet, compte tenu de l'exposition à de nombreux récits de vécus traumatiques, les praticien·ne·s peuvent finir par être eux·elles-mêmes traumatisé·e·s au travers de leurs séances, comme cela a été le cas pour l'une des thérapeutes (E). Comme nous le verrons au

point 5.6.2, ces impacts émotionnels intenses demandent aux praticien·ne·s une certaine vigilance envers leur propre état et de savoir prendre soin d'eux·elles-mêmes.

Pour supporter cette exposition à des récits extrêmes, l'une des participantes (D) décrit la manière dont elle se protégeait inconsciemment en début de carrière en intellectualisant les vécus qui lui étaient rapportés sans parvenir à se les représenter plus profondément. Cette manière de se défendre de vécus trop effractants semble être un des pendants liés à l'écoute de ces récits. Ainsi, il semble que si le·la thérapeute n'y est pas préparé·e, il·elle risque soit de mettre à l'écart ses affects et par conséquent ceux des patient·e·s, soit d'être complètement envahi·e.

À ce titre, nous retrouvons un point transversal déjà abordé qui est l'évolution temporelle. Nous comprenons à travers les discours qu'elle permet de dépasser au fil de la pratique ces tendances. Une des thérapeutes l'explique ainsi :

“Ensuite quand le temps est passé, je pense que j'ai gagné la capacité de me représenter un peu en image, me faire une histoire comme un film que je me déroule. Et donc ça veut dire que quand un patient en précarité doit raconter des choses extrêmement douloureuses en lien avec ce vécu là et bien j'y vais avec lui. C'est ok pour moi, je peux entendre tout ce qu'il y a à entendre.” D12

La manière d'appréhender cette intensité évolue donc également avec le temps, avec un besoin accru de se protéger au début pour faire face puis une acquisition progressive de la capacité d'aller là où le·la patient·e l'emmène, pleinement.

### 5.5.3 Pulsions à agir et agirs

Face aux difficultés des personnes en précarité et à l'impuissance ressentie par les thérapeutes, il·elles font part de leur besoin ou envie d'agir. Les praticien·ne·s mettent effectivement en avant le fait que ce sont ces suivis en particulier qui provoquent cette envie :

“Quand il y a une grande précarité ou bien y a des contextes complètement instables, moi là ça va plus m'agiter, puis me donner plus envie de passer à l'acte, de faire à la place du patient.” B9

Il semble que le fait de rester “*sans rien faire*”, ou du moins sans faire des actions concrètes, paraisse trop inconfortable face à ces situations où le besoin d'aide est omniprésent. Pour exemplifier, une thérapeute (F) relate que son envie d'aider va parfois jusqu'à vouloir donner de l'argent à un·e patient·e, tout en étant consciente que ce n'est pas à elle de faire cela. Pour continuer, deux participant·e·s relatent que cette pulsion à agir est causée par le ressenti d'impuissance et d'injustice, lorsque l'on ne parvient pas à les gérer autrement. Cette mise en action peut se traduire par le fait de “*faire à la place du patient*”, ou

d’aller trop loin ou trop vite pour ce dernier : en somme de ne pas respecter sa temporalité et ses besoins, mais de se précipiter. Pour pallier cela, les psychothérapeutes appuient sur la nécessité de ne pas céder à cette envie d’agir sans prendre le temps de la réflexion. Cela suppose donc de se donner les moyens de réfléchir à cette pulsion, mais également de lutter contre elle lorsque cela se révèle nécessaire. Le discours des participant·e·s nous montre que cela est également lié à la thématique 5.4.3 : être trop dans les agirs est considéré comme sortir du rôle du thérapeute.

Malgré la mise en évidence du point précédent, les participant·e·s parlent de certaines actions effectuées. Elles sont parfois assumées, et justifiées par l’adaptation nécessaire aux besoins des patient·e·s :

“Ça demande plus à agir. [...] Moi, je fais plus de coups de fils pour les assistants sociaux, je suis clairement plus activée.” E10

Comme nous l’avons mis en évidence plus tôt, les thérapeutes semblent accepter de prendre un rôle un peu différent dans les situations avec des personnes précaires et certaines actions semblent donc entrer dans ce cadre-là. Mais quelques thérapeutes parlent également d’agirs irréfléchis qui s’inscrivent dans ce besoin de faire quelque chose avec une certaine urgence. À ce propos, une participante (A) relève que lutter contre cette pulsion est plus difficile pour de jeunes praticien·ne·s et que cela est à mettre en lien avec la capacité de gestion de l’impuissance.

## 5.6 Réflexivité des psychothérapeutes sur leurs éprouvés

Ce thème rapporte la manière dont la réflexivité semble constituer un élément clé et central dans la pratique des thérapeutes. Pour l’explorer, nous l’avons divisé en trois parties soit (1) **l’importance de la connaissance de soi et du travail sur soi** [56], (2) **les besoins du thérapeute en vue d’une bonne pratique** [65], et (3) **les apports des supervisions et des connaissances théoriques** pour nourrir cette réflexivité [28]. Ce thème comptabilise un total de 149 unités de sens.

### *5.6.1 Importance de la connaissance et du travail sur soi*

Pour la totalité des participant·e·s interviewé·e·s, la connaissance de soi semble être une pierre angulaire dans leur exercice de la psychothérapie. Dans ce sens, il·elles estiment que faire une thérapie personnelle est un prérequis fondamental. Beaucoup affirment qu’il s’agit même d’une condition *sine qua non* à la pratique de leur métier :

“Mais pour pouvoir faire ça, la condition, c'est avoir fait beaucoup de thérapie personnelle aussi. Ça, c'est clair et net et je vous parle, je vous parle de tout ça, mais il y a des préalables. Le premier préalable, c'est une bonne analyse et une bonne thérapie personnelle.” H11

De fait, les participant·e·s relatent que cela permet de se connaître plus pleinement, de mettre en avant ses mécanismes de défense, de pouvoir réfléchir sur ses vécus, ses points nodaux. Comme le·la psychothérapeute est son propre outil, il est nécessaire qu'il·elle soit en mesure de comprendre son fonctionnement psychique pour ne pas projeter ce qui lui appartient dans l'espace thérapeutique. Cependant, quelques-un·e·s ajoutent aussi que cet exercice est un processus qui est constamment à renouveler puisqu'on ne finit jamais réellement de se connaître. Il y a toujours besoin de garder une posture auto-réflexive, la pratique psychothérapeutique demandant de savoir se lire, repérer les signaux d'alerte et les traiter. Au-delà du fait de mieux se connaître, deux psychologues formées à la psychanalyse (C & D) mentionnent par ailleurs qu'avoir elles-mêmes été patientes leur a permis d'appréhender ce qui peut se jouer au cœur de la relation thérapeutique. Pour l'une d'elles (D), la thérapie personnelle lui a donné l'opportunité d'expérimenter en tant que patiente les bienfaits d'un thérapeute *“qui sait nous laisser avec notre souffrance, qui ne va pas venir nous consoler avant même que l'on ait pu éprouver de la tristesse”*.

Pour terminer, nous remarquons certaines différenciations selon les approches théoriques, avec notamment une participante de formation psychanalytique (C) qui appuie sur le besoin d'une thérapie de cette lignée théorique pour faire un travail personnel approfondi. Elle valorise aussi, comme un autre thérapeute (H), l'expérience thérapeutique de groupe qui permet de se pencher sur son intérieur et de faire bouger certaines dispositions internes grâce au regard et à la perception des autres. Indépendamment de ces différences d'approche, l'ensemble des praticien·ne·s met en avant l'intégration du travail sur soi dans la pratique de psychothérapeute.

### 5.6.2 Besoins du thérapeute en vue d'une bonne pratique

Ajoutés à la nécessité d'être auto-réflexif·ve mise en évidence au point précédent, d'autres besoins ressortent du discours des participant·e·s. Tout d'abord, les thérapeutes mentionnent de différentes manières l'importance de prendre soin de sa personne. Pour quatre d'entre eux·elles (E, F, G & H), il s'agit nommément de *“connaître ses limites”* :

“Et puis être au clair aussi sur mes limites. Par exemple, moi je sais que j'ai dit "Ok, ce boulot-là, ça m'intéresse vraiment beaucoup, mais je peux pas faire que ça de ma semaine", donc je suis à 60 %, pas plus. Mais je sais, c'est ma limite c'est comme ça, si je veux faire ce travail.” F39

Cela peut concerner le taux de travail, mais également les thématiques que l'on accepte de traiter, ou l'étendue de sa propre implication. Le fait de savoir se ressourcer est également mis en lumière : il s'agit premièrement de connaître ce qui leur fait du bien, ce qui leur permet d'être régénéré·e. Pour une participante (F), il s'agit de faire des choses concrètes qui changent de la constante élaboration psychique du travail thérapeutique, comme par exemple façonner des objets en céramique. Ces besoins, comme mentionné par une autre professionnelle (A), ne sont pas spécifiques au travail avec cette population. Toutefois, les suivis avec des personnes en précarité étant considérés par plusieurs comme plus lourds et envahissants, le besoin de se ressourcer est relevé de manière appuyée.

Deux thérapeutes mettent également en avant l'intérêt d'être quelqu'un de riche en expériences afin de nourrir le processus thérapeutique :

“Tout ça, pour un psychologue, c'est de la richesse. Plus vous êtes vivant, et plus vous avez souffert, plus vous avez appris, plus vous avez eu de plaisir, plus vous avez, plus vous vous êtes émerveillé. Plus votre sac est plein. [...] Donc je pense que le psychologue est avant tout quelqu'un qui doit s'enrichir du monde, qui doit dire, qui doit vivre.” H12

En étoffant ses propres expériences, le·la thérapeute peut mieux se représenter celles du·de la patient·e, et cela l'aide à construire à ses côtés. Pour terminer, une participante (F) partage que pour certain·e·s de ses collègues, le militantisme représente également une aide pour une bonne pratique. Comme nous l'avons vu précédemment, les vécus d'impuissance ou de culpabilité peuvent compliquer le travail et le fait de garder son rôle de psychothérapeute ; pour certain·e·s, la possibilité de pouvoir agir ces éprouvés en dehors du cadre du travail permet de mieux compartimenter et de ne pas se laisser envahir. En bref, la pratique psychothérapeutique de manière générale, et celle auprès des personnes précarisées en particulier, nécessite de connaître ses limites, de savoir se ressourcer, et bénéficie de la richesse humaine du thérapeute.

### *5.6.3 Apports des supervisions et des connaissances théoriques*

Le discours des professionnel·le·s fait aussi transparaître le besoin d'apports extérieurs afin de construire et d'appuyer leur réflexivité personnelle. Quatre des thérapeutes interrogé·e·s présentent les supervisions et intervisions comme un exercice essentiel. Elles permettent d'avoir le regard d'un pair plus expérimenté, ou simplement une vision externe, sur une situation clinique. Cette aide est présentée comme un moyen de traiter ses questionnements et ses vécus émotionnels afin qu'ils n'entachent pas de manière négative le travail effectué en thérapie.

“Et puis après ben, et ça, c'est un peu le travail personnel qu'on peut faire avec un suivi individuel ou des supervisions, de justement, voir comment ces vécus ils peuvent être utiles, mais qu'ils n'entravent pas le travail.” E12

Les thérapeutes ne mettent pas nécessairement en lien un besoin plus important de supervisions avec la patientèle précarisée, bien que cela dépende peut-être de l'expérience : une participante (F) avec cinq ans de pratique fait ce lien, alors qu'une autre participante (A) avec pratiquement vingt ans d'expérience dit ne pas penser que le travail avec cette population demande plus d'encadrement.

Dans un deuxième temps, le discours des praticien·ne·s nous amène à mettre en avant l'intérêt des apports théoriques. Quelques participantes mentionnent explicitement que les outils théoriques acquis durant leur parcours académique et professionnel les aident à penser leur propre vécu ainsi que celui de leurs patient·e·s. L'une des psychothérapeutes (C) décrit par exemple que l'approche psychanalytique est un outil qui lui a permis de “*travailler avec son monde pulsionnel, avec son Moi et son Surmoi*” et d'utiliser l'analyse des mouvements transférentiels dans sa pratique clinique. D'autre part, une praticienne décrit la manière dont la connaissance d'une théorie spécifique lui a permis de mettre du sens sur ce qu'elle faisait avec les personnes en précarité :

“Ce qui m'a aidé c'est de pouvoir mettre du sens à ce que je faisais, c'est-à-dire justement régler les besoins de base [des patients en précarité] en premier quoi. C'est la pyramide de Maslow qui m'a aidé à mettre du sens.” A4

Nous voyons donc que les outils et connaissances théoriques sont présentés comme des supports importants pour la réflexivité des psychothérapeutes. Ils peuvent les aider à mettre du sens sur leurs vécus et les situations cliniques, autant de manière générale qu'en lien avec cette population particulière. Dans leurs réponses, les thérapeutes font parfois aussi référence à des figures de la psychothérapie qui les inspirent ou qui les aident à élaborer des éléments de leur pratique, comme Jean-Claude Métraux (F), Roussillon (C) ou Elkaïm (H). Ainsi, nous constatons que les thérapeutes se nourrissent de leur propre réflexion, mais également des différents apports qu'il·elles peuvent recevoir dans une continuité de l'élaboration de leur pratique.

### 5.7 Liens entre histoire personnelle et pratique actuelle des psychothérapeutes

Au fil de leurs réponses, les participant·e·s ont pu faire état de certains liens entre leur histoire, les caractéristiques de leur parcours et leur pratique actuelle. Pour les décrire, ce

thème est divisé en 4 catégories soit (1) **l'appartenance sociale et économique** [41], (2) **l'influence du milieu familial** [84], (3) **les expériences de vie** [48], et enfin (4) **les intérêts et gains personnels** vis-à-vis de leur pratique actuelle [70]. Ce thème comptabilise un total de 243 unités de sens.

#### 5.7.1 *Appartenance sociale et économique*

Premièrement, plusieurs participant·e·s décrivent leur milieu socioéconomique d'origine. La moitié des participant·e·s relatent venir d'un milieu plus modeste que celui auquel il·elles appartiennent actuellement avec leur métier de psychothérapeute et utilisent pour décrire leur milieu d'origine les termes de “*milieu ouvrier*” (A & F), “*d'une famille d'agriculteurs*” (H), ou encore d'une famille “*pas à l'aise financièrement*” (B). Deux participantes (A & F) disent d'ailleurs explicitement avoir connu “*une migration dans les strates sociales*”, en partant faire des études et en travaillant actuellement dans le domaine tertiaire.

Plusieurs mettent ces appartenances en lien avec leur clinique actuelle. Par exemple, une participante (G) explique que le fait d'avoir côtoyé divers milieux dans sa jeunesse lui permet d'être à l'aise avec des personnes de tout SSE ; comme à l'inverse, une participante issue d'un milieu modeste (B) dit être moins à l'aise avec des personnes aisées, car ce n'est pas sa “*zone de confort*”. Une autre participante (F) fait elle le lien suivant :

“Pour moi y a un parallèle entre du coup mes parents qui me faisaient parfois de la peine, on va dire, à ce niveau-là, et les patients que je vois parce que j'ai l'impression eux aussi ils ont pas les moyens pour se défendre ou pour faire valoir leurs droits. Donc euh j'ai un peu l'impression d'aider des gens comme mes parents.” F46

Elle exprime par la suite le fait de pouvoir en quelque sorte “*réparer*” quelque chose en prenant soin de ses patient·e·s, là où ses parents n'acceptaient pas son aide. Pour terminer, nous notons toutefois que deux participant·e·s ayant parlé de leurs appartenances sociales et économiques ne font pas de liens particuliers entre cette dernière et leur pratique psychothérapeutique actuelle. Même si cela n'est pas systématique, il est intéressant de voir que les thérapeutes font facilement des liens entre leurs origines socioéconomiques et leur pratique.

#### 5.7.2 *Influence du milieu familial d'origine*

L'influence du milieu familial d'origine est ressortie dans le discours des huit participant·e·s. Il·elles relatent retrouver des éléments de leur histoire familiale dans leur

choix et leur pratique actuelle, ainsi que dans leur manière d’appréhender les relations humaines. En effet, deux thérapeutes (C & G) relèvent qu’un membre de leur famille exerçait dans un domaine qui a trait à la santé mentale, et une (D) que sa mère travaillait comme employée dans l’administratif en milieu hospitalier. Une de ces répondantes (C) raconte un exemple frappant de cette connexion puisqu’elle a embrassé la même carrière professionnelle que sa mère, sans en avoir pris conscience immédiatement. Elle explique que c’est bien plus tard qu’elle a fait le pont entre la pratique de sa mère et la sienne, qu’elle considère après coup comme n’étant pas le fruit du hasard.

D’autres personnes font des liens entre leur choix de carrière et leur vécu familial, comme une praticienne travaillant en milieu carcéral (B), qui explique avoir grandi dans un climat familial violent. Elle ajoute ceci :

“Je suis sûre que c’est pas du tout un hasard si je travaille en prison, qui est quand même un endroit particulier. [...] On pourrait aller dans plein de choses, mais par exemple, [...] si je fais un trait caricatural, c’est un peu, je veux sauver mon père, donc je vais travailler avec des hommes comme ça, vulnérables mais qui peuvent être violents quoi.” B32/B35

En somme, comme le fait explicitement une répondante (C) dans son discours, certain·e·s psychothérapeutes remettent en question la notion de choix totalement délibéré, en observant les liens entre leur histoire et les directions qu’ont prises leurs vies professionnelles.

Additionnellement, l’analyse nous montre que ce lien entre milieu familial et pratique se fait aussi par des éléments transmis plus consciemment, de l’ordre de l’éducation, des valeurs. Par exemple, trois participant·e·s (C, G & H) relatent la manière dont les valeurs familiales d’ouverture, d’accueil et de sensibilité aux causes sociales les ont imprégné·e·s et teintent leur engagements clinique et même idéologique. Une participante (F) met aussi en évidence le fait que ses parents lui ont transmis des valeurs de simplicité, selon elle fondamentales pour le travail avec des personnes précarisées.

Pour terminer, deux répondant·e·s (E & H) partagent des éléments quelque peu différents. De fait, il·elle font référence à des éléments de leur histoire familiale qui les ont suivis, amenant des questionnements ou un intérêt particulier. Il semble, en analysant leurs discours, que leur pratique actuelle s’offre comme une occasion pour explorer ces intérêts. L’un (H) se rappelle par exemple son enfance auprès de sa famille, entre insouciance et souffrance liée à la pauvreté, et des interrogations que cela a amené par la suite :

“Quel est le bon contexte ? De quoi a-t-on besoin réellement ? Je pense que c’est ce type de questions qui m’amène ici. [...] Mais je pense qu’à l’origine c’est juste ça, je me souviens c’était

tellement simple et tellement beau. J'ai jamais pu retrouver cette insouciance. Peut-être c'est ça. Peut-être. Je sais pas." H21

Le thérapeute partage le fait que ce sont peut-être ces questions qui l'ont guidé, qu'il y a en quelque sorte une "quête" pour retrouver cet équilibre, parvenir à mieux le saisir. Il semble que d'une façon ou d'une autre, les participant·e·s reconnaissent les liens qui existent entre leurs héritages familiaux et leur pratique clinique ainsi que leurs représentations du monde et des relations humaines. Ce résultat permet de mettre en exergue le fait que chaque membre du système thérapeutique vient en clinique avec une partie de son propre bagage éducationnel et familial.

### 5.7.3 *Expériences de vie*

Dans la continuité des deux thèmes précédents, nous relevons que plusieurs participant·e·s partagent des expériences de vie personnelles en lien avec leur pratique actuelle. Tout d'abord, deux participantes (C & G) expliquent que le cadre spatio-temporel dans lequel elles étaient inscrites à un moment donné a influencé leur considération pour les thématiques de la précarité. L'une (C) explique par exemple que son engagement social semblait pour elle évident, étant donné son inscription personnelle dans l'époque politique particulière de mai 68.

Deux personnes (E & F) parlent également des rapprochements entre leurs expériences personnelles et celles de leurs patient·e·s, notamment en lien avec la migration :

"Dans mon parcours personnel, moi je considérais avoir fait une sorte de mini immigration [...] Et puis ça moi, ça m'a beaucoup intéressée, et puis je me suis dit "Ah, ça m'intéresse aussi de retrouver des personnes qui ont vécu ça encore à plus grande échelle et dans un truc encore plus intense et qui a dû être un très grand choc". Et puis, ça m'intéresse de les accompagner." F4

Une participante (E) déclare elle pouvoir comprendre ce que cela signifie de quitter son pays, de percevoir des changements culturels en arrivant en Suisse, et qu'elle fait lien en ce sens entre son expérience et celles de ses patient·e·s. Par le même raisonnement, cette participante explique avoir été exposée à et avoir vécu des événements traumatiques lors d'un engagement humanitaire au début de sa carrière, ce qui a orienté par la suite son travail vers une patientèle qui est également passée par là. Ces deux mêmes participantes relatent qu'avoir eu des expériences de vie potentiellement similaires à celles de leurs patient·e·s les aident également dans leur travail de manière concrète, en pouvant verbaliser ce qui leur arrive ou par le fait d'avoir une compréhension plus profonde de ce qu'ils·elles traversent. Ainsi, en

plus de leurs diverses appartenances, les thérapeutes sont également influencé·e·s dans leur pratique par leur parcours de vie personnel.

#### 5.7.4 Intérêts et gains personnels

En parlant de leur pratique, l'entièreté des participant·e·s ont fait état de ce qui les poussent à s'investir dans des suivis avec des personnes en précarité. De manière globale, nous notons qu'il·elles retirent des gains personnels importants de cette pratique. Tout d'abord, pour trois thérapeutes (A, F & G) elle permet de réaliser une sorte de vocation : ces praticien·ne·s expriment être habité·e·s par une volonté de réparer les injustices ou par un intérêt pour le domaine de la précarité. Certaines présentent d'ailleurs cela comme une sorte de force immuable, qui ne leur a pas vraiment laissé de choix et les a poussées vers leur pratique actuelle. Nous notons d'ailleurs que la moitié des thérapeutes (A, C, F & H) estiment que leur pratique de la psychothérapie est une façon de "*réparer*" leur famille d'origine ou des injustices perçues. Une thérapeute l'exprime comme cela :

“Je pense que [...] le fait de mal supporter le sentiment d'injustice, c'est quelque chose qui [...] a beaucoup guidé le choix d'une profession dans le soin. Parce que je pense que quand on a de la peine à supporter l'injustice, on se dit qu'on va aller réparer. Et puis, quand on se lance dans une profession dans le soin, on pense qu'on va pouvoir réparer.” A11

Dans un second temps, une majorité des psychothérapeutes décrivent ces suivis comme riches, d'une complexité qui les enthousiasme et perpétue leur appréciation du travail clinique. Ces extraits l'illustrent :

“Dans ce type de situation-là, on peut avoir beaucoup plus d'impact et pour un systémicien, c'est extrêmement riche. C'est extrêmement complexe aussi. Des situations difficiles, mais, depuis une vision strictement systémique, c'est sublime quoi.” H5

“Et puis, en fait, c'est ça aussi que j'aime beaucoup dans ce travail, c'est que globalement, il y a tout qui est plus compliqué ; mais c'est aussi plus beau et plus intéressant.” F13

Ces deux participant·e·s font d'ailleurs un lien entre leur intérêt pour la complexité et leur formation systémique. Nous retrouvons à la fois un besoin et une appréciation du fait de devoir prendre en compte les systèmes d'appartenance des patient·e·s. En plus de cette complexité, d'autres éléments sont relevés comme des points d'intérêts. Parmi ceux-ci, nous notons un attrait pour la diversité culturelle rencontrée dans cette pratique, le travail avec des populations précaires ou encore le besoin de faire preuve d'adaptation et d'inventivité.

Au-delà de l'intérêt et de la richesse de la clinique en elle-même, nous retrouvons chez quelques participant·e·s l'idée que ces suivis les nourrissent personnellement. À un niveau

plus narcissique tout d’abord, deux participant·e·s notent que ce travail peut apporter une certaine valorisation et un sentiment d’utilité important :

“Mon parcours a fait que, ben en travaillant avec ces gens, je me sens, à chaque fois très, très utile et que ça, narcissiquement ça me valorise un tout petit peu.” H22

Nous percevons à travers cet extrait, que cela peut être quelque chose qui nourrit le thérapeute personnellement. Nous retrouvons aussi cette idée à un autre niveau : une participante (E) explique par exemple avoir, par ses expériences de vie, vu sa compréhension de la “*compétence humaine*” s’élargir, en découvrant d’un côté l’indicible mais à l’autre extrême le “*beaucoup mieux*”. L’exploration de ces extrêmes est quelque chose qui la fascine et elle peut, à travers les récits de ses patient·e·s et sa pratique, continuer de les explorer. Il en ressort un intérêt pour l’humain de manière générale, comme le rapporte également une participante :

“Alors que justement pour moi le travail avec cette population précaire me fait, elle me fait grandir ma curiosité sur ce qui se passe dans le monde” A16

Ces éléments laissent suggérer que l’intensité émotionnelle décrite au point 5.5.2, la potentielle lourdeur de ces suivis, est contrebalancée pour les participant·e·s par des gains personnels à divers niveaux.

## 5.8 Rapport des thérapeutes au contexte social et à la précarité

En décrivant les spécificités de leur pratique avec une patientèle défavorisée, les participant·e·s ont fait référence à des aspects qui dépassent les pourtours de la clinique. Ces éléments peuvent se subdiviser en trois sous-catégories : (1) **idéologies défendues et engagements** [88], (2) **représentations et jugements liés aux conditions socioéconomiques** [39], et (3) **regard sur le système de santé suisse** [25]. Ce thème comptabilise un total de 153 unités de sens.

### *5.8.1 Idéologies défendues et engagements*

La plupart des discours récoltés font mention d’idéologies et d’engagements en faveur de davantage de justice sociale, laissant parfois même apparaître spontanément certaines tendances politiques. Une thérapeute (F) relate par exemple le fait qu’en quittant la zone rurale où elle a grandi pour s’installer en ville dans le cadre de ses études, elle a découvert les “*idées progressistes*” et de “*gauche*” qui l’ont séduite, contrecarrant les valeurs plutôt traditionnelles transmises par sa famille d’origine. Un autre thérapeute (H) explique sa “*sensibilité politique*”

comme étant fortement influencée par sa famille d'appartenance qu'il décrit comme "*très à gauche*", "*très révoltée*" et "*très révolutionnaire*". À l'instar de deux autres thérapeutes (C & G), il lie le fait d'être animé par une part sociale aux valeurs sociales qui lui ont été transmises durant sa jeunesse.

En plus des idéologies en faveur de plus d'égalité, plusieurs thérapeutes ont fait état de leurs engagements associatifs, humanitaires ou encore militants. La psychothérapeute actuellement retraitée décrit avec précision ses années militantes, ayant évolué comme étudiante en mai 68 et ayant fait partie de groupes représentant une "*gauche alternative*". Dans la continuité de ces mouvements, elle a, entre autres, co-créé un hébergement psychosocial :

"J'ai contribué à la création de (association psycho-sociale) à Genève qui est un lieu d'accueil d'urgence [...]. Au début, c'était un accueil d'urgence pour les gens dans une grande précarité psychique et enfin de tout quoi, les gens dans des états désastreux." C20

Elle explique qu'obtenir des fonds pour cette association et d'autres qu'elle a fondées ensuite exigeait souvent une forme de "*lobbyisme ou militantisme*". Elle ironise en expliquant qu'elle enfilait ses "*perles de dames*" et son manteau pour faire la tournée des "*popotes*" afin de récolter des fonds privés. À l'image de Robin des bois et dans le désir de tendre vers une forme d'équité, elle explique que son engagement était un projet politique.

Le travail clinique avec des personnes en situation de précarité peut s'apparenter à une forme de clinique engagée sur le plan social. Nous pensons précisément à une des thérapeutes (F) qui dit encourager ses patient·e·s à se révolter. Elle estime que dans l'absolu il ne faudrait pas se limiter à aider ces patient·e·s à mieux supporter un système qu'elle juge dysfonctionnel et injuste, mais qu'il faudrait changer ce système dans son ensemble. Lorsqu'elle nomme l'impuissance à laquelle les acteur·ice·s du social et de la santé font face lorsqu'ils·elles accompagnent des personnes issues de la migration, elle explique connaître des collègues qui ont fait le choix d'avoir également une casquette de militant·e politique. Elle estime qu'il s'agit d'une manière de gérer ce vécu sans l'agir directement dans la relation avec le·la patient·e. Elle admet être reconnaissante pour les combats que ces personnes mènent et considère qu'elle contribue aussi en ce sens dans le cadre de sa propre clinique.

Nous pouvons aussi voir une forme de clinique engagée chez deux autres thérapeutes (C & G) qui dans leur pratique en cabinet privé ont fait le choix d'adapter leur tarification aux possibilités économiques de leur patient·e·s. L'une (C) explique avoir créé une mutuelle dans son cabinet, où les patient·e·s jouissant de revenus confortables payaient un tarif plafonné, ceux et celles ayant un revenu similaire au sien payaient moins et ceux et celles qui n'avaient

que peu de moyen, un tarif réduit. Elle justifie cette initiative comme étant liée à une forme d'idéologie personnelle. La seconde (G) qui n'a pas toujours été sereine à l'idée de faire varier ses tarifs par collégialité avec la communauté des thérapeutes explique avoir fait ce choix car elle estime que l'argent "*ne peut pas tout limiter*", ce qui laisse aussi entendre une forme d'idéologie.

En bref, les réponses obtenues nous montrent que plusieurs des participant·e·s portent un regard critique sur le traitement réservé aux personnes précaires et sur les injustices sociales de manière plus générale. Même si la majorité des participant·e·s insistent sur l'importance de connaître son rôle de psychothérapeute et de le conserver, leur discours fait état d'une grande sensibilité sociale et parfois même d'engagements dépassant la sphère de la clinique.

### *5.8.2 Représentations et jugements liés aux conditions socioéconomiques*

Les discours recueillis ont permis de constater la part sociale qui anime la plupart de nos participant·e·s comme montré dans la partie 5.8.1. Bien que quelques participant·e·s aient appuyé le fait qu'il est réducteur de considérer d'une part les pauvres et d'une autre part les riches, il·elles ont parfois laissé transparaître leurs représentations de la précarité, des patient·e·s aisé·e·s ou des patient·e·s défavorisé·e·s.

Une des thérapeutes (C) qui a elle-même grandi dans un contexte privilégié émet une opinion critique quant aux personnes qui se sentent légitimes et dénuées de complexe à "*être du côté des nantis*". Pour rappel, cette thérapeute était celle qui parlait de "*sa conscience de classe*" et des sentiments de culpabilité qui ont pu la traverser à certains moments. Lorsqu'il était question de discuter plus particulièrement de patient·e·s jouissant d'un capital économique confortable, trois thérapeutes (B, F & H) ont exprimé de manière franche une image plus négative des suivis avec une population aisée. L'une (B) admet avoir des a priori plutôt défavorables sur ces patient·e·s et se questionne sur un ressenti qu'elle peut avoir s'apparentant à du "*mépris*" ou peut-être à de la "*jalousie*". Les deux autres thérapeutes évoquent le travail clinique avec des patient·e·s aisé·e·s en ces termes :

“Par contre j'avais beaucoup de patients du cabinet de XXX qui m'agaçaient royalement avec leurs faux problèmes...” F43

“Je trouve un côté négatif de passer ma vie à travailler avec des situations VIP. Ca j'ai trouvé ennuyant à mourir.” H9

Cette difficulté à investir ces suivis peut être mise en lien avec d'autres thèmes. En premier lieu, elle peut être directement liée aux intérêts personnels des thérapeutes. L'un des

participants interrogés (H), lui-même issu d'un SSE bas, exprime avoir une sensibilité et une admiration pour les personnes aux circonstances de vie difficiles. En second lieu, certain·e·s thérapeutes semblent trouver du sens à être “avec” les personnes précaires, dans une position de soutien qui vient aussi répondre aux attitudes négatives de la population générale.

Concernant les représentations associées aux personnes défavorisées, il ressort d'un discours (E) qu'une vision plus négative et/ou stéréotypée de cette patientèle existe chez certain·e·s de leurs confrères et consœurs thérapeutes, même si elle est tenue à distance par nos participant·e·s. Toutefois, nous pouvons citer l'une des thérapeutes (C) qui décrit cette patientèle comme pouvant être plus bruyante en salle d'attente ou, dans des formes extrêmes, comme pouvant faire physiquement effet. Elle dit associer le terme de précarité à des personnes “très désagrégées” et s'étonne de ne pas avoir spontanément pensé à des profils comme celui des mères élevant seules leurs enfants et n'arrivant pas à finir leur fin de mois. Ainsi, ce constat laisse entendre que les représentations liées à la précarité peuvent être très larges et qu'elles sont profondément subjectives.

Ce sous-thème met en évidence un certain regard critique voire parfois hostile à l'égard des populations plus aisées chez certain·e·s thérapeutes. A contrario, très peu de jugements négatifs concernant les patient·e·s précarisé·e·s sont apparu·e·s. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il est plus délicat et inconfortable d'admettre, en tant que thérapeute, de plus engagé·e sur le plan social ou exerçant auprès de patient·e·s pauvres, avoir des représentations négatives au sujet de personnes hautement vulnérables et stigmatisées.

### 5.8.3 Regard sur le système de santé suisse

Les discours des thérapeutes autour du contexte social et de la précarité laissent aussi apparaître leur regard plus global sur le système de santé suisse et son fonctionnement. Travailler avec une patientèle en situation de précarité met en exergue certaines barrières, notamment au niveau des assurances. Un des thérapeutes dit ceci :

“On voit aussi les grandes disparités au niveau des assurances. [...] les gens disent par exemple, “j'ai une bonne complémentaire, pas de soucis” et après on réalise qu'ils leur paient dix, douze séances et vous, vous proposez trois par semaine dans un setting analytique, une année ou plus”.

C80

Dans le même sens, une thérapeute (B) relate qu'il arrive que ses patient·e·s aient des franchises élevées, compliquant alors le paiement de la prise en charge psychologique. Face à cette problématique, certain·e·s thérapeutes disent souvent réussir à trouver des solutions pour

tout de même recevoir ces patient·e·s en consultation, par exemple en contactant d'autres partenaires du réseau psychosocial.

Dans un autre registre, deux thérapeutes (B & C) font rapidement mention de la forme de précarité que peut amener le statut de psychologue en formation. La première, en cinquième année de formation à la psychothérapie, raconte avoir été étonnée, en discutant avec l'un de ses patient·e·s bénéficiaire de l'AI et régulièrement plaintif de son manque d'argent, qu'il perçoive presque plus d'argent qu'elle-même. L'une des participant·e·s, retraitée mais gardant une activité de superviseuse (C), constate une forte évolution du métier de psychologue, en notant qu'à son époque les employeur·se·s venaient pratiquement les recruter sur les bancs de l'université. Elle parle de ce changement en ces termes :

“Donc vous voyez on parle de précarité, maintenant je pense que quand on devient psychologue, on fait un choix avec une perspective d'une éventuelle précarité. C'est clair, je le vois bien avec tous les jeunes que je rencontre. Alors, à l'époque, c'était quand même un peu, pas du tout le cas.”

C99

Elle déplore cette évolution de la profession de psychologue qui selon son analyse contribue au fait que *“beaucoup de gens vont dans le domaine commercial, bancaire”*. Le nombre grandissant d'étudiant·e·s promu·e·s en faculté de psychologie et le changement de loi LAMal qui ne permet pas le remboursement des consultations réalisées par les psychologues en formation sous-tendent probablement cette situation. Si ce changement de juridiction complique l'insertion professionnelle des jeunes psychologues désireux·se·s de se spécialiser en psychothérapie, et menace une partie du système de soin en santé mentale déjà sous pression, il a l'avantage de permettre le remboursement des séances de psychothérapie effectuées par les psychologues-psychothérapeutes par l'assurance maladie de base. C'est pourquoi deux thérapeutes (H & G) voient ce changement d'un bon œil estimant qu'il facilitera la prise en charge des patient·e·s ayant peu de ressources financières pour se faire soigner.

“Et je dis “waouh, c'est bien”, parce que c'est un pays qui peut aussi couvrir certaines choses et ne pas laisser les gens dans la totale, disons, absence de traitement ou d'intervention, donc tant mieux et ça c'est vraiment bien. Maintenant avec LAMal, je crois que ça va ouvrir beaucoup plus de portes. Ca c'est intéressant cette nouvelle étape.” G26

En résumé, ce sous-thème permet de souligner que la pratique des psychothérapeutes interrogé·e·s s'inscrit dans le cadre plus large du système de santé suisse, qui a des implications positives et négatives pour les patient·e·s comme pour les professionnel·le·s.

## 6. DISCUSSION

### 6.1 Interprétation des résultats

Les huit entretiens que nous avons menés nous ont permis de récolter des données très riches et d'explorer de nombreux domaines. À l'image de ce que la littérature montre (e.g. Goodman et al., 2013; Krupnick & Melnikoff, 2012; Thompson et al., 2015), il apparaît clairement dans notre étude que la question de la précarité a un impact considérable pour la psychothérapie à différents niveaux, et qu'elle peut devenir un véritable défi pour les praticien·ne·s. Nous mettons en exergue les réflexions suivantes quant à nos résultats et leur articulation avec la littérature.

#### *6.1.1 Éprouvés et précarité*

Par notre recherche, nous avons pu confirmer que notre questionnement autour des vécus des thérapeutes était pertinent. De fait, il·elles ont rapporté une palette très diverse d'éprouvés, parmi lesquels certains paraissent particulièrement liés à l'accompagnement des personnes précarisées. Le sentiment d'impuissance, la peur ou encore la colère sont par exemple ressortis dans nos résultats. Ces mêmes éléments sont relevés dans la littérature (J. M. Smith, 2000; L. Smith et al., 2013; Thompson et al., 2015). Concernant la peur, elle est toutefois liée à des raisonnements quelque peu différents. Pour nos participant·e·s, il s'agit davantage d'une peur liée à l'état psychique de l'autre, qui peut être proche de l'inconcevable, ou d'une peur liée à la sécurité des patient·e·s par exemple. Dans l'étude de Thompson et collègues (2015), les répondant·e·s parlent plutôt de la peur de se retrouver eux ou elles-mêmes dans l'insécurité financière que vivent leurs client·e·s.

D'autre part, le discours des psychothérapeutes a mis en avant l'intensité émotionnelle de ce travail, comme le font également plusieurs études (J. M. Smith, 2000; L. Smith et al., 2013; Thompson et al., 2015). Ceci est mis en lien de manière claire avec le grand engagement que demande ses suivis de la part des praticien·ne·s, et la dureté de ce qu'il·elles peuvent entendre ou vivre en séances. Cette lourdeur et cet impact émotionnel font également écho à Smith (2005) qui explique qu'en travaillant avec une patientèle pauvre, les thérapeutes sont confronté·e·s à la façon dont ils·elles vivent ou survivent et n'ont plus le "confort" de fermer les yeux sur ces conditions.

En lien avec ces vécus qui peuvent être difficiles, les thérapeutes mettent en évidence différents éléments qui les aident dans leur travail. Il·elles rapportent faire appel à la thérapie et la réflexion personnelle ainsi qu'à la supervision afin de traiter au mieux leurs éprouvés et

éviter qu'ils entravent le processus thérapeutique. Les thérapeutes partagent aussi l'importance de prendre soin de soi pour se ressourcer. L'étude de Smith et al. (2013) va dans le même sens concernant le besoin de se ressourcer, par exemple par le biais de la relaxation ou en bénéficiant de soutien social. De même, les thérapeutes qu'ils·elles ont interrogés ont mis en évidence le fait que leur propre thérapie personnelle et les supervisions étaient des sources de support notable. Ces différentes ressources semblent être indispensables pour soutenir la complexité émotionnelle de leur pratique. Nous observons finalement que les gains personnels importants des thérapeutes viennent contrebalancer la complexité et la lourdeur du travail avec des personnes précarisées, comme dans plusieurs autres études (L. Smith et al., 2013; Thompson et al., 2015).

En outre, le temps et l'expérience semblent aussi permettre de mieux appréhender ces vécus difficiles : plusieurs témoignent de leur capacité, après de nombreuses années de pratique, à accompagner pleinement les patient·e·s dans leurs vécus et histoires de vie. Pour favoriser une auto-réflexivité sur leurs émotions et cette capacité à s'approcher des éprouvés des patient·e·s sans être débordé·e·s, les participant·e·s reviennent à la thérapie personnelle et aux supervisions. Grâce à ces dernières, il·elles sont parvenu·e·s à utiliser leurs émotions, par exemple le désarroi ou la colère, pour se représenter le vécu de leurs patient·e·s sans être submergé·e·s. Alors le "processus de co-construction de la pensée, des affects et du changement" (Nguimfack, 2015, p. 138) qui implique la dyade soignant·e-soigné·e devient un véritable outil thérapeutique.

De manière inédite par rapport aux études précédemment citées, nous avons pu questionner explicitement les psychothérapeutes sur les ponts entre leur pratique auprès de patient·e·s en situation de précarité et leur histoire personnelle : pour l'ensemble des participant·e·s nous avons pu mettre en exergue des liens entre d'un côté leur appartenance socioéconomique, leur milieu familial, ou des expériences de vie, et de l'autre le choix de la psychothérapie, et l'intérêt pour la précarité. Comme le dit un participant (H) :

"Ce qui est sûr, c'est que si vous vous intéressez ou moi, je m'intéresse à ces questions de précarité, c'est parce que autant vous que moi, nous avons des expériences dans notre vie qui nous amènent là. X ou Y, ça vous appartient, ça m'appartient. Mais nous ne sommes pas ici par hasard. Vous n'avez pas choisi ce thème par hasard. Il y a quelque chose qui vous bouge, qui vous mène là" H9

Il ressort, à travers tout le thème 5.7 (lien entre l'histoire personnelle des psychothérapeutes et leur pratique actuelle) que l'entièreté de notre échantillon peut faire des

liens entre son histoire, ses origines et sa pratique actuelle. Il se dégage de ces résultats qu'il y a un croisement des résonances entre les vécus des professionnel·le·s et ceux des patient·e·s. Comme dit précédemment, certain·e·s thérapeutes réagissent aux injustices que subissent leur patient·e·s par du désarroi, de l'impuissance ou encore de la colère. Ces sentiments semblent sous-tendus par leurs propres sensibilités sociales, en lien avec des valeurs transmises par leur éducation ou leur propres expériences personnelles. Conséquemment, nous observons que les éprouvés cités par les thérapeutes ne naissent pas uniquement de leur fait ou de celui d'un·e patient·e, mais bien de leur rencontre. En cela, nous pouvons parler de résonances (Elkaïm, 1989). D'ailleurs, ces résonances semblent avoir des implications positives sur le processus thérapeutique, pour autant qu'elles fassent l'objet d'un examen approfondi par les thérapeutes. Quelques un·e·s relatent par exemple l'utilité de leurs éprouvés qui font parfois écho à ce que les patient·e·s vivent sur le plan affectif, et qui leur permettent de se le représenter.

Pour terminer, nous faisons également le lien entre certains éprouvés et la perception qu'ont les thérapeutes des difficultés que rencontrent leurs patient·e·s. En d'autres termes, il apparaît que les praticien·ne·s ont une compréhension de la nature structurelle et systémique de l'adversité rencontrée par les personnes en situation de précarité. Ils·elles perçoivent que "le monde est injuste", et que leurs patient·e·s en sont fortement impactés, malgré eux·elles. Comme le dit une thérapeute (F) :

“[Les patients] ont une réaction normale à une situation qui est pas normale. C'est-à-dire en vrai, mon véritable patient normalement ça devrait être le monde injuste ((rires)) qui viendrait se réparer en thérapie. Bon ben voilà, ou les chefs d'état suisses. Donc en fait j'ai pas accès à la réelle source du problème.” F24

Cette compréhension, qui semble partagée par l'ensemble de nos participant·e·s, se voit également à travers les sous-thèmes portant sur les *conditions de vie et stressseurs majeurs* (5.1.1), les *répercussions psychologiques de la précarité* (5.1.2) et la *confrontation aux attitudes négatives de la société* (5.1.3). De part cette conscientisation des mécanismes sous-tendant les inégalités sociales, les émotions négatives qui émergent des suivis avec des personnes en précarité sont davantage dirigées vers les conditions de vie ou le contexte sociétal qu'envers les patient·e·s. Cette réflexion est appuyée par la similarité de nos résultats avec ceux de l'étude de Thompson et collaborateur·ice·s (2015), où les répondant·e·s semblaient partager cette même lecture de la pauvreté et un vif engagement en faveur des personnes avec un bas revenu. Nos participant·e·s font preuve dans leur discours d'une

véritable conscience critique des injustices sociales. Nous supposons par conséquent qu'il·elles n'adhèrent pas à l'idéologie méritocratique selon laquelle chaque personne a ce qu'elle mérite et que la volonté suffit pour réussir, ce qui serait cohérent au vu des résultats de Smith et collègues (2011). Pour rappel, la "croyance en un monde juste" (*BJW*) est mise en lien avec un jugement plus sévère des patient·e·s de classe ouvrière, ainsi qu'avec un risque de les sur-responsabiliser et de les blâmer pour leur condition. En résumé, nous relevons qu'une compréhension pointue de la précarité ou de la pauvreté est nécessaire non pas seulement pour comprendre le·la patient·e, mais aussi pour traiter au mieux ces éprouvés et réactions de contre-transfert. Par exemple, si une personne consultant depuis un certain temps ne semble pas réussir à s'investir dans le suivi, le ou la psychothérapeute pourrait ressentir de l'agacement ou de la frustration; en connaissance des conditions de vie et de leur impact, ces éprouvés peuvent toujours être présents, mais prendre un autre sens, et être moins délétères à la relation.

#### *6.1.2 Entrée en relation et enjeux de pouvoir exacerbés*

Un de nos intérêts en réalisant cette étude était de sonder la façon dont la précarité colore la construction de la relation patient·e·s et thérapeutes. Comme l'explique Smith (2005), pour amorcer un travail psychothérapeutique il convient de trouver un langage commun; or, cette tâche s'avère plus difficile lorsque les deux interlocuteur·ice·s appartiennent, à plusieurs niveaux, à des milieux divergents. Cet élément se voit notamment lorsqu'une des participantes (B) mentionne appartenir elle-même à une classe sociale plutôt basse et entrer plus facilement en lien avec des patient·e·s issu·e·s du même milieu. L'intériorisation des valeurs et d'un mode de fonctionnement qu'elle partage avec ces personnes, et sa connaissance de ce que signifie leurs conditions de vie facilitent l'entrée en lien. À l'inverse, une participante avec un SSE d'origine élevé (C) explique avoir parfois dû faire des efforts pour accepter des patient·e·s très différent·e·s d'elle. Ces illustrations permettent de relever que les participant·e·s, tous et toutes psychothérapeutes, s'inscrivent aussi dans des sous-groupes d'appartenance relatifs à leur classe sociale d'origine et actuelle. Ces appartenances semblent façonner de diverses manières leurs expériences dans le lien avec les patient·e·s précarisé·e·s.

D'autre part, penser les interactions qui se créent entre soignant·e et soigné·e nous fait réfléchir à la question de l'asymétrie relationnelle. Certain·e·s de nos participant·e·s disent avoir l'impression que cette asymétrie est d'autant plus importante lorsqu'il est question de suivre des patient·e·s en situation de précarité, ce qui rejoint les conclusions de la littérature

(Appio et al., 2013; Balmforth, 2009). Additionnés à la nature dissymétrique de la relation d'aide (Gravouil, 2017), les rapports de pouvoir dépassent le système thérapeutique et se lient aux structures sociales. Les personnes issues de classes défavorisées ont moins de pouvoir dans la société, ce qui contribue à leur donner le sentiment de n'avoir aucun pouvoir sur leur futur (Fortin, 2006). Les réponses de nos répondant·e·s font écho à ces aspects notamment dans les points concernant *l'investissement par les patient·e·s* (5.3.2) et *les rapports de pouvoir* (5.3.4).

Ces dimensions liées à la position sociale des membres du couple thérapeute-patient·e ont des répercussions sur l'alliance thérapeutique. Elles peuvent engendrer une méfiance, ce que nous voyons dans nos résultats décrits au sous-chapitre des *défis de l'entrée en lien* (5.3.1), et qui concorde avec des apports de la littérature (Triandis et al., 1975). Cette méfiance pourrait prendre place facilement quand les personnes sont confrontées à des manques de ressources et de moyens socio-économiques importants (Triandis et al., 1975). De plus, du point de vue des patient·e·s le déséquilibre de pouvoir perçu peut entraîner le sentiment de ne pas être réellement compris par le·la thérapeute qui vit une toute autre réalité de part son SSE et de le·la considérer comme une figure d'autorité (Balmforth, 2009). Même si nos participant·e·s ne soulèvent pas ce point comme tel, il·elles laissent transparaître le risque d'infantiliser les patient·e·s précarisé·e·s en pensant savoir ce dont il·elles ont besoin ou en étant poussé par l'envie d'agir à leur place. En outre, la littérature tend à montrer la crainte des personnes précarisées d'être stigmatisées ou jugées lors de leur prise en charge, ce qui constitue un obstacle notable à l'accès aux soins (Krupnick & Melnikoff, 2012). Ceci explique probablement pourquoi les répondant·e·s de notre étude accordent tant d'importance à adopter une posture interne prompte à l'accueil des patient·e·s comme ils·elles sont, sans jugement.

### 6.1.3 Cadre et rôle : adaptations nécessaires

Comme nous l'avons mis en évidence dans notre revue de littérature, un point central pour travailler avec des personnes précarisées est de comprendre leurs conditions de vie concrètes (e.g. Krupnick & Melnikoff, 2012; L. Smith et al., 2013; Thompson et al., 2015). Les thèmes mentionnés au point précédent démontrent que c'est le cas aussi pour les répondant·e·s de notre étude. Découlant de cette conscientisation, il·elles modifient de diverses manières leur accompagnement afin de répondre aux besoins particulièrement présents chez cette population. Notamment, il·elles vont laisser plus de place aux réalités externes dans leurs séances, travailler davantage en équipe pluridisciplinaire, et accommoder

leur cadre thérapeutique. Ces différentes modifications, qui s'illustrent par le fait d'adapter le tarif des consultations aux possibilités des patient ou encore par la possibilité d'amener ses enfants en consultation, se retrouvent dans d'autres études (Borges & Goodman, 2020; M. Pugach & Goodman, 2015; L. Smith et al., 2013; Thompson et al., 2015) et sont toujours justifiées par l'importance de répondre aux besoins fondamentaux des patient·e·s en situation de précarité.

Néanmoins, ces aménagements ne sont pas sans conséquence pour la personne du thérapeute. Le discours des participant·e·s fait état des questionnements qui les habitent quant à leur pratique, surtout lorsqu'il s'agit des modifications du cadre thérapeutique. Il et elles peuvent se trouver aller à l'encontre des règles déontologiques traditionnelles, comme lorsqu'il·elles sont plus souples quant aux rendez-vous manqués, négocient le paiement des séances, ou prennent une position de défenseur (*advocate*). Leur rôle habituel est également remis en question : il·elles ne peuvent se préoccuper uniquement des réalités intrapsychiques, sont souvent poussé·e·s à agir, voire à prendre une position engagée et sortir de la neutralité de leur position habituelle. Plusieurs études, dont celles de Borges et Goodman (2020) et de Pugach et Goodman (2015), rejoignent notre recherche à ce propos. Borges et Goodman (2020) relèvent précisément que dans ces cas-là, les thérapeutes en appellent davantage à leur sens moral personnel et leur perception de ce qu'il est juste de faire pour aider le·la patient·e qu'à un cadre théorique ou déontologique. Cette impression de "ne pas suivre les règles", ces questionnements quant au droit de faire certaines actions créent de l'incertitude. Cependant, l'inconfort qui en découle n'empêche nullement les participant·e·s d'être profondément engagé·e·s pour leurs patient·e·s. Nous avons mis ce point en évidence dans le sous-chapitre 5.8.1.

Les psychothérapeutes, au-delà de leur position de soignant·e, se préoccupent de l'adversité rencontrée par les personnes précarisé·e·s, ainsi que plus globalement de l'injustice sociale. Nous avons constaté la récurrence de positions "idéologique", "militante" voire "politique". Certain·e·s thérapeutes font directement référence à leur orientation politique de gauche et d'autres expliquent avoir grandi dans une famille "très à gauche" ou ayant "une grande sensibilité". Comme nous l'avons relevé auparavant, leurs parcours professionnels (engagement humanitaire, politique, création d'association) font également état de ces positions. Leurs valeurs personnelles semblent alors colorer leur pratique professionnelle passée et actuelle de manière très claire.

Leur engagement, *advocacy* en anglais, est également ressorti chez de nombreux thérapeutes des études consultées (Borges & Goodman, 2020; L. Smith et al., 2013;

Thompson et al., 2015). En plus d'être repéré chez les praticien·ne·s, cet engagement se retrouve dans les adaptations recommandées pour pratiquer avec des personnes précarisées (Appio et al., 2013; Goodman et al., 2013; M. Pugach & Goodman, 2015). Dans l'idée d'appuyer ce travail *d'advocacy*, tout en abordant les questionnements qu'il provoque chez nos participant·e·s, un cadre théorique dans lequel ancrer ses choix de pratique semble bénéfique. Nous développons par conséquent cette réflexion au point 6.3.

#### *6.1.4 Construction et utilisation du discours*

En prenant du recul sur les données que nous avons récoltées, nous pouvons aussi ressortir des points notables liés à la construction des réponses des huit praticien·ne·s. Tout d'abord, nous notons que toute production de discours permet de transmettre des informations sur son identité, son positionnement et ses valeurs (Murray, 2017). Cela permet de "se raconter", à soi-même et à l'autre. À travers les entretiens, les participant·e·s "se racontent" comme des personnes engagées contre les injustices sociales, comme des psychothérapeutes qui trouvent du sens en travaillant avec les personnes en précarité, avec un certain modèle idéologique qu'il·elles défendent. Dans cette même logique, il faut relever que le fait même de participer à notre étude a une signification et permet aux répondant·e·s d'affirmer leur sensibilité à la thématique de la précarité (par ailleurs tout comme nous, en tant que chercheuses, disons quelque chose de nous-mêmes par le choix de ce sujet). Nous faisons un pont entre cette réflexion et la nature co-construite de nos données. En effet, comme nous l'avions évoqué dans la partie méthodologique, les discours recueillis émergent de l'interaction et de la rencontre entre chercheur·euse et participant·e (Bioy et al., 2021). Ces données sont également dépendantes du contexte plus global, ici donné par notre sujet d'étude et notre manière d'aborder cette thématique. Ainsi, dans un autre contexte qui semblerait par exemple moins favorable à une position engagée pour plus de justice sociale, des éléments différents auraient pu émerger.

Dans un deuxième temps, ce regard sur la formation du discours nous amène aussi à penser que la thématique des inégalités socioéconomiques, et en particulier dans le cadre de la thérapie, reste un sujet inconfortable. En effet, nous observons que la plupart des praticien·ne·s ont par moments eu de la difficulté à articuler clairement une idée sans corriger leur formulation, en revenant sur la nature subjective ou tranchée de leur discours. Pour exemplifier, plusieurs participant·e·s reformulaient parfois leur propos pour préciser que telle caractéristique (la violence intrafamiliale, la méfiance dans le lien) ne concernait pas uniquement les personnes précarisées, ou s'empressaient de préciser que telle disposition

thérapeutique était prise avec toute leur patientèle. D'autres ont également réitéré dans leur discours l'idée que leurs propos ne peuvent être généralisé à l'ensemble des patient·e·s précarisé·e·s, comme pour rappeler la singularité de chaque personne qu'il·elles rencontrent. Une participante (G) a d'ailleurs verbalisé explicitement cet inconfort envers ce qui revenait pour elle à catégoriser entre "riches" et "pauvres" de manière tranchée. Bien que ces particularités du discours semblent d'une part tenir à la volonté d'être précis·e dans son propos pour éviter les stéréotypes et l'essentialisation de la population précaire, nous faisons également l'hypothèse que ce sujet reste difficile à aborder. À propos, dans l'étude de Trott et Reeves (2018) comme dans la nôtre les praticien·ne·s avaient de la difficulté à situer leur SSE et montraient un certain inconfort devant cette question. Une participante (C) évoque d'ailleurs dans ses réponses le caractère intime des questions liées aux privilèges sociaux.

## 6.2 Limites de la recherche

Malgré la richesse et les différents apports de notre recherche, nous pouvons mettre en évidence certaines limites et points nécessitant réflexion. Une première limite se situe au niveau de la diversité des participant·e·s et des thématiques abordées. Comme cela a pu être noté à travers la description de notre échantillon, mais également à travers les récits de leurs parcours professionnels, les psychothérapeutes interrogé·e·s travaillent dans des milieux très divers. Il·elles partagent tout de même nos critères de sélection, et ont donc tous et toutes travaillé avec des personnes en situation de précarité, mais cela reste une définition très large et ne précise pas davantage le type de cadre dans lequel ce travail a lieu. Ainsi, même si toutes les données récoltées sont reliées à la patientèle en situation de précarité, les expériences des professionnel·le·s peuvent parfois être difficiles à relier entre elles de par leur hétérogénéité. Ceci est aussi lié au grand panel de domaines que nous avons voulu aborder dans nos entretiens. L'exploration que nous visions a été fructueuse, mais les résultats appellent à un traitement en profondeur des différents points ressortis. Cette diversité et cette richesse permettent néanmoins de faire état de la qualité écologique de notre recherche, avec une représentativité des différents profils de professionnel·le·s qui travaillent avec cette patientèle en particulier, et un entrelacement de multiples thématiques.

Deuxièmement, nous relevons un point limitant quant à notre utilisation du terme de précarité. En effet, notre recherche portant sur la perception et les vécus des psychothérapeutes, nous avons tenu à ne pas leur donner une définition de ce terme afin de pouvoir observer les représentations mentales qui y sont liées. Ceci s'est révélé partiellement limitant, à nouveau lorsqu'il s'agissait de mettre en lien les apports des différent·e·s

psychothérapeutes. N'ayant pas posé clairement la question de ce que le terme "précarité" évoquait pour eux·elles, il nous a été difficile d'évaluer par la suite le lien entre leur définition personnelle et leurs discours. Une participante (C) a d'ailleurs relevé que le terme pouvait avoir une compréhension très large et qu'il aurait peut-être fallu davantage préciser notre idée.

En prolongeant cette réflexion, nous mettons également en évidence la fréquence des exemples et apports en lien avec une patientèle issue de la migration. De fait, dans certains sous-thèmes il semble que les thérapeutes n'évoquent presque que ces patient·e·s. Même si cela s'explique partiellement par le fait qu'une partie de la population migrante se retrouve effectivement en situation de précarité (Bouchaud & Cha, 2012; OHCHR, 2018), et que certain·e·s thérapeutes interrogé·e·s travaillent spécifiquement avec cette population, il reste important de s'arrêter sur cette particularité.

D'abord, l'importance des réponses liées à la migration semble s'inscrire dans un contexte historique et politique plus large. En effet, depuis la "crise migratoire" de 2015, le traitement médiatique de la migration en Europe a drastiquement augmenté et est devenu un thème politique très prégnant (Angeli, 2018). Cela se perçoit surtout à travers les discours populistes anti-immigration, mais pas seulement : l'analyse de sujets contemporains à travers la grille de lecture de la migration est devenue plus commune pour tous et toutes. Par contraste, la pauvreté et la précarité en Suisse restent des sujets tabous et peu explorés (Duvillard, 2010; RTS, 2007, 2016). Exemple saisissant, le premier rapport statistique fédéral sur la pauvreté en Suisse a été publié en 2010 seulement (Chave, 2021). Il est intéressant de se rappeler que ces éléments contextualisent nos résultats, et inscrivent le regard des psychothérapeutes dans un moment historique et social. Ces considérations ne font que renforcer l'intérêt et l'importance d'explorer les implications de la précarité dans le contexte suisse.

### 6.3 Apports et implications

En lien avec l'interprétation de nos résultats et les limites relevées ci-dessus, nous pouvons élaborer les implications suivantes. Pour commencer, nous avons fait état des adaptations du cadre et de l'inconfort qui peut en découler. Nous inspirant des travaux de Pugach et Goodman (2015) et Borges et Goodman (2020), nous estimons que les psychothérapeutes bénéficieraient d'un cadre théorique permettant de réfléchir et de thématiser ces adaptations liées aux spécificités de la patientèle. Pour répondre à ce besoin, les modèles de pratique psychothérapeutique engagée semblent particulièrement intéressants, comme notamment les approches féministes de la psychothérapie (Brown, 2010).

Effectivement, ce modèle fait explicitement référence au besoin d'être attentif·ve au positionnement social des membres du système thérapeutique, et aux diverses implications qui en découlent. Ceci est présenté comme primordial particulièrement lorsque les patient·e·s sont issu·e·s de populations marginalisées ou de minorités. Ce modèle amène de plus à étendre le traitement voué uniquement à l'intrapsychique, qui a tendance à minimiser les caractéristiques systémiques et structurelles de la souffrance, pour justement prendre ces dernières en compte dans l'accompagnement (Brown, 2008). Un autre point central de l'approche thérapeutique féministe est l'accent mis sur le besoin de reconsidérer les règles du cadre thérapeutique traditionnel. Habituellement assez strict, fixé par le·la thérapeute, l'imposition du cadre marque la position d'ascendance des praticien·ne·s (Gravouil, 2017). Selon les théoricien·ne·s féministes, cet élément a des conséquences délétères pour les patient·e·s précarisé·e·s dans la mesure où ils·elles vivent déjà un manque d'agentivité et une impuissance au quotidien (Borges & Goodman, 2020; M. Pugach & Goodman, 2015; J. M. Smith, 2000). Ainsi, si les thérapeutes se basent sur les mêmes prémisses qu'avec une population de tout venant, l'espace thérapeutique risque d'être le théâtre d'une reproduction des dynamiques de pouvoir vécues et subies à l'extérieur (Appio et al., 2013; Balmforth, 2009). C'est pourquoi les professionnel·le·s doivent davantage se centrer sur le fait de co-construire avec leur patient·e, et de développer la capacité d'autodétermination de ces dernier·ère·s (Brown, 2008). Pour finir, le modèle de pratique féministe soutient et justifie le fait d'être un·e soignant·e engagé·e : si l'on veut apporter un mieux-être au·à la patient·e, il ne suffit pas d'être attentif·ve aux dynamiques de pouvoir et aux positionnements sociaux en séances. Il est aussi primordial de s'engager pour le changement social (Brown, 2008, 2010) en traitant au niveau systémique et politique les inégalités sociales.

Comme nous le remarquons ici, nous pouvons faire de nombreux parallèles entre ces éléments théoriques et ceux présentés par les praticien·ne·s de notre étude. Il serait donc intéressant pour tout·e professionnel·le de la santé mentale travaillant avec des populations vulnérables de pouvoir se référer à ce modèle. En effet, justifier ses interventions en tant que thérapeute par une assise théorique qui a ciblé et étayé les besoins spécifiques de ces populations amène d'une part une prise en charge plus adaptée et d'autre part une position plus affirmée et confortable pour le·la thérapeute. Il·elle peut donc s'engager pleinement et authentiquement à la fois par la thérapie et par son rôle *d'advocate*.

En addition à cette implication pratique, nous proposons les déclinaisons de recherche suivantes afin de continuer à explorer les liens entre psychothérapie et précarité dans le contexte suisse. Comme mentionné dans les limites, nos données sont très riches et abordent

une large palette de thématiques, mais n'ont pas permis de faire état en profondeur de tous nos thèmes d'intérêt. Par conséquent, il serait intéressant de se servir de ces données exploratoires comme base pour de futurs travaux en lien avec la précarité qui exploreraient exclusivement certaines thématiques comme les éprouvés, les liens entre pratique et histoire personnelle, ou encore les dynamiques relationnelles.

En complément à notre recherche, il serait aussi judicieux d'interroger les patient·e·s précarisé·e·s dont parlent nos participant·e·s. Prenant en compte l'asymétrie de pouvoir dans la relation de soin et le fait que c'est bien le·la thérapeute qui est garant du cadre thérapeutique, interroger les praticien·ne·s nous semblait important. Néanmoins, en lien avec la nature narrative des données, il est évident que les patient·e·s vont raconter, sur la base d'une même réalité, leurs expériences d'une manière différente des thérapeutes. Cela pourrait par exemple permettre d'identifier des attitudes négatives de la part des praticien·ne·s. De cette manière, nous appuyons l'intérêt d'avoir le point de vue de l'autre partenaire de la dyade thérapeute-patient·e.

## 7. CONCLUSION

Par l'analyse du discours des huit participant·e·s, notre étude offre des données très riches qui nous permettent de tirer des enseignements et des implications intéressantes. En concordance avec la littérature traitant de notre sujet, nous mettons en évidence que le travail thérapeutique avec des personnes en situation de précarité a certaines particularités, qui sont liées aux besoins concrets présents de manière prépondérante chez cette patientèle. En somme, l'ensemble des thèmes mis en évidence crée un tout cohérent, où les caractéristiques des patient·e·s et les attitudes des psychothérapeutes se répondent et s'alignent entre eux.

La thérapie avec des personnes précarisées implique un besoin d'adaptation dans la pratique et dans l'élaboration clinique. L'irruption des réalités de la précarité va également influencer les éprouvés des praticien·ne·s, ce que nous avons pu mettre en lien avec leur histoire personnelle. Il en ressort que des thèmes font résonances entre le·la thérapeute et le·la patient·e en précarité. Cette exploration est pertinente car il est nécessaire pour les professionnel·le·s de comprendre leur rapport à cette problématique, afin de traiter au mieux leurs éprouvés et les répercussions de ces derniers sur le processus thérapeutique. Par ailleurs, la précarité ainsi que le traitement qu'en fait le·la thérapeute impacte la relation, notamment au niveau des dynamiques de pouvoir.

En analysant la manière des praticien·ne·s de réagir face à ses défis, nous mettons en avant qu'il·elles s'inscrivent sans s'y référer dans une pratique engagée. Bien que nous n'ayons pas d'hypothèses clairement définies sur les résultats que nous pensions obtenir, de part la nature exploratoire et qualitative de notre étude, nous avons été surpris par la dimension idéologique voire parfois politique qui pouvait émaner des discours. En effet, nous retrouvons dans leur manière de penser et de pratiquer des éléments considérés comme centraux par les études et la théorisation féministe. Nous citerons notamment la bonne compréhension des mécanismes de la précarité et de la pauvreté, l'adaptation du cadre thérapeutique, l'attention portée aux dynamiques de pouvoir ainsi que l'engagement pour le·la patient·s en séances et au-delà. Pour terminer, nous encourageons les psychothérapeutes à s'inspirer de ce courant de pensée pour accompagner de manière encore plus holistique les patient·e·s précarisé·e·s.

## BIBLIOGRAPHIE

- Adam, C. (2017). *La santé des populations vulnérables*. Ellipses.
- Allard-Poesi, F., & Perret, V. (2014). Chapitre 1. Fondements épistémologiques de la recherche. In *Méthodes de recherche en management: Vol. 4e éd.* (p. 14-46). Dunod.  
<https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0014>
- Alloush, M. (2018). *Income, Psychological Well-being, and the Dynamics of Poverty*.
- Angeli, O. (2018). Quel lien entre migration et montée des discours populistes ? – Vues d'Europe. *Vues d'Europe*.  
<https://www.vuesdeurope.eu/news/quel-lien-entre-migration-et-montee-des-discours-populistes/>
- Appio, L., Chambers, D.-A., & Mao, S. (2013). Listening to the voices of the poor and disrupting the silence about class issues in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 69*(2), 152-161. <https://doi.org/10.1002/jclp.21954>
- Astolfi, J.-P., Darot, É., Ginsburger-Vogel, Y., & Toussaint, J. (2008). Chapitre 4. Constructivisme. In J.-P. Astolfi, É. Darot, Y. Ginsburger-Vogel, & J. Toussaint, *Mots-clés de la didactique des sciences : Repère, définitions, bibliographies: Vol. 2e éd.* (p. 49-58). De Boeck Supérieur; Cairn.info.  
<https://doi.org/10.3917/dbu.astol.2008.01.0049>
- Balmforth, J. (2009). 'The weight of class' : Clients' experiences of how perceived differences in social class between counsellor and client affect the therapeutic relationship. *British Journal of Guidance & Counselling, 37*(3), 375-386.  
<https://doi.org/10.1080/03069880902956942>
- Bioy, A., Castillo, M.-C., & Koenig, M. (2021). Chapitre 1. La méthode qualitative et ses enjeux. In A. Bioy (Éd.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 21-33). Dunod; Cairn.info.

<https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0021>

Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'entretien* (2e édition, nouvelle présentation). Armand Colin.

Blas, E., Sivasankara Kurup, A., & Organization, W. H. (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44289>

Borges, A. M., & Goodman, L. (2020). Considering poverty in the therapeutic process : Experienced therapists' adaptations. *Counselling Psychology Quarterly*, 33(4), 490-515. <https://doi.org/10.1080/09515070.2019.1589420>

Bouchaud, O. (2007). Prise en charge des migrants en situation de précarité. *Laennec*, 55(4), 48. <https://doi.org/10.3917/lae.074.0048>

Bouchaud, O., & Cha, O. (2012). 8. Migrants, précarité et vulnérabilités. In P.-H. Bréchat (Éd.), *Innover contre les inégalités de santé* (p. 105-116). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.brech.2012.01.0105>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brown, L. S. (2008). Chapter 9 : Feminist therapy. In J. L. Lebow (Éd.), *Twenty-first century psychotherapies : Contemporary approaches to theory and practices* (p. 277-306). John Wiley & Sons, Inc.

Brown, L. S. (2010). *Feminist therapy* (p. xii, 153). American Psychological Association.

Byrne, D. (2022). A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Quality & Quantity*, 56(3), 1391-1412.

<https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>

Cabré, L. J. M., & Michaud, H. (2012). La contribution de Ferenczi au concept de contre-transfert. *Revue française de psychosomatique*, 42(2), 73.



<https://doi.org/10.1037/0002-9432.78.1.37>

Fortin, D. (2006). La pauvreté et la maladie mentale : Est-ce que les pauvres sont plus malades et si oui pourquoi? *Santé mentale au Québec, 14*(2), 104-113.

<https://doi.org/10.7202/031519ar>

Fryers, T., Melzer, D., & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders. A systematic review of the evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 38*, 229-237.

<https://doi.org/10.1007/s00127-003-0627-2>

Genoud, P. A. (2011). *Indice de position socioéconomique (IPSE) : Un calcul simplifié*. Université de Fribourg.

Goldbeter-Merinfeld, É. (2009). Le thérapeute en formation : Introduction. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n° 41*(2), 5-12.

<https://doi.org/10.3917/ctf.041.0005>

Goldbeter-Merinfeld, É. (2022). Autour de l'émotion en systémique. *Tiers, 33*(2), 105-112. Cairn.info.

Goodman, L., Pugach, M., Skolnik, A., & Smith, L. (2013). Poverty and Mental Health Practice : Within and Beyond the 50-Minute Hour. *Journal of Clinical Psychology, 69*(2), 182-190. <https://doi.org/10.1002/jclp.21957>

Gravouil, J.-F. (2017). Vers un empouvoirement de la dyade thérapeute/client. *Gestalt, 50*(1), 25-34. <https://doi.org/10.3917/gest.050.0025>

Hakulinen, C., Elovainio, M., Arffman, M., Lumme, S., Pirkola, S., Keskimäki, I., Manderbacka, K., & Böckerman, P. (2019). Mental disorders and long-term labour market outcomes : Nationwide cohort study of 2 055 720 individuals. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 140*(4), 371-381. <https://doi.org/10.1111/acps.13067>

- Jones, E. (1974). Social Class and Psychotherapy : A Critical Review of Research. *Psychiatry*, 37(4), 307-320. <https://doi.org/10.1080/00332747.1974.11023817>
- Kiselev, N., Pfaltz, M., Haas, F., Schick, M., Kappen, M., Sijbrandij, M., De Graaff, A. M., Bird, M., Hansen, P., Ventevogel, P., Fuhr, D. C., Schnyder, U., & Morina, N. (2020). Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1717825. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717825>
- Krupnick, J. L., & Melnikoff, S. E. (2012). Psychotherapy with low-income patients : Lessons learned from treatment studies. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 42, 7-15. <https://doi.org/10.1007/s10879-011-9182-4>
- Kuhn, A., Lalive, R., & Zweimüller, J. (2009). The public health costs of job loss. *Journal of Health Economics*, 28(6), 1099-1115. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.09.004>
- Löchen, V. (2013). Précarité, pauvreté, exclusion. In V. Löchen, *Comprendre les politiques sociales* (p. 269-364). Dunod. <https://www.cairn.info/comprendre-les-politiques-sociales--9782100592319-p-269.htm>
- Lott, B. (2002). Cognitive and behavioral distancing from the poor. *American Psychologist*, 57(2), 100-110. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.2.100>
- Mojtabai, R., Stuart, E. A., Hwang, I., Susukida, R., Eaton, W. W., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2015). Long-term effects of mental disorders on employment in the National Comorbidity Survey ten-year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(11), 1657-1668. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1097-z>
- Murray, M. (2017). Chapitre 5. La recherche narrative. In *Les méthodes qualitatives en*

*psychologie et sciences humaines de la santé* (p. 107-130). Dunod.

<https://doi.org/10.3917/dunod.santi.2017.01.0107>

Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., Guesnet, F., Horne, R., Jacyna, S., Jadhav, S., Macdonald, A., Neuendorf, U., Parkhurst, A., Reynolds, R., Scambler, G., Shamdasani, S., Smith, S. Z., Stougaard-Nielsen, J., Thomson, L., ... Woolf, K. (2014). Culture and health. *Lancet (London, England)*, 384(9954), 1607-1639. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)

Nguimfack, L. (2015). Psychothérapeute en action, quelle action en psychothérapie ? Réflexion et mise en perspective par un exemple. *Psychothérapies, Vol. 35(2)*, 131-139. <https://doi.org/10.3917/psys.152.0131>

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis : Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods, 16(1)*, 160940691773384. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>

OFS. (2012). *Pauvreté en Suisse : Concepts, résultats et méthodes - Résultats calculés sur la base de l'enquête SILC 2008 à 2010 | Publication*. Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/348362>

OFS. (2021a). *Pauvreté et privations*. Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/wohlbefinden-armut/armut-deprivation.html>

OFS. (2021b). *Population selon le statut migratoire*. Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html>

OFS. (2023). *La Suisse présente le meilleur état de santé autoévalué d'Europe - Santé et conditions de vie : Résultats de l'enquête SILC 2021 | Communiqué de presse*. Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/24565261>

- OHCHR. (2018). *Principles and guidelines on the human rights protection of migrants in vulnerable situations*. United Nations.  
<https://www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/principles-and-guidelines-human-rights-protection-migrants-vulnerable>
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615.
- Pierret, R. (2013). Qu'est-ce que la précarité ? *Socio*. <https://doi.org/10.4000/socio.511>
- Pugach, M., & Goodman, L. (2015). Low-income women's experiences in outpatient psychotherapy : A qualitative descriptive analysis. *Counselling Psychology Quarterly*, 28, 1-24. <https://doi.org/10.1080/09515070.2015.1053434>
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety : Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522).  
<https://doi.org/10.1126/science.aay0214>
- RTS. (2007, août 28). *Caritas veut briser le tabou de la pauvreté* [InfoSport]. rts.ch.  
<https://www.rts.ch/info/suisse/1142344-caritas-veut-briser-le-tabou-de-la-pauvrete.html>
- RTS. (2016, décembre 17). *Précarité en Suisse : La honte d'être pauvre* [Video]. rts.ch.  
<https://www.rts.ch/video/emissions/religion/faut-pas-croire/8249734-precarite-en-suisse-la-honte-detre-pauvre.html>
- Santiago, C. D., Kaltman, S., & Miranda, J. (2013). Poverty and mental health : How do low-income adults and children fare in psychotherapy? *Journal of Clinical Psychology*, 69(2), 115-126. <https://doi.org/10.1002/jclp.21951>
- Sharir, D. (2017). The Link Between Therapists' Social Class Attributions and Treating Clients of Low Socioeconomic Status. *Walden Dissertations and Doctoral Studies*.  
<https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/3723>

- Smith, J. M. (2000). Psychotherapy with people stressed by poverty. In A. N. Sabo & L. Havens (Éds.), *The real world guide to psychotherapy practice* (p. 71-92). Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvjghxj3.7>
- Smith, L. (2005). Psychotherapy, classism, and the poor : Conspicuous by their absence. *The American Psychologist*, *60*(7), 687-696. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.7.687>
- Smith, L., Li, V., Dykema, S., Hamlet, D., & Shellman, A. (2013). “Honoring somebody that society doesn’t honor” : Therapists working in the context of poverty. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(2), 138-151. <https://doi.org/10.1002/jclp.21953>
- Smith, L., Mao, S., Perkins, S., & Ampuero, M. (2011). The relationship of clients’ social class to early therapeutic impressions. *Counselling Psychology Quarterly*, *24*(1), 15-27. <https://doi.org/10.1080/09515070.2011.558249>
- Stabb, S. D., & Reimers, F. A. (2013). Competent Poverty Training : Competent Poverty Training. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(2), 172-181. <https://doi.org/10.1002/jclp.21956>
- Terry, G., Hayfield, N., Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. In C. Willig & W. Stainton Rogers (Éds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology* (p. 17-37). Sage.
- Thompson, M., Cole, O. D., & Nitzarim, R. S. (2012). Recognizing social class in the psychotherapy relationship : A grounded theory exploration of low-income clients. *Journal of Counseling Psychology*, *59*(2), 208-221. <https://doi.org/10.1037/a0027534>
- Thompson, M., Nitzarim, R., Cole, O., Frost, N., Stege, A., & Vue, P. (2015). Clinical experiences with clients who are low-income. *Qualitative health research*, *25*. <https://doi.org/10.1177/1049732314566327>
- Trachtman, J. P. (1971). Socio-economic class bias in Rorschach diagnosis : Contributing psychosocial attributes of the clinician. *Journal of Personality Assessment*, *35*(3),

229-240. <https://doi.org/10.1080/00223891.1971.10119658>

Triandis, H. C., Feldman, J. M., Weldon, D. E., & Harvey, W. M. (1975). Ecosystem distrust and the hard-to-employ. *Journal of Applied Psychology*, *60*(1), 44-56.

<https://doi.org/10.1037/h0076349>

Trott, A., & Reeves, A. (2018). Social class and the therapeutic relationship : The perspective of therapists as clients. A qualitative study using a questionnaire survey. *Counselling and Psychotherapy Research*, *18*(2), 166-177. <https://doi.org/10.1002/capr.12163>

Wresinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*.

## ANNEXES

### Annexe n°1: Consignes et grille d'entretien

**Consigne de démarrage** : Bonjour, nous nous rencontrons aujourd'hui pour une recherche menée dans le cadre de notre travail de mémoire en psychologie clinique. Notre objectif est d'explorer votre vécu face à une patientèle en situation de précarité financière et/ou administrative dans votre travail de psychothérapeute. Tout ce que vous voulez bien nous partager est bienvenu, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. L'entretien durera environ une heure. Une fois retranscrit, l'enregistrement sera supprimé. Également, tous les éléments qui permettront de vous reconnaître seront effacés.

**Consigne initiale** : Pouvez-vous me raconter en quoi avez-vous l'impression que les suivis que vous avez avec une patientèle en précarité socioéconomique diffèrent des suivis avec une patientèle plus aisée ?

<b>Grille d'entretien</b>	
Questions centrales	Relances
<b>En quoi les suivis que vous avez avec une patientèle en précarité sont-ils différents d'une patientèle plus aisée ?</b>	Qu'est-ce qui motive cette prise en soins différente ? À quels besoins des patients en situation de précarité répondent ces différences ?
<b>Quels sont les vécus qui vous animent lorsque vous travaillez avec des patients en situation de précarité ?</b>	En quoi ces vécus sont-ils différents de ceux que vous éprouvez au contact d'autres patients ? Quelle utilisation faites-vous de ces éprouvés dans le système thérapeutique ? Quels rôles jouent vos éprouvés dans votre travail thérapeutique ?
<b>En quoi vos vécus sont-ils une entrave et/ou un levier au processus thérapeutique ?</b>	En quoi l'alliance thérapeutique est-elle impactée par ces vécus ? Comment votre capacité à être empathique est impactée par ces vécus ?
<b>Tenant compte de votre histoire familiale, de votre parcours de vie, et de vos expériences professionnelles quel sens donnez-vous à ces éprouvés ?</b>	A quels éléments de votre vie personnelle ces éprouvés peuvent-ils faire écho ? Quel lien faites-vous entre vos vécus en séance et vos origines sociales et culturelles ?

Annexe n° 2 : Formulaire de consentement

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT À UN PROJET DE RECHERCHE**

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participants et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tettamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche) manuel.tettamanti@unil.ch  
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom du-de la participant-e (nom et prénom) : 

**Déclarations du-de la participant-e**

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheuses.
- Avoir lu la notice d'information aux participant-e-s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant-e-s et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé-e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales sont sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :

Date :

  
27.02.2023

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT À UN PROJET DE RECHERCHE**

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participants et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tettamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche) manuel.tettamanti@unil.ch  
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom du de la participant e (nom et prénom) :



**Déclarations du de la participant e**

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheuses.
- Avoir lu la notice d'information aux participant e s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant e s et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales sont sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :	
Date :	22.02.2023

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT À UN PROJET DE RECHERCHE

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participants et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tettamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche) manuel.tettamanti@unil.ch  
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom du/de la participant/e (nom et prénom) : 

Déclarations du/de la participant/e

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheuses.
- Avoir lu la notice d'information aux participant/e/s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant/e/s et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé/e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales sont sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :	
Date :	24.02.23

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT À UN PROJET DE RECHERCHE**

**Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participants et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche**

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tettamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche) manuel.tettamanti@unil.ch  
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom du·de la participant·e (nom et prénom) : 

**Déclarations du·de la participant·e**

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheuses.
- Avoir lu la notice d'information aux participant·e·s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant·e·s et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé·e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales sont sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

**Une copie de ce formulaire est pour vous.**

Signature :	
Date :	22.02.23

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT À UN PROJET DE RECHERCHE**

**Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participants et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche**

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tettamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche) manuel.tettamanti@unil.ch  
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom du· de la participant·e (nom et prénom) : 

**Déclarations du· de la participant·e**

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheuses.
- Avoir lu la notice d'information aux participant·e·s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant·e·s et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé·e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales sont sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

**Une copie de ce formulaire est pour vous.**

Signature :	
Date :	28/02/2023

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT À UN PROJET DE RECHERCHE**

**Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participants et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche**

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tettamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche) manuel.tettamanti@unil.ch  
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom du·de la participant·e (nom et prénom) :



**Déclarations du·de la participant·e**

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheuses.
- Avoir lu la notice d'information aux participant·e·s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant·e·s et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé·e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales sont sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

**Une copie de ce formulaire est pour vous.**

Signature :	
Date :	10.02.23

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT À UN PROJET DE RECHERCHE**

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participants et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tettamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche) manuel.tettamanti@unil.ch  
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom du-de la participant-e (nom et prénom) : 

**Déclarations du-de la participant-e**

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheuses.
- Avoir lu la notice d'information aux participant-e-s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant-e-s et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé-e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales sont sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :	
Date :	16 fév. 2025

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT À UN PROJET DE RECHERCHE**

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participants et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tettamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche) manuel.tettamanti@unil.ch  
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom du/de la participant-e (nom et prénom) : 

**Déclarations du/de la participant-e**

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheuses.
- Avoir lu la notice d'information aux participant-e-s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant-e-s et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé-e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales sont sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :	
Date :	16.01.2023

Annexe n° 3 : Questionnaire socio-démographique



**Pour finir nous vous remercions de répondre à quelques questions sur vous-même :**

- Indiquez votre nom et votre prénom :

---

- Indiquez votre genre :

---

- Indiquez votre nombre d'années de pratique en psychologie :

---

- Indiquez le type d'établissement dans lequel vous exercez actuellement (cabinet privé, institution public ou privé, département psychiatrique public, etc.) :

---

- Indiquez votre titre (psychologue, psychologue assistant, psychologue psychothérapeute etc.) :

---

- Indiquez votre orientation théorique :

---

- Comment caractériseriez-vous votre milieu socio-économique d'origine ?

- Bas
- Moyen
- Élevé
- Autre :

---

- Comment caractériseriez-vous votre milieu socio-économique actuel ?

- Bas
- Moyen
- Élevé
- Autre :

---

**Ces informations seront anonymisées et traitées dans la confidentialité la plus stricte. Elles ne serviront pas en dehors de l'étude.**

**Nous vous remercions pour votre participation !**

*Annexe n° 4 : Tableau synthétique des thèmes et sous-thèmes*

Thèmes	Sous-thèmes
Perception des défis et besoins rencontrés par la patientèle précaire [237]	Conditions de vie et stressseurs majeurs [91]
	Répercussions psychologiques de la précarité [30]
	Confrontation aux attitudes négatives de la société [65]
	Ambiguïtés autour de la demande de soin [25]
	Similarité de la clinique entre différentes populations [26]
Cadre clinique des thérapeutes exerçant auprès d'une patientèle précaire [308]	Prise en compte et gestion des réalités externes [43]
	Adaptation du cadre [50]
	Travail en équipe pluridisciplinaire [38]
	Utilisation et adaptation des techniques thérapeutiques [110]
	Impacts du cadre institutionnel dans la prise en charge d'une patientèle précarisée [67]
Influence des dimensions socioéconomique et culturelle sur le lien thérapeutique [135]	Défis de l'entrée en lien [31]
	Investissement du·de la psychothérapeute par le·la patient·e [30]
	Trouver la juste proximité [47]
	Rapport de pouvoir [27]
Considérations des psychothérapeutes sur leur identité professionnelle et leur pratique [163]	Attitudes thérapeutiques valorisées [64]
	Fonctions de l'espace et du processus thérapeutique [49]
	Questionnement sur les délimitations du rôle du psychothérapeute [50]
Diversité des éprouvés face aux patient·e·s en précarité [255]	Nature et appréhension des vécus [122]
	Intensité émotionnelle des vécus [80]
	Pulsions à agir et agirs [53]
Réflexivité des psychothérapeutes sur leurs éprouvés [149]	Importance de la connaissance et du travail sur soi [56]
	Besoins du thérapeute en vue d'une bonne pratique [65]
	Apports des supervisions et des connaissances théoriques [28]
Liens entre histoire personnelle et pratique actuelle des psychothérapeutes [243]	Appartenance sociale et économique [41]
	Influence du milieu familial d'origine [84]
	Expériences de vie [48]

	Intérêts et gains personnels [70]
Rapport des thérapeutes au contexte social et à la précarité [153]	Ideologies defendues et engagements [88]
	Représentations et jugements liés aux conditions socioéconomiques [39]
	Regard sur le système de santé suisse [25]