Quelle(s) approche(s) de la parentalité face à la précarité sanitaire et sociale dans les quartiers ?

Valérie VINÉ VALLIN[1], Carmen SANCHEZ CARO[2]

(1)Docteures en sciences de l'éducation et de la formation Université Sorbonne Citée, Paris 13 (UP13),

(2) Centre de Recherche Interuniversitaire Expérience Ressources Culturelles Éducation (EA3971)

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.7723

Reçu le : 09/04/2022 | Accepté le : 08/11/2022

Résumé : Cette recherche exploratoire s'inscrit dans la continuité des travaux menés au sein d'un projet d'accompagnement à la parentalité centré sur la compréhension des attentes et manques des habitants de deux quartiers dans le département de Seine-Saint-Denis, marqués par la précarité sociale et sanitaire. Nous souhaitons interroger les besoins identifiés par les professionnels et les mettre en parallèle avec ceux exprimés par les habitants de ces deux quartiers. Ce contexte a supposé une réflexion sur la notion de « besoin » que nous avons abordée à partir d'un point de vue des théoriciens, mais aussi à travers l'analyse par des possibilités réelles d'actions. En hypothèse, les besoins des habitants de ces quartiers s'affrontent avec une réponse apportée qui diffère dès lors qu'elle est pensée par un professionnel ou un parent. Les premiers résultats montrent une réponse des professionnels éloignés du terrain qui semble assez éloignée des préoccupations premières des habitants. Nous avons mis en parallèle les propos des différents protagonistes qui ont été recueillis à partir d'entretiens semi-directifs et d'observations, pour essayer de définir une pyramide des besoins des habitants de ces deux quartiers.

Mots-clés : Besoins, précarité sociale et sanitaire, petite enfance, quartiers

Abstract: This exploratory research is a follow-up to the work carried out within the parenting support project, which focuses on understanding the expectations and shortcomings of the residents of two neighborhoods in the department of Seine-Saint-Denis, which are marked by social and health insecurity. We aimed to examine the needs identified by professionals and to compare them with those expressed by the residents of these two neighborhood's. This context implied a reflection on the notion of "need" which we approached from a theorists' point of view, but also through the analysis of real possibilities of action. In the hypothesis, the needs of the habitants of these neighborhoods are confronted with a response that differs when it is thought by a professional or a parent. The first results show a response from the professionals "from above" which seems to be quite far from the primary concerns of the people. We have compared the comments of the various actors, which were collected through semi-directive interviews and observations,

Keywords: Needs, social and health precariousness, early childhood, neighborhoods

1 Introduction

La ville dont il est question ici se situe dans le département de Seine-Saint-Denis. Elle compte plus de 28 000 habitants et une densité de population de 7 339,7 au mù34ù selon l'Insee. Parmi ces habitants, le taux de la population des moins de 15 ans s'y trouve également plus élevé que dans d'autres départements de la région Ile-de-France. Selon ces mêmes données statistiques, plus de 40 % de ses habitants vivent sous le seuil de pauvreté en 2019. L'Indicateur de Développement Humain régional (IDH) qui rassemble une dimension santé (l'espérance de vie à la naissance), l'éducation (le pourcentage de la population âgée de plus de 15 ans sortie du système scolaire avec un diplôme) et le revenu (médiane des revenus fiscaux des ménages par unité de consommation) est de 0.24 alors qu'il est de 0.39 en Seine-Saint-Denis et de 0.57 en Ile-de-France. Ces quelques chiffres permettent de parler d'une population en situation de précarité.

Gaudron et Sanchou (2005) définissent la précarité comme étant « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celles de l'emploi… L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives… Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence… » (p. 10). Toutefois Zaouche-Gaudron et *al.* (2017) ou encore Pinel-Jacquemin *et al.* (2018) avancent que ces individus ne constituent pas un groupe reconnaissable par une caractéristique, une marque ou une identité qui les rassemble.

Degeorges (2011) s'interroge sur les enjeux autour des politiques à destination de la petite enfance et la parentalité en situation de précarité. Dekeuwer-Defossez *et al.* (2001) définissent la parentalité en ces termes : c'est une « famille » qui partage un même logement. Les adultes endossent un rôle de parentalité à l'égard des enfants qui y évoluent en son sein, « c'est-à-dire qu'elle leur donne les moyens matériels, éducatifs et affectifs de devenir des adultes » (p. 15). Autrement dit, la parentalité appelle les membres du groupe à s'engager vis-à-vis des plus jeunes au quotidien. Karsz (2004) recourt à l'expression de « parentalité partielle » dans pareille circonstance. Une question sous-jacente demeure toutefois : comment définir et accompagner les besoins de parentalité ?

L'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) s'est intéressée à cette même question. Elle a comparé les politiques d'une vingtaine de pays. Dans le rapport intitulé « *Starting Strong* », l'OECD (2006) en trace les enjeux. Cela passe en premier lieu par une réduction de la pauvreté de la sphère familiale. Ceci est un préalable à la réussite de toute autre mesure telle que l'implantation de structures d'accueil. Une attention particulière doit être apportée à ces jeunes enfants qui grandissent dans ces milieux. Il est indispensable d'œuvrer autour d'une politique sociale inclusive adjointe au droit à l'éducation.

Pinel-Jacquemin *et al.* (2018) ou Durif-Varembont (2009) avancent que les pouvoirs publics semblent davantage solliciter ces familles touchées par la précarité. Elles sont très souvent disqualifiées dans leur rôle de parents par ces mêmes instances, dans l'ensemble des tâches qui leur incombent autour de l'éducation, des devoirs vis-à-vis de leur.s enfant.s et de la société. Ces derniers vont jusqu'à les percevoir comme « res-

ponsables des carences éducatives de leurs enfants » (p. 595). En outre, les institutions endosseraient un rôle de donneur de leçons à l'égard de ces familles. Enfin, le travail des professionnels en lien direct avec ces familles en situation de précarité se jouerait dans une constante négociation entre un discours institutionnel et leurs conceptions d'éducation et de parentalité.

Cette ville a pour ambition d'optimiser leur action publique à destination des habitants des quartiers étudiés. C'est pourquoi elle a engagé depuis 2014 une action de collaboration collatérale avec l'ensemble des acteurs du territoire : le département de Seine-Saint-Denis, le Conseil Local de Santé Mentale, l'Éducation Nationale et l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour la mise en œuvre d'un projet de réussite éducative. Jusqu'ici, les recherches ont apporté un éclairage sur le point de vue des professionnels sans pour autant se concentrer sur la parole des habitants, les premiers concernés. Il semblerait qu'elle soit difficile à recueillir selon les professionnels. Ainsi, il nous a été demandé de recueillir les besoins exprimés des habitants de ces quartiers qui n'ont pas été identifiés par les services municipaux, sociaux et médicaux. Sans doute conscients que les politiques mises en œuvre n'avaient pas répondu aux espérances de chacun, la volonté des institutions était de « faire avec » la population, de penser « un autrement capable propice à l'émergence et au développement d'autres formes d'organisation » (Ebersold et Feuilladieu, 2021, p. 13).

Nous souhaitons, dans le cadre de cet article, interroger les besoins tels qu'identifiés par les professionnels et les mettre en parallèle avec les besoins exprimés des habitants de ces quartiers. Après une définition théorique du concept de besoin, une présentation des principaux résultats des deux dernières expertises effectuées par Delecroix et *al.* (2017) et par Giaccopelli (2018) sur ces deux quartiers sera produite. Nous expliciterons ensuite notre approche méthodologique. Avant de conclure, nous présenterons les principaux résultats.

2 Cadre théorique autour des besoins

2.1 De Maslow à Sen

Maslow a défini et classé les besoins d'une personne à travers une pyramide. Nous retrouvons à sa base les besoins physiologiques. Ce sont des besoins primaires qui regroupent les activités de manger, boire, respirer, maintenir sa température à 37 ° C, se reposer, faire de l'exercice… Elles sont indispensables à notre survie. Viennent ensuite les besoins de sécurité tant physique que psychique. Nous cherchons à prévenir les risques de santé ainsi que les accidents, en agissant sur la maîtrise de notre environnement familial et matériel. Lorsque ces besoins sont satisfaits, nous tentons de répondre à nos besoins sociaux. Ils consistent à se faire apprécier par autrui et plus largement par un groupe afin d'y être intégré. Viennent ensuite les besoins autour de l'estime de soi. Puis le besoin de réalisation de soi se place au sommet de la pyramide, avec une volonté de l'individu de s'épanouir, développer ses compétences, ses valeurs. Cela peut le conduire au développement d'une vie davantage tournée vers la spiritualité (Rofidal et Pagano, 2018).

Fröhlich (2000) s'est intéressé aux personnes polyhandicapées. Il a établi d'autres formes de besoins que celle de Maslow. Nous retrouvons le besoin de n'avoir ni faim, ni soif, ni de souffrir. Puis le besoin d'être stimulé, de mouvement et de changement apparaît. Un besoin de sûreté, de sécurité dans les relations et de stabilité est nommé. Découle un besoin d'affection, de connaissance de sa personne. Cela conduit les individus à un besoin de reconnaissance que nous avions déjà chez Maslow. Et enfin, en dernier lieu, nous avons un besoin d'autonomie, d'indépendance et de détermination. À ces deux auteurs, nous pourrions ajouter l'analyse de Sen (2012). Il privilégie deux concepts : les « *functionings* » ou les aptitudes d'une personne pour gérer au mieux ses ressources pour se nourrir, se déplacer ou s'éduquer ; et les « *capabilities* » ou les possibilités réelles de chaque individu qu'il a pour agir. Tous deux sont assujettis à plusieurs critères qui influencent le champ d'action possible d'une personne. Certaines de ces possibilités réelles d'actions sont inaliénables comme se nourrir, l'accès à la santé et à l'éducation. Nous retiendrons cette dernière approche dans le cadre de cette recherche, cela offrant un cadre d'analyse plus flexible, pouvant ainsi s'adapter à chacun des parcours de vie rencontrés, selon les philosophies propres de chaque famille.

2.2 Les besoins identifiés pour ces quartiers

Ces quartiers furent le terrain de nombreuses recherches. Nous retiendrons les plus récentes, dont un rapport de recherche Delecroix et *al.* (2017) et une thèse de doctorat en médecine de Giaccopelli (2018). L'ensemble de ces documents présentent la ville sous l'angle de très nombreuses fragilités. Giacopelli (2018) souligne que les quartiers étudiés disposent de ressources, avec des services de proximité tels qu'un centre de protection maternelle et infantile (PMI), une maternité, un hôpital, un groupe scolaire comprenant une école maternelle qui accueille les enfants à partir de deux ans et une école élémentaire. Même si au niveau social et culturel, nous retrouvons un centre social, une ludothèque, une bibliothèque et un réseau associatif œuvrant pour l'intégration des familles non-francophones, peu de familles accèdent à ces lieux culturels.

Des modes de garde d'enfants sont aussi à la disposition des familles : une haltegarderie, un lieu d'accueil parent-enfant et une crèche. Toutefois, ces rapports soulignent les limites de l'offre, car le nombre de places dans ces structures d'accueil est restreint avec une liste d'attente pour les familles, et une pénurie au niveau des recrutements des professionnels de la petite enfance.

Tant le rapport de Delecroix et *al.* (2017) que la thèse de Giaccopelli (2018) se corroborent sur le portrait qu'ils dressent des familles. Ce sont principalement des fratries nombreuses, avec un écart d'âge réduit entre les naissances, où la parentalité semble davantage assumée par la mère que par le père. Certains professionnels avancent que le rôle du père se concentrerait à pourvoir le ménage d'un revenu journalier ; laissant les soins des enfants, la gestion du quotidien aux conjoints. Enfin, les aînés des fratries viendraient suppléer cette absence paternelle et endosseraient une fonction parentale auprès des plus jeunes. Les deux recherches soulignent notamment que de nombreux enfants présentent un retard de langage. Néanmoins, ces enfants grandissent souvent dans un contexte de bilinguisme ou trilinguisme. Or, cet aspect est peu valorisé par les institutions. Souvent, seul le père de famille parle le français et sert d'interprète pour

le reste de la famille. Les institutions préconisent donc un apprentissage de la langue française, arguant une meilleure intégration de l'enfant à l'école et de la maman dans la société.

Des inégalités au niveau des soins médicaux sont relevées dès le plus jeune âge. Des épisodes épidémiques sont également récurrents tels que la tuberculose ou la teigne, qui sont des marqueurs de précarité sociale (Giacopelli, 2018). Dans le cadre de visites aux domiciles des familles par des puéricultrices du centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou lors des consultations au centre de la PMI, des carences tant éducatives que dans l'éveil global de l'enfant sont constatées dans ces deux recherches. Cela se traduit notamment par des troubles de l'attachement chez les enfants. Chez les mères, un état psychique très fragile est également constaté. Nombreuses d'entre elles souffriraient d'un état dépressif lié à l'isolement. En outre, les jeux proposés aux jeunes enfants ne sont pas adaptés à leur âge. Ils sont notamment placés très tôt devant des écrans. Ce point est sans doute consécutif aux conditions d'habitat qui sont défavorables, voire insalubres. Des professionnels rapportent que des mères refusent de faire jouer leur enfant à même le sol de leur lieu d'habitation compte tenu de la présence de nombreux insectes, de taches d'humidité ou de trous dans les parois des murs (Delecroix et *al.* , 2017 ; Giacoppeli, 2018).

Selon Giacopelli (2018), les habitants de ces quartiers ont exprimé en premier lieu un sentiment d'isolement au quotidien, notamment chez les femmes d'origine africaine qui ont en France un entourage restreint tant familial qu'amical. Il est accentué par un sentiment d'insécurité. Les femmes, en particulier, ont exprimé des difficultés à se rendre à leurs rendez-vous tant médicaux, sociaux ou administratifs, étant donné la difficulté à faire garder leurs enfants, à se déplacer en transports en commun ou à se repérer dans les lieux, mais aussi dans la complexité du système administratif français. Cela s'avère un frein dans leurs démarches. L'accès à des soins spécialisés fait également partie de leurs attentes, notamment lorsque l'enfant est touché par une pathologie particulière telle que des maladies chroniques. Enfin, ces habitants s'expriment sur leurs besoins primaires évoqués dans la pyramide de Maslow : se nourrir, se loger et le lien qu'ils effectuent entre leurs conditions de vie dans des logements insalubres et les pathologies respiratoires développées chez leurs enfants.

Enfin, cette même étude souligne les enjeux d'une prévention précoce et d'un accompagnement à la parentalité dès le plus jeune âge de l'enfant, en agissant auprès des familles dès le suivi de grossesse, par le biais d'une systématisation des visites à domicile par une équipe mobile pluridisciplinaire. Ces propositions rejoignent les préconisations formulées dans le rapport intitulé « 1 000 premiers jours – Là où tout commence » par Cyrulnik et *al.* (2020). À partir des travaux de Bonde& Carmola Hauf (2004), Moran et *al.* (2004), McCall et *al.* (2003), Lawrence et *al.* (2005) ou encore Olds et *al.* (1998), Giacopelli (2018) souligne la pertinence de la mise en place d'une prévention précoce et d'un soutien à la parentalité qui soit intensif et sur une période de quelques mois. Une augmentation des lieux d'accueil parents/enfants serait utile afin de proposer des espaces favorisant le développement de l'enfant. La création d'une crèche parentale serait aussi un levier pour favoriser l'implication des parents dans cette dynamique.

À cet égard, l'intervention d'une équipe mobile suggérée par Giacopelli (2018) est-elle une réponse aux besoins définis par des professionnels qui s'inscrivent dans la mouvance actuelle de « faire avec » tout en conservant une approche moralisatrice ou serait-elle plutôt une synthèse de l'ensemble des besoins recueillis sur le terrain ? En hypothèse, l'identification des besoins des habitants de ces quartiers semble s'affronter avec celles des professionnels, et par conséquent une réponse qui diffère des attentes de la population concernée.

3 Méthodologie

Notre recherche action s'inscrit dans la continuité de ses travaux de Delecroix et *al.* (2017) et de Giacopelli (2018), au sein d'un projet d'accompagnement de la parentalité. Elle a été financée par *Santé Publique France* dans le cadre d'une convention avec le Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis, pour un travail de terrain qui s'est déroulée entre septembre 2019 et février 2020. Notre public concerné par cette étude devait se composer de familles habitant ces quartiers, avec des enfants de 0 à 3 ans, et ne fréquentant pas les services institutionnels.

Devant le temps qui nous était imparti pour effectuer ce recueil de données, nous avions demandé aux services de la mairie de nous mettre en relation avec des familles répondant à ces critères. Les services municipaux n'ont pas été en mesure de nous produire une liste de contacts potentiels. Aussi, avons-nous élargi nos critères d'inclusion à toute famille habitant dans ces quartiers, avec des enfants de 0 à 18 ans. Deux jours avant la fin de notre enquête sur le terrain, nous avons pu être mis en relation avec trois familles répondant aux premiers critères par l'intermédiaire de professionnels de terrain. Nous avons rencontré vingt-huit familles répondant aux critères élargis. Nous ne les avons pas exclues de nos résultats, car leurs témoignages rejoignent les propos tenus par les familles répondant à nos premiers critères.

Afin de mettre en parallèle la vision des habitants de ces quartiers, nous avons décidé d'interroger également les professionnels. Nous avons procédé à deux formes d'observation : la première formelle, avec une prise de rendez-vous avec un professionnel au sein d'un lieu de proximité ; la seconde informelle, dans une démarche d'ethnographe, arrivant dans les locaux pour observer et échanger avec les familles et les professionnels.

Nous avons rencontré les professionnels suivants sur les sites décrits dans le tableau 1. Les habitants de ce quartier se plaignent « *d'être dans un zoo* », devant le nombre important de chercheurs et de journalistes qui viennent les observer, les filmer, sans pour autant aller à leur rencontre. Pourtant, ces familles ont des histoires de vie qu'elles nous ont racontées avec beaucoup de fierté. Aussi, afin de recueillir leurs témoignages, nous avons développé une attention vigilante auprès de ces personnes lorsque nous abordions les questions autour des besoins pour ne pas les enfermer dans la vulnérabilité et dans la précarité qui semblent les définir du point de vue institutionnel. Nous avons donc privilégié une entrée par les « rêves ». L'objectif était de comprendre leurs situations, leurs récits, leurs paroles, etc. Afin de générer un climat de confiance, que ces femmes ne se sentent pas en situation d'infériorité, nous nous présentions aussi comme mères d'enfant. Cela nous a permis d'échanger sur

leurs fréquentations des services de la ville, leurs expériences de parent au quotidien et l'avenir de leurs enfants.

Tableau I : Lieux et professionnels approchés.

Lieu	Type d'observation	Type de professionnel
PMI	Observation directe des différents temps d'accueil : consultation de médecins, vaccinations et mercredis avec l'éducatrice jeune enfant (EJE). Une observation pour l'accueil des familles turques, à l'aide d'une étudiante de Master bilingue (français/turc)	La responsable de la PMI Le médecin, Une infirmière Une assistante de puériculture La psychologue Une EJE Une secrétaire
Mode de garde ponctuel	Observation des familles qui utilisent (LAEP) et avec quel objectif (inscriptions ou pour « socialiser » les enfants)	EJE
Crèche	Le temps de l'accueil chez les moyens et chez les grands	Responsable EJE
RAM (Réseau d'Assistantes Maternelles)	Un temps d'accueil des assistantes maternelles en matinée	Responsable EJE
Crèche familiale	Observations ponctuelles d'accueil avec deux assistantes maternelles	Responsable EJE
Bibliothèque	Observations « institutionnelles » accompagnées par la responsable et observations informelles lors des déambulations Observation participante pour le temps de lecture organisée	Responsable Animatrice
Ludothèque	Une matinée d'observation et une deuxième observation participante le samedi	Responsable Éducateur
Ludothèque mobile	Observation de l'accueil et l'arrivée des enfants	Animateur
Équipe de tranquillité publique	Observation de jour et de nuit des quartiers dans le cadre de ronde avec les équipes et entretien avec les agents dans le cadre d'échanges informels	Responsable Agents territoriaux
Mairie de la ville	Une prise de rendez-vous, entretien semi-directif	Adjoint au maire en charge du dossier de la politique de la ville autour des questions sociale, sanitaire
Comité scientifique	Dix rencontres formelles	Des conseillers municipaux Responsable de la PMI Des agents de l'ARS Des agents du département, Chercheurs

L'analyse des différents corpus a été effectuée à l'aune des besoins tant définis par Maslow que Fröhlich (2000) et de Sen (2012). Même si les propos des habitants portent sur leurs difficultés, cela permet de s'approcher d'une définition de leurs besoins et de les croiser avec ceux identifiés par les professionnels.

4 Les besoins identifiés

4.1 Consensus autour du portrait des habitants

Pour l'ensemble des professionnels, les habitants des quartiers sont issus de l'immigration avec un « parcours chaotique » :

> « *Ce n'est pas le primo-arrivant, que l'on peut voir à XXX ou XXX ou autres… Ici, on descend de la filière clandestine, à mon avis, ils ont déjà 6 mois un an de parcours chaotique. L'arrivée ici est vécue comme une plus-value, plutôt un mieux. Ils ont vécu pires avant… ».*

Une bonne partie n'a aucun rapport avec l'administration :

> « *Quand on a eu la question du bâtiment qui s'écroulait, là, on s'est rendu compte qu'il y avait des gens qui étaient complètement des inconnus des services, dans des situations de précarité incroyable, mais qui étaient des familles locataires, avec des papiers* ».

Selon l'ensemble des professionnels, un habitant de ces quartiers se « *repère* » lorsqu'il attend dans une salle d'attente, sans même que ce dernier décline son identité, comme s'il portait sur lui un stigmate d'appartenance à ces quartiers :

> « *On les reconnaît immédiatement lorsqu'ils viennent en consultation, on les repère tout de suite lorsqu'ils attendent dans la salle d'attente. On sait qu'ils vivent au XXX* ».

Cela va à l'encontre de l'idée avancée par Zaouche-Gaudron et *al.* (2017) ou encore Pinel-Jacquemin *et al.* (2018) qui affirment que ces individus ne peuvent être catégorisés dans un groupe uniforme, sous une étiquette « vulnérabilité » d'autant que chacun a un parcours de vie qui diffère et le rend unique. Au terme de notre étude, nous n'étions toujours pas en mesure d'effectuer ce distinguo, malgré nos déambulations dans le quartier tant de jour que de nuit, nos présences régulières dans la salle d'attente de la PMI, à la ludothèque ou encore à la bibliothèque où le public provenait de l'ensemble de la ville et au-delà de ces frontières. Nous n'avons pas été en mesure de démêler ce qui relève du fantasme, d'un ressenti ou d'une réalité crue.

4.2 Selon les professionnels « d'en haut »

Au-delà de cette définition commune autour du portrait des habitants de ces quartiers, nous avons rencontré deux visions qui s'affrontent et qui vont au-delà même des

catégories professionnelles en présence. Nous avons ceux « du haut de la colline », en référence aux cadres des institutions « éloignés » des habitants ; et les professionnels de terrain que nous nommerons ultérieurement « les professionnels d'en bas », c'est-à-dire ceux et celles qui sont dans des services de proximité implantés dans le quartier, qu'ils soient de la petite enfance ou non. C'est ainsi que des habitants de ces quartiers décrivent la situation en invitant ceux « du haut de la colline de descendre de temps en temps en bas pour échanger avec eux » et se rendre compte de la réalité du terrain. Au-delà des mots, une approche différente semble se dessiner entre ces deux groupes. C'est pourquoi nous retiendrons ultérieurement cette dénomination de « professionnels d'en haut » à opposer aux « professionnels d'en bas ».

Pour ceux « d'en haut », « c'est compliqué ». Trois professionnels (P) l'expliquent en ces termes :

P1 : « *Je pense comment ils vont dormir le soir.*

P2 : *Tous nos bâtiments, vous verrez dans les quartiers […], ont du filet métallique qui retient les pignons.*

P1 : *Pour pas qu'ils s'écroulent. Et il y en a un où il a fallu sortir les gens en 24 h quoi.*

P2 : *On est dans un quartier où on a pas eu une montée de bouclier des habitants venant en mairie en nous disant 'qu'est-ce que ce bazar, on n'a plus accès à nos balcons, on a posé les filets métalliques, le balcon s'ouvre et on voit [plus] la cime des arbres » on n'a jamais eu ça.*

P1 : *Dans une autre ville.*

P2 : *Dans une autre ville.*

P1 : *Dans une autre ville, on ne pourrait pas imaginer un truc pareil, il y a une sorte de résignation. Ils ont ça, ils ont le trafic à ciel ouvert, ils ont les cafards, ils ont eu, je ne sais pas combien d'incendies et voilà… dans le passage.*

P2 : *On a eu des incendies où on avait 48 h plus tard les familles qui se manifestaient, qui n'avaient pas pensé à revendiquer un droit quelconque, ils arrivent 48 h après « je fais partie des sinistrés et je suis à la rue et comment je fais ? ».*

P3 : *Après, c'est aussi à mettre en lien avec la problématique de la situation administrative, il y en a beaucoup de familles qui ne sont pas…[En règle].*

P1 : *Mais on a l'impression que les gens, ils ont complètement intégré, accepté leurs conditions.*

P3 : *Ils sont résignés ; voilà* ».

Cet adjectif « compliqué » a régulièrement été mis en avant par les professionnels « d'en haut ». Tant les habitants comme des équipes « d'en bas » l'ont reçu en réponse de leurs interrogations. C'est pourquoi ce mot n'a plus de sens pour les professionnels « d'en bas » :

> « *Le mot compliqué, on s'est dit avec X que l'on le mettait à la poubelle, parce que dès que l'on fait une réunion à [la ville], c'est compliqué. C'est compliqué… D'abord, on va commencer par ce qui est simple, dites-moi ce qui est simple ? Parce qu'une fois que vous me dites, c'est compliqué, on fait quoi avec ce mot ?* »

Le dictionnaire « Trésor de la langue française » définit l'adjectif « résigné » en ces termes : « Disposé à accepter, sans se révolter, une chose pénible, jugée inévitable[1] ». Cela vient questionner leurs aptitudes à formuler des besoins ou des rêves. Par conséquent, cela remet en question tant l'objectif de cette recherche que notre méthodologie. Au regard de ces ressentis exprimés par les professionnels, ces quartiers pourraient s'inscrire dans une « nasse ». Les habitants semblent s'y sentir coincés. L'équipe de recherche a régulièrement entendu : « *Au [quartier], rien n'a changé* ». À l'opposé de ces zones, Estèbe (2018) avance le « sas ». Ce sont des zones urbaines qui bénéficient d'une politique de la ville spécifique. Cela permet notamment aux habitants d'améliorer leur situation économique et de quitter ces quartiers pour aller vers un autre. Il est vrai que ces habitants ont vu d'autres quartiers se démolir pour renaître, métamorphosés. « *Aux [quartiers], rien ne change* ».

Ainsi, identifier leurs besoins relève d'un exercice à géométrie variable, car au-delà des besoins primaires, ces familles semblent ne pas avoir ni les moyens ni l'habitude d'en faire la demande.

4.3 Chez les professionnels « d'en bas », faire un pas de côté pour inclure autrement

Ces femmes nous sont présentées comme isolées, ayant perdu leur autonomie et leur statut de femme indépendante. Une éducatrice de jeunes enfants avance :

> « *Je pense qu'il y a des mamans qui ont quitté un pays où elles avaient une situation, des mamans qui étaient hyperactives ailleurs, qui en fait se sont retrouvées ici dans une place de mère au foyer enfin un truc très fermé où elles se sont oubliées* ».

Certains professionnels, comme cette psychologue, avancent que ces femmes seraient sous emprises :

> « *Moi, je vois des mamans comme ça, c'est-à-dire des femmes qui du coup se sont laissées enfermer peut-être parce qu'ici, le mari fonctionne comme ça, parce que peut-être les autres il y a une espèce de challenge pour être une bonne femme pour être dans cette image-là, mais en fait ça ne leur correspond pas fondamentalement et il y a beaucoup* ».

[1] http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=2523494790; consulté le 6/4/2022

Ce médecin explique :

> « *Il y a par exemple des couples où il y a une grosse différence d'âge. Les messieurs, c'est souvent une deuxième femme, et ils ont une emprise sur ces femmes, ils sont allés les chercher au pays parce qu'ils sont sûrs d'avoir quelqu'un qui est beaucoup moins rebelle* ».

Les professionnels « d'en bas » reconnaissent que les mamans subissent leur vie actuelle, peut-être leur mari, mais également le poids des regards du voisinage. Ils voient chez ces mères un besoin de partager leurs récits, de se soutenir entre elles. Au quotidien, ces mères n'osent pas reconnaître leur mal-être et l'énoncer. Elles ne se font plus confiance et n'écoutent plus leur intuition, leur corps, leurs envies. Elles deviennent alors « *transparentes* », « *invisibles* ». Cependant seuls des portraits de femmes nous sont dépeints à travers un voile d'invisibilité. Les pères sont davantage invisibles, restreints au rôle d'« agent de sécurité » contre la faim, de pourvoir à un lieu pour être à l'abri des aléas, renvoyant l'image d'une parentalité exercée uniquement par la mère, excluant de fait le rôle de l'autre conjoint dans le bon développement de l'enfant.

Les professionnels tentent de repérer cet isolement et de venir en aide à ces femmes. Une infirmière l'exprime en ces termes :

> « *Il y a d'autres mamans qui sont complètement isolées perdues ici, donc là son bébé ne prend pas de poids, etc. Et puis du coup, c'est complètement en lien à la dépression maternelle…* ».

Afin de lutter contre cette « invisibilité » des habitants de ces quartiers et de les inclure, les professionnels « d'en bas » contournent les règles d'utilisation de certains lieux afin d'aller à la rencontre du plus grand nombre des habitants. De nombreuses mamans viennent en avance à leur rendez-vous à la PMI, y passent la demi-journée, afin d'offrir à leurs enfants un lieu d'éveil qui soit adapté même si certains n'ont pas de visites programmées. Deux motivations les poussent à agir de la sorte : la première étant la difficulté de trouver un mode de garde susceptible d'accueillir les autres membres d'une même fratrie ; le second est un désir exprimé que tous les enfants d'une même fratrie, sans distinction, puissent bénéficier d'un espace qui leur est dédié.

De plus, les professionnels voient chez ces mères un besoin de partager des récits, de se soutenir entre elles. Cela ressort des ateliers de cuisine du monde, où professionnels de la PMI et mères partagent ensemble un moment de convivialité, de partage de leurs parcours de vie et de leurs ressentis autour de leur statut actuel.

Afin que les familles se rendent aux rendez-vous médicaux prévus pour leur enfant, la PMI les appelle au téléphone. Le médecin explique cette démarche en ces termes :

> « *Pour beaucoup, ils sont invisibles. Nous, on les appelle pour assurer une continuité même si c'est discontinu dans leur tête* ».

Cette démarche questionne. Sommes-nous dans une infantilisation de ces familles parce que reconnues « vulnérables » ou est-ce une manière de les accompagner vers une autonomisation plus grande, car conscients qu'ils arrivent dans un pays où ils ne maîtrisent pas les codes pour réussir (maîtrise de langue et de codes du système, un réseau social de soutien, etc.) ? En outre, les professionnels reconnaissent le besoin de pouvoir échanger avec certaines familles afin de respecter leurs rythmes comme en témoigne cette assistante de puériculture (AP) :

Chercheur (Ch) : « Hier, vous *disiez qu'un enfant avait énormément évolué ente ses deux visites. À quoi vous l'attribuez ? Mise en place de vos conseils ?*

AP : *À la mise en place de nos conseils. Les mamans, il leur faut un temps pour certaines pour assimiler l'information, pour la comprendre. Et puis des fois, entre deux visites, il y a un déclic et la maman met alors en place nos conseils. Mais si elle ne les a pas mis en place, on ne lui montre pas du doigt. On va lui réexpliquer encore et encore. On n'est pas dans le jugement. On va au rythme des familles* ».

Cette attitude de rechercher le dialogue passe par des questions concrètes où le professionnel « d'en bas » ne joue pas un rôle moralisateur et questionne les parents pour mieux les accompagner. Lors de nos observations, une éducatrice de jeunes enfants (E) circule dans la salle d'attente de la PMI et échange avec une maman. Elle lui demande comment le nourrisson évolue dans son quotidien puis l'invite à sortir de son invisibilité à travers ce questionnement :

E : « *Et vous qu'est-ce que vous voulez pour vous et votre enfant ?*

Maman : *Je veux allaiter.*

E : *Faites-vous confiance. Vous êtes sa maman. Vous savez mieux que personne ce qui est bon pour votre enfant. Vous savez ce que vous avez à faire. Écoutez votre corps, écoutez votre enfant, écoutez-vous* ».

Un autre révélateur de ce pas de côté des professionnels « d'en bas », c'est le cas où il est précisé à la porte du Ludobus que les enfants doivent venir accompagner. Or, le mercredi après-midi, une multitude de jeunes arrivent en fratrie, accompagnée par un « grand » de 6-7 ans. Le responsable explique alors :

« *Nous avons juste précisé qu'ils devaient être accompagnés, nous n'avons pas précisé que ce soit par un adulte* ».

Ces exemples témoignent de la prise de conscience des professionnels de la nécessité de questionner un règlement trop rigide qui aurait pour conséquence d'exclure les enfants de ces quartiers à des lieux de culture, des lieux adaptés à leurs besoins, leurs offrants la possibilité d'explorer d'autres univers, de vivre la vie d'un enfant de leur âge. Ces professionnels sont conscients également d'un besoin « de sécurité » et d'un besoin « d'une parentalité large » de la part des familles. Cette « parentalité large » s'étend aux enfants que les parents estiment compétents pour assumer cette responsabilité, soit un autre membre de la communauté. Cela se traduit par une adaptation des professionnels « d'en bas » dans leurs actions au quotidien.

En somme, ces professionnels identifient chez ces habitants les besoins suivants : être accompagné dans les premières années de la naissance d'un nourrisson, un lieu d'accueil où ils puissent être informés sur le développement de l'enfant, une approche basée autour du « faire avec », que nous avons pu observer au ludobus ou encore la salle d'accueil de la PMI, proposer des lieux d'accueil susceptibles d'accueillir les jeunes de tous les âges et non pas uniquement sur la tranche 0-3 ans, faire avec une parentalité élargie qui s'étend à d'autres membres de la famille et qui repose sur la désignation d'une personne « ressource » en charge de rappeler les règles, de surveiller les autres membres de la fratrie afin qu'ils ne se mettent pas en danger, pourvoir à leur alimentation pour certains qui distribuent les repas à leurs frères et sœurs sur le temps méridien. Ces professionnels répondent à des besoins qui sont relativement bas dans la pyramide de Maslow : la sécurité. Ils travaillent également autour d'un niveau plus élevé, celui de l'estime de soi, de la confiance en soi.

4.4 Selon les habitants

Les premiers besoins exprimés rejoignent l'analyse de Fröhlich (2000). Le premier grief que ces familles ont formulé concerne leurs conditions de vie :

> « Ici, on *entend tout. Et puis l'humidité. Mes enfants sont souvent malades, de l'asthme. Et puis des endroits pour jouer pour les enfants* ».

L'humidité, le bruit peuvent engendrer des douleurs, des pathologies. Ils cherchent en premier lieu à lutter contre la faim, la soif et la douleur. Au-delà de ce premier aspect, l'ensemble des familles rencontrées ainsi que les professionnels évoquent un sentiment d'insécurité. Cet échange téléphonique est évocateur. Un adolescent est à la bibliothèque et enjoint un camarade de le rejoindre. Ils sont au téléphone, sur haut-parleur. Nous constatons que ce lieu est « reconnu » par les familles comme sécure. Toutefois, la maman du jeune homme exige qu'il sorte accompagné pour rejoindre son ami en ce lieu :

- « *Tu viens me rejoindre, je suis à la bibliothèque.*
- *Non, ma mère veut que tu viennes me chercher. Elle ne veut pas que je sorte seul.*
- *Si je viens, ta mère est ok pour que tu sortes ?*
- *Oui, mais il faut que tu viennes me chercher à la porte.*
- *Ok, j'attends X et j'arrive* ».

Nous avons effectivement constaté des graffitis laissant suggérer un trafic de drogue. Nous avons pu observer des guetteurs à certaines portes d'escaliers. Toutefois, comme nous l'ont signifié plusieurs professionnels « d'en bas », jamais ils n'ont été importunés, jamais leur véhicule n'a été détérioré.

Ces familles associent ce besoin de sûreté à une recherche de stabilité. Elles y répondent dans un premier temps en n'autorisant pas leurs enfants à jouer à l'extérieur puis, dans un second temps, en voulant déménager avec une volonté de se stabiliser. C'est ainsi que l'ensemble de familles identifie la PMI comme centre ressource qui les oriente ensuite vers des dispositifs répondants à leurs besoins exprimés lors de la consultation qui vont bien au-delà de la santé, notamment autour de l'apprentissage de la langue, socialisation de l'enfant et de la maman.

D'autres besoins apparaissent ensuite, notamment autour du développement de leur enfant, de leur bonne socialisation au sein d'un groupe à travers une stimulation physique et psychologique. C'est pourquoi ils se rendent à la PMI notamment. Ils demandent aussi davantage d'espaces pouvant accueillir les enfants de tout âge. Ces familles ont souligné qu'une politique de la ville est menée à destination des plus jeunes (0-3 ans). Toutefois, rien n'est pensé pour les plus âgés :

> « *Il y a pas de parcs, pas des choses à faire pour les enfants, il y a pas de pistes cyclables. Une fois, ils grandissent, on fait quoi d'eux ? Il y a un seul square… Nouveau d'ailleurs. Quand il était plus petit, on allait au parc, mais maintenant… Il n'y a rien à faire en bas. […] Je lui ai acheté un vélo pour Noël. Il va aller où avec son vélo ? On doit s'éloigner pour aller faire du vélo…* ».

Ils sont alors confrontés à des règles qui semblent moins adaptatives que précédemment. Or, selon Maslow, un individu ne peut passer au stade supérieur sans avoir assouvi le précédent. Cela génère donc une inégalité sociale entre les générations. Cette dernière est observable sur l'ensemble du territoire français.

Ce besoin d'être stimulé et de changement transparaît également chez des mères de famille, notamment en évoquant le souhait d'apprendre le français. Pour autant, elles repoussent la réponse à ce besoin en prétextant qu'elles ont encore des enfants en bas âge qui nécessite leur présence. Or des professionnels « d'en bas » soulignent que les grossesses s'enchaînent, laissant penser que ces femmes n'ont aucune maîtrise sur leur corps. Ce besoin de changement passe aussi par une meilleure connaissance du fonctionnement de leur corps et des dispositifs mis à leurs dispositions afin d'élargir leurs éventails des possibles selon l'approche de Sen (2012). Mais le peuvent-elles si nous les considérons comme soumises ?

Ces familles souhaitent ensuite un avenir meilleur pour leurs enfants : « *Pour nous, c'est mort, mais pas pour nos enfants* », qu'ils soient « *en bonne santé* », qu'ils puissent « *faire de bonnes études* ». Néanmoins, ce souhait est universel. Mais il s'exprime à travers leur volonté de partir vers un ailleurs ou d'avoir un pied-à-terre plus grand, pour vivre dignement. Beaucoup de parents rejoindraient la pensée de Sen (2012) en souhaitant offrir un plus large éventail de possibles tant à leur enfant que pour eux-mêmes, en développant leurs capacités respectives pour un avenir meilleur. Cela passe en premier lieu par l'obtention d'un logement plus grand, loin de ces quartiers.

Au-delà de ces premiers éléments, l'envie de ces familles (F) de s'enfuir sans toutefois y parvenir, vient corroborer les propos des professionnels sur un sentiment de résignation chez les habitants :

F1 : « *Nous il y a plus de rêves… Mais pour mes enfants…*

F2 : *C'est raté pour nous…*

F3 : *Mais pas pour nos enfants ! Pour eux, il y a toujours de bonheur, d'un bon avenir. Ou bien le rêve de beaux trucs, de bien l'élever… Une vie meilleure que la nôtre.*

F1 : *Bon métier.*

F4 : *Ici, j'ai pas de rêve parce que je suis en train de chercher une maison parce qu'au milieu moi ici, j'aime pas pour l'éducation de mes enfants* ».

Enfin, autour de la question de l'intervention d'une équipe mobile d'intervention, les avis étaient partagés, tant chez les professionnels « d'en bas » que les familles. Certains n'y voyaient aucune plus-value à leurs actions déjà existantes d'autant qu'ils estimaient que ces familles se montreraient réticentes à ouvrir leurs portes, sans doute par fierté qu'une personne extérieure constate les conditions dans lesquelles elles vivent au quotidien. D'autres y étaient favorables à condition d'y inclure des mamans implantées et reconnues dans les lieux, à l'image de l'équipe mobilité de tranquillité publique qui emploie des personnes de ce quartier. Ces professionnels répondent à des besoins qui sont relativement bas. Parfois, sur leurs deniers personnels, ils répondent également aux besoins primaires physiologiques en offrant de la nourriture, des habits, un toit pour quelques jours à des individus. Ces agents ne font que reproduire ce qu'ils ont appris tout jeune au sein de ces quartiers : l'entraide entre pairs.

Enfin, sans doute parce que nous étions mandatés par « les professionnels « *d'en haut* » pour effectuer cette recherche, les habitants ne développaient pas certaines de leurs réponses ou avançaient « *vous savez* », tel un leitmotiv. Or, nous n'avons jamais pu savoir ce qui se cachait derrière cette expression.

5 Éléments de conclusion

Nous souhaitions, dans le cadre de cet article, interroger l'analyse des besoins effectuée par les professionnels et la mettre en parallèle avec les besoins exprimés des habitants des quartiers étudiés. Il est apparu nécessaire d'effectuer une distinction plus fine entre les professionnels de cette ville et d'aller au-delà des catégories professionnelles : ceux « d'en bas » qui travaillent au quotidien avec les habitants et ceux dénommés par les habitants les professionnels « d'en haut ». Le tableau 2 propose un regard croisé entre les analyses des précédentes recherches et le recueil de données auprès des différents protagonistes dans le cadre de cette étude. Au terme de cette étude, nous avons identifié des besoins autour de la sécurité au sens large : la santé, le développement de l'enfant, autour de l'accompagnement de la mère. Cela nous amène à rejoindre l'analyse de Pinel-Jacquemin *et al.* (2018) ou Durif-Varembont (2009) qui avancent que ces familles, parce qu'en situation de vulnérabilité, sont davantage sollicitées par les pouvoirs publics bien qu'une réelle préoccupation sanitaire se pose dans ce quartier.

Tableau 2 : Définition des besoins en fonction de quatre focales : recherches, professionnels « *d'en haut* », professionnels « d'en bas » et les familles.

Recherches	Professionnels « *d'en haut* »	Professionnels « *d'en bas* »	Habitants
Condition du logement : insalubre, humidité, etc.	Perception des habitants de ces quartiers : *« Ils ont complètement intégré, accepté leurs conditions.* » Ils portent un stigmate.	Entraide. Distribution de repas, de vêtements ou d'un hébergement provisoire sur des deniers personnels.	L'insalubrité des lieux, tant dans les rues que dans les immeubles.
Des épisodes épidémiques de maladies qui sont des marqueurs de précarité sociale.	Politique de la ville avec un réaménagement urbain sur les quinze prochaines années.	Ils reconnaissent les habitants de ces quartiers parmi l'ensemble de la patientèle.	Ils souhaitent quitter le quartier pour que leurs enfants soient en bonne santé.
Un état de santé psychologique précaire chez les femmes : dépression, isolement, sous emprise, etc.	Ils notent que les habitants n'ont aucun rapport avec l'administration, ont une méconnaissance de leurs droits. Or, les démarches se font aujourd'hui en ligne. Disparition des points d'accueil administratifs pour obtenir des informations auprès d'un agent.	Des mères sous emprise, isolées, « oubliées » pour pouvoir s'occuper des enfants.	Elles sont conscientes de la nécessité de s'intégrer, que cela passe par l'apprentissage de la langue française. Mais elles éprouvent des difficultés à mettre en place ce projet par manque de temps ou injonction maritale.
Divers troubles et retard de développement constatés	Ils envisagent la mise en place d'une équipe de visite à domicile composée d'une variété des professionnelles. Toutefois, ils ne prennent pas en compte la fierté des habitants qui ne souhaitent pas qu'un inconnu puisse constater leurs conditions de vie.	La PMI met tout en œuvre pour conserver le contact avec les familles suivies. Le centre accepte d'accueillir les mères et leurs enfants, durant les horaires d'ouverture. Les professionnels inventent des activités pour s'assurer que les mères maintiennent le contact avec les services.	Ils avancent que les services ne s'adaptent pas à leurs contraintes horaires. La halte-garderie est fortement sollicitée. Elle tente de répondre aux mères adressées par la PMI, notamment lorsqu'il est question d'un trouble de l'attachement. Les familles sont isolées et se sentent perdues face au dédale administratif et médical
La répartition des tâches parentales : les mères assument seules l'éducation, les soins, les repas, les loisirs. Le père assume le rôle de traducteur, de pourvoir un logement	Les politiques sont à destination des enfants, des femmes, mais les pères ne sont pas pris en compte, ni dans ces politiques, ni dans les études. Ils sont invisibilisés.	Des familles monoparentales invisibles qui sous-louent une pièce d'un appartement. Prostitution. Les enfants plus âgés jouent le rôle de parent pour les plus jeunes.	Une parentalité laissée en quête d'un avenir possible pour leurs enfants. Reconnaissance d'une parentalité large (voisins, leader communautaire, autres enfants, etc.)
Des fratries nombreuses et un écart restreint entre deux enfants d'une même fratrie, donnant lieu à une parentalité élargie.	Création d'une aire de jeu pour les jeunes enfants.	Des affichages dans la PMI pour informer les femmes sur la contraception, les violences. Mise à disposition de la pilule du lendemain.	Une angoisse exprimée pour les enfants de plus de 6 ans, pour qui ni la ville, ni l'état n'offrent de perspectives d'avenir satisfaisantes.
"Des carences éducatives" signalées par la présence de jeux non adaptée à l'âge de l'enfant et l'usage précoce des écrans.		Un « déplacement du curseur » pour conseiller/accompagner sans pointer du doigt. Accompagner les parents afin qu'ils prennent confiance dans leurs propres capacités de parents.	Les écrans comme alternative pour que les enfants soient en sécurité.

Tableau 3 : Définition des besoins des familles en situation de vulnérabilité.

Recherches	Professionnels « *d'en haut* »	Professionnels « *d'en bas* »	Habitants
Condition du logement : insalubre, humidité, etc.	Perception des habitants de ces quartiers : *« Ils ont complètement intégré, accepté leurs conditions*. » Ils portent un stigmate.	Entraide. Distribution de repas, de vêtements ou d'un hébergement provisoire sur des deniers personnels.	L'insalubrité des lieux, tant dans les rues que dans les immeubles.
Des épisodes épidémiques de maladies qui sont des marqueurs de précarité sociale.	Politique de la ville avec un réaménagement urbain sur les quinze prochaines années.	Ils reconnaissent les habitants de ces quartiers parmi l'ensemble de la patientèle.	Ils souhaitent quitter le quartier pour que leurs enfants soient en bonne santé.
Un état de santé psychologique précaire chez les femmes : dépression, isolement, sous emprise, etc.	Ils notent que les habitants n'ont aucun rapport avec l'administration, ont une méconnaissance de leurs droits. Or, les démarches se font aujourd'hui en ligne. Disparition des points d'accueil administratifs pour obtenir des informations auprès d'un agent.	Des mères sous emprise, isolées, « oubliées » pour pouvoir s'occuper des enfants.	Elles sont conscientes de la nécessité de s'intégrer, que cela passe par l'apprentissage de la langue française. Mais elles éprouvent des difficultés à mettre en place ce projet par manque de temps ou injonction maritale.
Divers troubles et retard de développement constatés	Ils envisagent la mise en place d'une équipe de visite à domicile composée d'une variété des professionnelles. Toutefois, ils ne prennent pas en compte la fierté des habitants qui ne souhaitent pas qu'un inconnu puisse constater leurs conditions de vie.	La PMI met tout en œuvre pour conserver le contact avec les familles suivies. Le centre accepte d'accueillir les mères et leurs enfants, durant les horaires d'ouverture. Les professionnels inventent des activités pour s'assurer que les mères maintiennent le contact avec les services.	Ils avancent que les services ne s'adaptent pas à leurs contraintes horaires. La halte-garderie est fortement sollicitée. Elle tente de répondre aux mères adressées par la PMI, notamment lorsqu'il est question d'un trouble de l'attachement. Les familles sont isolées et se sentent perdues face au dédale administratif et médical
La répartition des tâches parentales : les mères assument seules l'éducation, les soins, les repas, les loisirs. Le père assume le rôle de traducteur, de pourvoir un logement	Les politiques sont à destination des enfants, des femmes, mais les pères ne sont pas pris en compte, ni dans ces politiques, ni dans les études. Ils sont invisibilisés.	Des familles monoparentales invisibles qui sous-louent une pièce d'un appartement. Prostitution. Les enfants plus âgés jouent le rôle de parent pour les plus jeunes.	Une parentalité laissée en quête d'un avenir possible pour leurs enfants. Reconnaissance d'une parentalité large (voisins, leader communautaire, autres enfants, etc.)
Des fratries nombreuses et un écart restreint entre deux enfants d'une même fratrie, donnant lieu à une parentalité élargie.	Création d'une aire de jeu pour les jeunes enfants.	Des affichages dans la PMI pour informer les femmes sur la contraception, les violences. Mise à disposition de la pilule du lendemain.	Une angoisse exprimée pour les enfants de plus de 6 ans, pour qui ni la ville, ni l'état n'offrent de perspectives d'avenir satisfaisantes.
"Des carences éducatives" signalées par la présence de jeux non adaptée à l'âge de l'enfant et l'usage précoce des écrans.		Un « déplacement du curseur » pour conseiller/accompagner sans pointer du doigt. Accompagner les parents afin qu'ils prennent confiance dans leurs propres capacités de parents.	Les écrans comme alternative pour que les enfants soient en sécurité.

Cette fragilité devient alors stigmate. De leur côté, certains professionnels « d'en bas » conjuguent avec une parentalité large décrite par Karsz (2004), avec de jeunes enfants qui exercent une autorité parentale accordée par leurs parents. Cela permet à ces femmes notamment de s'émanciper pour suivre des cours de langue, exercer une activité professionnelle, s'occuper des plus jeunes qui ne sont pas en âge d'aller à l'école.

Ces professionnels ont une volonté « de faire avec » les habitants. Alors que les professionnels « d'en bas » observent les habitants et échangent avec eux pour ensuite faire évoluer leurs modalités de fonctionnement afin d'être au plus près des préoccupations des familles ; les professionnels « *d'en haut* » semblent dupliquer les enquêtes, les recherches leur permettant d'écouter sans pour autant entendre et connaître les habitants de ces quartiers. Ils tentent d'évaluer ainsi la pertinence d'un projet avant ou après sa mise en œuvre afin de répondre aux besoins qu'ils perçoivent de ces quartiers, mais, sans toutefois aller eux-mêmes sur le terrain.

Cela nous permet de définir les besoins des familles synthétisés dans le tableau 3.

Nous croisons ici tant les notions abordées par Maslow que par Fröhlich (2000). Néanmoins, le modèle proposé par ce dernier semble davantage être approprié pour analyser les besoins de ces habitants. Le modèle que nous proposons (tableau 3) pourrait sans doute s'étendre à d'autres catégories de personnes en situation de vulnérabilité, notamment les personnes en situation de handicap qui tentent de s'émanciper de leur condition (Viné Vallin, à paraître). Les besoins identifiés par les professionnels « d'en bas » se croisent avec ceux exprimés par la population. Cependant, la réponse des professionnels « *d'en haut* » semble assez éloignée des préoccupations premières des habitants d'autant qu'ils identifient la PMI comme répondant à leurs besoins.

Il est nécessaire de rappeler qu'il s'agissait d'une recherche exploratoire, dont les résultats demandent d'être confirmés par une étude plus approfondie, notamment autour de la définition des besoins des personnes en situation de vulnérabilité de ces quartiers et autour de la définition des « nasses » et des « sas » définis par Estèbe (2018). En effet, les individus se disent coincés dans ces deux quartiers, les professionnels ont ce même ressenti. Ces deux quartiers pourraient ainsi être considérés comme des « nasses ». Or, les habitants quittent ces quartiers, non pas pour se rapprocher de leurs lieux de travail, mais pour offrir à leurs enfants un meilleur avenir, un espoir. Par conséquent, les besoins énoncés par ces habitants seraient les conditions nécessaires qu'ils doivent réunir pour que cette « nasse » devienne « sas ».

Références bibliographiques

Bond L.A., Carmola Hauf A.M. (2004). Taking stock and putting stock in primary prevention : characteristics of effective programs. *Journal of Primary Prevention* ; 24(3), 199-221.

Degeorges, B. (2011). Politiques Petite Enfance et précarités : les freins des idéologies du passé ? Dans C. Zahouche Gaudron. *Précarité et éducation familiale* (p. 355-365). Erès.

Dekeuwer-Défossez, F. (2001). La filiation en question. Dans *Dekeuwer-Défossez, F. et al. Inventons la famille.* Bayard.

Delecroix, A.-S., Simon, M., Gauthier, F., Fikojevic, M., Albert-Du Bouëtiez, S., Vesse-Hakni, A. et Basse, P. (2017). *Projet « Prévention Précoce Et ParentalitéS » PPEPS : Éléments pour unedemandedesoutien méthodologique.* Mairie de Clichy.

Durif-Varembont, J. P. (2009). L'intimité entre secrets et dévoilement. *Cahiers de psychologie clinique* (1), 57-73.

Ebersold, S. et Feuilladieu, S. (2021). *Pratiques inclusives, innovation ordinaire et l'autrement capable de l'école. 92*, 11-23.

Estèbe, P. (2018). Seine-Saint-Denis : Le sas et la nasse. *Tous urbains*, 22(2), 34-43.

Fröhlich, A. (2000). *La stimulation basale le concept*. Édition SZH/SPC.

Gaudron, C. Z. et Sanchou, P. (2005). Introduction. *Empan*, *60*(4), 10-13.

Giacopelli, M. (2018). *Mise en œuvre du programme « Prévention Précoce Et ParentalitéS (PPEPS') » à Clichy-sous-Bois : Enquête qualitative exploratoire basée sur les attentes des habitants et les besoins des professionnels de la petite enfance* [Docteur en Médecine]. Université Paris-Est-Créteil.

Karsz, S. (2004). « Soutien à la fonction parentale » : l'impossible neutralité. *Spirale* (1), 111-122.

Lawrence, J. Schweinhart Jeanne M., Zongping X., Steven Barnett W., Clive R. Belfield. (2005). Lifetime Effects : The High/Scope Perry Preschool. Study Through Age 40. Ypsilanti, MI : High/Scope Press. 194-215.

McCall, R.B, Larsen, L., Ingram A. (2003). The science and policies of early childhood education and family services. Dans Reynolds, Wang et Walberg, *Early childhood programs for a new century*, Washington, D.C : CWLA Press. 255-298.

Moran, P., Ghate, D., et Van der Merwe, A. (2004). *What works in parenting support ? A review of the international evidence*. United Kingdom : Department for education and skills.

OECD. (2006). *Starting Strong II : Early Childhood Education and Care*. Organisation for Economic Co-operation and Development.

Olds, D., Henderson, Jr. C.R., Cole, R. (1998). Long-term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial. JAMA. 280(14), 1238-1244.

Pinel-Jacquemin, S., Koliouli, F. et Kelly-Irving, M. (2018). Devenir et être parent en situation de précarité. *Bulletin de psychologie*, 554(2), 593-607.

Rofidal, T. et Pagano, C. (2018). Des besoins fondamentaux aux besoins spécifiques. *Trames*, 103-118.

Viné Vallin, V. (à paraître, 2023). *Va et Deviens. Récits de vie de jeunes porteurs d'un handicap mental ou de troubles dys-*. Téraèdre, Collection « Éclaboussement ».

Sen, A. (2012). *L'idée de justice*. Flammarion.

Zaouche-Gaudron, C., Devault, A. et Troupel, O. (2017). *Enfants de la précarité*. Érès éditions.