

LA PARENTALITÉ EN SITUATION DE TOXICODÉPENDANCE DANS LE CANTON DE VAUD : MIEUX LA COMPRENDRE, MIEUX L'ACCOMPAGNER

RAPPORT DE LA RECHERCHE-INTERVENTION



MANDATÉE PAR
LA FONDATION LE RELAIS
ET MENÉE PAR

ANNAMARIA COLOMBO
(HAUTE ÉCOLE DE TRAVAIL
SOCIAL FRIBOURG)

AVEC LA COLLABORATION DE

PATRICIA FONTANNAZ
(REL'AIDS - FONDATION LE
RELAIS)

MARS 2016

© Toute reproduction et utilisation sont soumises à l'obligation de mentionner les sources (auteur-e-s et institution).

Ce rapport s'accompagne d'un document « synthèse des résultats et recommandations de la recherche-intervention ». ces deux documents peuvent être obtenus en version papier ou électronique auprès de la fondation le relais (www.relais.ch).

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	4
Introduction.....	5
1. La problématique de la parentalité en situation de toxicodépendance.....	7
2. Une démarche alliant recherche et intervention	13
2.1. Les défis d'une démarche participative et co-construite	15
2.2. Entretiens avec les mères en situation de toxicodépendance.....	16
2.3. Entretiens avec les professionnels qui les accompagnent.....	17
2.4. Prendre en compte la subjectivités des acteurs dans l'analyse	18
2.5. Discuter les résultats avec les participants et élaborer conjointement des recommandations.....	20
3. Le point de vue des mères	21
3.1. Représentations de la parentalité	21
3.2. Jugement des compétences parentales : la capacité à être une « bonne » mère, malgré la toxicodépendance.....	23
3.3. Les défis de la PST.....	26
3.3.1. Fonder une famille sur la base d'un héritage familial précaire.....	27
3.3.2. Assumer sa parentalité avec peu ou pas de soutien familial	27
3.3.3. Eviter la répétition intergénérationnelle.....	28
Conclusion	29
3.4. Les relations avec les professionnels: être reconnue comme mère malgré la toxicodépendance.....	29
3.4.1. Des relations qui renforcent la parentalité	29
3.4.2. Des relations qui fragilisent la parentalité	31
Conclusion	33
4. Le point de vue des professionnels qui les accompagnent	34
4.1. Représentations de la parentalité	35
4.2. Jugement des compétences parentales : représentations du danger.....	37
4.3. Les défis de l'accompagnement de la PST	41
4.3.1. La toxicodépendance complexifie les interactions.....	41
4.3.2. L'instabilité qui caractérise la toxicodépendance fragilise la continuité du lien de parentalité et de son accompagnement	44
4.3.3. Composer avec une difficulté à se positionner comme parent	45
4.3.4. Intervenir au-delà de la stigmatisation	48
4.3.5. Accompagner avec des ressources professionnelles inégales.....	50
4.3.6. Collaborer entre professionnels en composant avec des positionnements différents	52
Conclusion. Accompagnements du parent et de l'enfant : incompatibles ou intimement liés ?.....	54
4.4. Les pratiques qui facilitent l'accompagnement de la PST.....	56
4.4.1. S'appuyer sur les ressources et compétences des parents sans les surévaluer.....	56
4.4.2. Permettre au parent d'être acteur de l'accompagnement sans nier ses fragilités.....	58
4.4.3. Les conditions qui favorisent la participation des familles.....	59
4.4.3.1. Voir un sens à l'intervention professionnelle	59

4.4.3.2. Se sentir en confiance.....	61
4.4.3.3. Pouvoir compter sur une continuité du lien.....	62
4.4.3.4. Etre accompagné-e et aidé-e dans ses efforts de participation.....	65
4.4.3.5. Une piste : partir de la demande exprimée par les parents	67
4.4.4. Le réseau informel : parfois une ressource, parfois un obstacle.....	67
4.4.5. Assurer la cohérence du réseau de soutien professionnel sans étouffer les parents	69
4.4.6. Professionaliser l'accompagnement de la parentalité, mais rester réaliste	73
Conclusion. Parentalité à temps partiel ou parentalité accompagnée ? Entre gestion de risques et prise de risques	74
Conclusion.....	78
Recommandations.....	80
Bibliographie.....	82
Annexe 1 : Guides d'entretiens	84
Annexe 2 : Liste des institutions ayant participé aux focus-groupes	86
Annexe 3 : Présentation de la recherche pour les participants	87
Annexe 4 : Exemple d'agenda d'une mère en situation de toxicodépendance	89

REMERCIEMENTS

Un grand merci aux mères qui ont accepté de se livrer en toute sincérité et confiance dans le cadre de cette enquête. Merci aussi aux professionnelles et professionnels¹ qui ont accepté de participer et de s'exposer dans les discussions, en groupes ou seul-e-s.

Merci au Comité de pilotage pour son soutien et en particulier à Jean-Claude Pittet pour sa confiance. Un merci tout particulier à la représentante des mères pour sa persévérance et sa confiance dans cette aventure dans laquelle elle a accepté de s'embarquer !

Merci à Elena Scozzari, collaboratrice scientifique à la Haute école de travail social Fribourg qui m'a accompagnée lors des focus-groupes et à Marie-Claire Rey-Baeriswyl, responsable du département des Prestations de service, pour ses conseils avisés, son soutien et ses apports pour la séance de discussion des résultats avec les professionnels. Merci aussi à Marie-Laure Boragine Pillonel et à Nadia Chuard pour la relecture formelle du rapport.

Enfin, un énorme merci à Patricia Fontannaz, qui a initié cette recherche, qui ne cesse de veiller et d'œuvrer aux conditions de sa réalisation et surtout qui n'a jamais perdu de vue l'intérêt des mères dans cette aventure.

¹ Le masculin est utilisé dans la suite pour alléger le texte et ne reflète aucune discrimination de genre.

INTRODUCTION

Ce rapport rend compte du processus et des résultats d'une recherche-intervention mandatée par la Fondation Le Relais². Cette démarche, initiée par une travailleuse sociale de rue de la section du travail social hors-murs de cette Fondation, Rel'Aids, s'inscrit dans le prolongement d'une série d'actions visant à soutenir la mobilisation des mères en situation de toxicodépendance. Depuis mars 2010, sous l'impulsion de ces femmes, un petit groupe de mères en situation de toxicodépendance de la région lausannoise, accompagné par cette travailleuse de rue, se rencontre de manière hebdomadaire au « Café des Mamans », pour échanger autour des préoccupations et des difficultés relevées par les femmes d'être reconnues et soutenues en tant que femmes, mères et toxicodépendantes. Ces échanges ont permis de révéler la complexité des enjeux liés à cette identité multiple et de faire émerger le besoin de ces femmes d'être accompagnées et soutenues dans leur parentalité, et non seulement à titre de personnes toxicodépendantes ou de femmes vulnérables, par exemple.

Un premier projet émanant du « Café des Mamans » a consisté à réaliser un film envisagé et construit avec des mères concernées³. Depuis sa réalisation en 2012, plusieurs débats ont eu lieu avec les professionnels concernés afin d'améliorer leurs connaissances et de les sensibiliser aux enjeux souvent méconnus de la parentalité en situation de toxicodépendance.

Ces débats ont suscité un grand intérêt de la part des professionnels, mais ils ont également mis en lumière une méconnaissance de la question de la parentalité en situation de toxicodépendance de la part de plusieurs professionnels, ainsi que des difficultés de communication entre les différents acteurs chargés de soutenir et/ou d'accompagner les mères en situation de toxicodépendance et ceux chargés de la protection de l'enfant. Cette méconnaissance et ces difficultés de collaboration interinstitutionnelle ne sont pas sans affecter les conditions permettant le développement du lien parent-enfant en situation de toxicodépendance du ou des parents.

C'est dans le but de répondre à ces questions et d'approfondir la réflexion sur les enjeux entourant l'accompagnement de la parentalité que la Fondation Le Relais a mandaté la Haute école de travail social de Fribourg pour mener la présente recherche-intervention. Cette démarche a le double but de mieux comprendre la réalité vécue par les parents toxicodépendants et la façon dont ils sont accompagnés par les professionnels de la santé et du travail social, tout en continuant à soutenir la mobilisation des parents dans les projets qui les concernent. Il s'agit d'une démarche de recherche-intervention qui vise à identifier et comprendre les dimensions de la parentalité en situation de toxicodépendance, du point de vue, d'une part, des mères et d'autre part, des professionnels qui interviennent auprès de parents en situation de toxicodépendance. Bien qu'il eût été très pertinent d'inclure également les pères dans la démarche, le choix de se concentrer sur les mères s'explique, d'une part, par les moyens limités de cette recherche et d'autre part, par le fait qu'elle s'inscrit dans la continuité d'actions déjà entreprises avec des mères.

Ce rapport rend compte à la fois du processus et des résultats de cette démarche. Il le fait de façon forcément réductrice, puisque l'écriture suppose de faire des choix et d'adopter une forme de présentation du processus qui ne rend que partiellement compte d'un processus tel que celui d'une recherche-intervention. En effet, les effets d'un tel processus dépassent les seuls résultats de recherche, puisqu'il constitue un processus dynamique, où recherche et intervention s'imbriquent et se nourrissent mutuellement. Comme le souligne Lambelet (1984, cité par Alary, 1988 : 209), la recherche-intervention est une entreprise collective à laquelle tous les partenaires collaborent. Bien que nous ayons tenté de rendre compte dans ce rapport à la fois du processus et de ses résultats, il faut bien avouer que l'écrit rend difficilement compte « du processus discursif, de l'action, de ses contraintes et de ses conséquences et des erreurs qui sont ensuite récupérées pour aider à mieux comprendre la situation et aller de l'avant » (Himmlstrand, 1981, cité par Alary, 1988 : 210). Afin d'éviter que ces résultats ne « restent aux mains de ceux qui maîtrisent le code de l'écrit » (Le Boterf, 1983 : 46), il est important de veiller à ce que la restitution des résultats de ce processus ne se fasse pas uniquement par le biais de ce rapport, mais que d'autres moyens de diffusion soient envisagés, en fonction des besoins et des ressources des différents destinataires.

² Cette Fondation (www.relais.ch) œuvre pour l'insertion sociale et professionnelle d'adultes et jeunes adultes en difficulté dans le canton de Vaud (Suisse), par le biais de différents types d'intervention (accueil en internat, accompagnement socio-éducatif en milieu ouvert, formation professionnelle, mesures d'insertion, entraînement au travail, activités culturelles et artistiques, prévention des maladies virales auprès des populations à risque).

³ Mary Clapasson, 2012, « Mamans de choc », documentaire de 27 min.

Après un premier chapitre qui donne quelques éléments de contexte pour situer la problématique au regard de la littérature existante et du contexte d'intervention vaudois, le deuxième chapitre rend compte de la démarche méthodologique et des enjeux qui ont caractérisé cette démarche alliant recherche et intervention. Sont ensuite analysés successivement les points de vue des mères et des professionnels qui les accompagnent, pour finalement formuler des recommandations sur la base de ces résultats.

1. LA PROBLÉMATIQUE DE LA PARENTALITÉ EN SITUATION DE TOXICODÉPENDANCE

Une revue de littérature sur le sujet de la parentalité en situation de toxicodépendance (PST) (voir notamment Wellenstein, 2010) révèle que les écrits portent surtout sur les mères et, en particulier, sur la question des risques associés à la grossesse en situation de toxicodépendance et leur accompagnement. Simmat-Durand *et al.* (2012 : 127) constatent que lorsque les recherches en parlent, les pères toxicodépendants sont davantage considérés comme un obstacle à une stabilisation, voire à une sortie de la toxicodépendance de la mère. Grégoire (2010) souligne une apparente contradiction entre le peu de recherches sur les pères et la surreprésentation des hommes dans les services d'accompagnement en toxicodépendance. Or, tout comme la maternité, la paternité en situation de toxicodépendance n'est pas dépourvue d'enjeux. Grégoire (2010) explique que la paternité peut raviver des conflictualités qui peuvent présenter un risque pour le père toxicomane et une étude genevoise (Soullignac *et al.*, 2003) montre que la naissance d'un enfant dans la vie d'un homme toxicodépendant constitue une crise, dont l'issue peut aller de la suractivité toxique à l'abandon de la toxicodépendance.

Par ailleurs, alors qu'ils s'accordent tous pour dire que les problèmes de dépendance sont indissociables des questions psycho-sociales qui les accompagnent, une grande partie des travaux sur ce sujet sont centrés sur les risques médicaux d'une grossesse en situation de consommation active de psychotropes. L'intérêt pour les processus psycho-sociaux n'apparaît que plus récemment dans la littérature. Plus spécifiquement, on constate un intérêt plus marqué pour les questions concernant le lien parent-enfant et son accompagnement.

Cet intérêt récent pour les questions de parentalité en situation de toxicodépendance est lié notamment au succès des théories de l'attachement et, plus largement, à l'intérêt social et politique pour la parentalité en général, considérée comme un enjeu de santé publique majeur depuis le début des années 2000 (Lamboy, 2009). De nombreux rapports dans différents pays soulignent l'importance de la fonction parentale, qui est associée à différents enjeux de santé publique et difficultés sanitaires et sociales (conduites à risque, troubles psychiques, etc.). Plusieurs de ces rapports recommandent la mise en œuvre d'actions pour la soutenir (*ibid.* : 31). Or, les termes de « soutien à la parentalité » renvoient à une grande hétérogénéité des approches et des interventions. Le terme de parentalité est utilisé depuis les années 1960 dans le champ psychanalytique, en tant que processus intrapsychique faisant partie du développement des adultes. Mais son utilisation dans le sens commun depuis les années 1980-90 renvoie plutôt à la fonction d'être parent, ainsi qu'aux nouvelles formes de structures de la vie familiale (par exemple, la monoparentalité). Dans le champ de l'action politique et sociale, ce terme renvoie surtout à « une logique d'interventions visant à soutenir les familles et à protéger les intérêts des enfants » (*ibid.* : 34). Selon Neyrand (2013 : 55), « la parentalité a sans doute pour fonction sociale de donner un nom à la nouvelle gestion de la famille, en mettant en relief la fonction centrale qu'y occupe désormais le lien parental, au-delà de la simple organisation de la filiation ».

Lamboy (2009) identifie quatre grandes approches du soutien à la parentalité, qui problématisent cette question de façons différentes et y apportent par conséquent des solutions variées. Une première approche est portée par les débats sécuritaires. Ce discours pointe les carences de l'autorité parentale qui seraient liées aux mutations sociétales et seraient à l'origine de problèmes comportementaux chez les enfants (délinquance, absentéisme scolaire, toxicodépendance, etc.). Les mesures prônées sont essentiellement répressives et ont pour but de sanctionner les parents qui n'assument pas leurs responsabilités. Une variante plus « sociale » de cette approche existe. Elle s'appuie aussi sur un discours moralisateur de l'autorité parentale défaillante, mais conteste les interventions répressives, auxquelles elle préfère des programmes sociaux visant à proposer de l'aide et du soutien aux parents.

Le succès des théories de l'attachement de Bowlby ou Brazelton, notamment, ont facilité le développement d'une deuxième approche, qui se fonde sur l'importance pour le développement de l'enfant d'un attachement sain et d'interactions parents-enfants de qualité. Le succès de ces théories est également lié aux transformations des modalités d'intervention sociale : d'une part, l'enfant délinquant est considéré de plus en plus comme victime que comme coupable et d'autre part, la souffrance des parents et les difficultés qu'ils peuvent vivre sont davantage reconnues. C'est dans ce contexte que le « soutien à la parentalité » prend toute sa légitimité, mais les actions

qui s'inscrivent dans ce champ sont très hétérogènes et regroupent des acteurs de domaines d'intervention variés.

Certaines de ces actions sont ouvertes à tous les parents en demande de soutien (éducation familiale, aide en milieu ouvert, etc.), alors que d'autres ciblent plus spécifiquement des publics en difficulté (Lamboy, 2009 : 42-43), comme, par exemple, les parents en situation de toxicodépendance.

Une troisième approche, psycho-éducative, se fonde sur les travaux des trente dernières années en psychologie et psychopathologie du développement, en neuropsychologie et en épidémiologie, qui ont révélé l'influence de la qualité des interactions parent-enfant sur le développement social, cognitif et émotionnel des enfants. Les résultats de ces recherches forment les bases de programmes d'interventions structurées à court ou moyen terme, qui visent à améliorer les compétences parentales pour faire face au développement émotionnel et comportemental de leurs enfants (Lamboy, 2009 : 49-50). C'est dans ce type d'approche que s'inscrivent par exemple des programmes de soutien aux compétences destinés plus spécifiquement aux parents en situation de toxicodépendance récemment développés au Québec, comme les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (Laventure *et al.*, 2013), ou le programme Jeunes-Parents en dépendances (Ferland *et al.*, 2013).

La quatrième approche est portée par des chercheurs en sciences sociales (sociologie principalement). Elle critique, d'une part, les liens établis entre la modification de la structure familiale et les problèmes psychosociaux et d'autre part, une certaine « psychologisation de la société » (Castel, cité par Lamboy, 2009). Cette approche accuse les pouvoirs publics de moins viser, à travers ces actions, à soutenir les parents qu'à imposer une certaine normalité d'être parent. Plusieurs de ces travaux encouragent plutôt à s'intéresser à la manière dont les parents définissent eux-mêmes leur rôle et construisent un sentiment de compétence parentale (Lamboy, 2009 : 46). Les conclusions d'un Forum sur les politiques sociales qui a eu lieu en 2005 au Québec vont dans ce sens. Parmi les recommandations formulées figure le développement de recherches compréhensives portant sur l'expérience subjective d'être parent (Chamberland et Trocmé, 2010). L'idée est moins de déterminer a priori des habiletés parentales jugées bonnes ou mauvaises que de dégager des repères pour élaborer un cadre de référence commun aux différents intervenants amenés à répondre à la question suivante : « Compte tenu des circonstances, quelles sont les conduites parentales qui répondent suffisamment aux besoins de l'enfant ? » (Léveillé et Bouchard, 2010 : 355).

Bien qu'issu de la psychanalyse, Jeammet (2006) va dans le même sens. Il explique que l'introduction de la notion de parentalité est très associée à celle de compétence et s'inscrit, dans les sociétés occidentales actuelles, dans une injonction adressée aux parents de devoir justifier pourquoi ils font ce qu'ils font. Il rappelle toutefois qu'être parent est aussi un processus biologique « pour lequel il existe des capacités génétiques programmées sans lesquelles l'humanité n'existerait pas » (2006 : 71). Selon lui, l'intérêt pour les questions relatives à la parentalité révèle une volonté croissante de maîtriser ce processus naturel, volonté qui peut toutefois avoir des effets potentiellement paralysants et désécurisants pour les parents. Il faut accepter qu'il y a une part d'inconnu et d'incertain dans la parentalité et qu'il est erroné de laisser penser qu'il est nécessaire « d'être au clair avec soi pour pouvoir être père ou mère. On découvre le paysage en marchant » (2006 : 75). Dans un article qui propose une réflexion critique sur la notion de « compétences parentales », Sellenet souligne le risque de dérive normative associée à ce concept, qui « participe à l'émergence d'un nouveau parent, productif, doté ou non de bonnes pratiques, dont on attend des résultats validés par des experts » (Sellenet, 2009 : 114-115). C'est dans ce sens que Karsz (2014) préfère parler d'accompagnement (voir de co-accompagnement) des parents, plutôt que de soutien à la fonction ou aux compétences parentales. Cette dernière notion renvoie, selon lui, à une conception de l'intervention auprès des parents qui relève de la « prise en charge ». Comme lui, je préfère parler d'accompagnement des parents, qui renvoie plutôt à une logique de « prise en compte » (Karsz, 2014 : 233).

L'accompagnement de la parentalité en situation de toxicodépendance s'inscrit dans ce mouvement d'intérêt pour la parentalité et les actions développées peuvent s'inscrire dans ces différentes approches. Pendant longtemps, la parentalité était perçue comme incompatible avec la garde des enfants et leur placement s'imposait comme la mesure largement utilisée de protection des enfants concernés. Bien qu'elle ne soit pas centrée sur la parentalité, une enquête menée en Suisse-romande par le groupe *Femmes et dépendances* en 1998 (D'Alessandri *et al.*, 1998) révèle qu'un tiers des femmes de l'enquête s'étaient vues retirer la garde de

leurs enfants. Dans une étude menée en 2011 par Prats et Baechler sur le mandat de Lausanne Région, la majorité des 19 femmes interrogées se sont vu retirer le droit de garde de leur-s enfant-s (Prats et Baechler, 2011 : 28). Cette étude portait sur la fréquentation ou non des dispositifs de prise en charge par des femmes marginalisées, présentes dans l'espace public lausannois. Simmat-Durand (2007) constate que les mères toxicodépendantes font l'objet de sanctions à différents niveaux : sanctions pénales liées à l'usage de drogues, sanctions médicales associées à l'obligation de soins, sanctions sociales qui se manifestent souvent par le retrait de garde des enfants et finalement, pour certaines, un cumul de sanction qui les prive de tout contact avec leurs enfants.

Or, des études réalisées sur le plan international sur le devenir d'enfants séparés de leurs parents toxicodépendants révèlent que la séparation précoce de la mère et de l'enfant (dès l'hôpital si un bébé manifeste un syndrome de sevrage néonatal) compromet la mise en place du lien parental et constitue un facteur de risque de séparations ultérieures (Simmat-Durand *et al.*, 2012 : 130). En outre, Chamberland et Trocmé (2010) constatent que des interventions centrées sur l'évaluation des menaces qui compromettent la sécurité et le développement des enfants ont des effets pervers sur le climat de collaboration et accentuent souvent les sentiments de méfiance et d'hostilité des parents.

Plusieurs publications scientifiques parues à la fin des années 1990 et au début des années 2000 appellent à un « changement de culture » de l'accompagnement des parents en situation de toxicodépendance, mettant l'accent sur la préservation du lien mère-enfant, d'une part et d'autre part, sur la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'une meilleure coordination entre les professionnels concernés (Wellenstein, 2010).

Des recherches récentes rendent effectivement compte d'un changement de pratiques dans plusieurs pays, s'inscrivant davantage dans une logique de soutien à la parentalité. Sont mentionnées, par exemple, la tendance à favoriser le retour à domicile des mères avec leur enfant, des mesures de nursing par la mère pour traiter le syndrome du manque ou des hospitalisations mères-enfant (*ibid* : 131), un recours encouragé aux traitements de substitution pour les femmes enceintes (Lejeune et Simmat-Durand, 2003), ainsi qu'une diversification des approches (communautés thérapeutiques, groupes de partage entre mères, travail en réseaux de professionnels, suivis à domicile) (Wellenstein, 2010 : 75).

Au Québec, les parents en situation de toxicodépendance d'enfants en âge préscolaire sont considérés depuis 2007 comme un groupe nécessitant de façon prioritaire des services de réadaptation (Ferland *et al.*, 2013). Deux programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) spécifiquement adaptés à la parentalité en situation de toxicodépendance ont été implantés en 2008 dans cinq centres de réadaptation en dépendance (Laventure *et al.*, 2013). Ces programmes psychoéducatifs se fondent sur les résultats de recherches qui révèlent les « lacunes liées aux habiletés parentales » des parents dépendants : inconstance des pratiques disciplinaires, faible disponibilité physique et émotionnelle pour superviser leurs enfants, altération des capacités mnésiques, de jugement, d'attention et de régulation des émotions, risque de parentification des enfants et effets délétères sur leur développement (troubles de comportement, initiation précoce aux psychotropes, anxiété, dépression) (*ibid* : 33-34). Les auteurs soulignent qu'on ne peut pas inférer de simples liens de cause à effet entre la dépendance des parents et les lacunes dans leurs compétences parentales : ils mentionnent d'autres facteurs comme leurs conditions socioéconomiques, leurs caractéristiques personnelles et les caractéristiques du système familial. Toutefois, cette approche considère la parentalité davantage comme un ensemble d'habiletés individuelles que comme un processus qui prend place dans un contexte social complexe. Se situant dans une approche critique de ce type de programmes au Québec, Parazelli *et al.* (2003 : 107-108) y voient l'imposition d'une manière d'être parent qui se veut neutre et fondée sur des résultats de recherche objectifs, mais qui conduit selon eux à une sorte d'« eugénisme négatif », « c'est-à-dire la suppression des tares psychosociales que les experts ont définies comme étant des comportements négatifs en ce qui concerne le développement sain de la personne ».

Par ailleurs, des études menées auprès de parents toxicodépendants et/ou leurs enfants s'accordent sur le constat que la consommation de substances psychoactives ne constitue pas en soi un critère de difficulté dans le lien entre les parents et l'enfant, mais que le besoin d'aide provient souvent des difficultés psycho-sociales qui accompagnent la dépendance (Simmat-Durand *et al.*, 2012 : 127 ; Saliba Sfeir, 2013). Léveillé et Bouchard (2010 : 354-55) soulignent que bien que les théories de l'attachement soient pertinentes pour comprendre la

vulnérabilité des familles, elles sont insuffisantes pour saisir la complexité de ces problématiques. Dans cette perspective, le bien-être de l'enfant est essentiellement conçu comme étant l'affaire des parents (de la mère surtout), ce qui favorise la responsabilité individuelle plutôt que collective. Neyrand (2013 : 55) abonde dans ce sens en appelant à décharger la parentalité des responsabilités excessives qui lui ont été attribuées, en reconnaissant notamment « l'impact des conditions de vie des familles sur les possibilités pour les parents d'assumer aux mieux leur mission éducative ». En effet, une responsabilisation trop importante des parents peut être culpabilisante et provoquer leur réticence à aller chercher de l'aide ou à se faire aider (Léveillé et Bouchard, 2010).

A ces difficultés s'ajoutent dans plusieurs cas des modalités de prise en charge inadaptées de ces parents, en raison d'une intervention de plus en plus spécialisée qui peine à reconnaître la complexité de leurs situations (Lejeune, 2007, cité par Simmat-Durand *et al.*, 2012 : 129 ; Saliba Sfeir, 2013). Chamberland et Trocmé (2010 : 363) parlent d'un « parallélisme » des univers d'intervention, qui comprennent « la famille à travers le prisme étroit d'une approche clientèle, laquelle est renforcée par des systèmes de gestion dont la logique, d'abord intra-organisationnelle, contribue à cloisonner les interventions ». Par ailleurs, dans plusieurs pays, on constate que les services en toxicodépendance ont plutôt été mis en place pour des hommes et qu'ils prennent peu en compte les différences de genre, ce qui peut, entre autres, expliquer que la toxicodépendance et la grossesse étaient (ou sont parfois encore) traités séparément (Simmat-Durand *et al.*, 2012 : 129-130). A cela s'ajoute les peurs que génère, la maternité d'une femme toxicodépendante chez les professionnels, qui sont principalement liées à des représentations contradictoires entre la maternité et la toxicodépendance (Luttenbacher, 1998 ; Saliba Sfeir, 2013). Luttenbacher, entre autres, plaide déjà à la fin des années 1990 pour une confrontation des représentations pour améliorer la prise en charge et démystifier la problématique de la toxicodépendance. Un travail de bachelor qui s'est intéressé en 2013 au point de vue de quatre travailleurs sociaux des cantons de Fribourg et Neuchâtel sur la question de la parentalité en situation de toxicodépendance en arrive à des conclusions similaires (Tamura, 2013).

Si des programmes favorisant un accompagnement de la parentalité en situation de toxicodépendance sont mis en place dans plusieurs pays, une recherche rétrospective auprès d'une cohorte d'enfants séparés de leurs mères dépendantes en France (Simmat-Durand *et al.* : 2012) montre que si ces séparations apparaissent moins inévitables que dans les années 1990, elles restent tout de même une réalité bien présente sur le terrain. Un constat similaire est fait par Saliba Sfeir (2013) à partir d'une enquête auprès de travailleurs sociaux accompagnant des parents en situation de toxicodépendance. Au Canada, une enquête d'incidence des signalements des cas de mauvais traitements révèle un recours accru au placement des enfants (Chamberland et Trocmé, 2010 : 367). Chamberland et Trocmé suggèrent que « le recours au placement ainsi que la tendance à judiciariser les cas peuvent révéler une difficulté à travailler en partenariat avec les familles » (*ibid.*). Simmat-Durand *et al.* identifient notamment la difficulté des professionnels à trouver des réponses adaptées à des problématiques complexes, où les problèmes de consommation s'ajoutent souvent à des problèmes sociaux, économiques et de santé, notamment.

Plusieurs recherches récentes vont également dans ce sens et convergent pour plaider pour un soutien à la PST qui dépasse les approches sectorielles et soit beaucoup plus holistique et pluridisciplinaire (Dentan *et al.*, 2000 ; Léveillé et Bouchard, 2010 ; Chamberland et Trocmé, 2010 ; Prats et Baechler, 2011 ; Simmat-Durand *et al.*, 2012 ; Laventure *et al.*, 2013 ; Ferland *et al.*, 2013 ; Saliba Sfeir, 2013). En effet, les auteurs constatent, d'une part, une organisation des services basée sur la spécialisation du travail et des clientèles visées, exacerbée par l'évaluation de la performance, un fonctionnement bureaucratique des services et le manque d'espaces communs entre professionnels, ainsi que l'ambiguïté quant aux règles du partage de l'information personnelle des usagers (Léveillé et Bouchard, 2010). D'autre part, ils sont plusieurs à souligner que la diversité des représentations et des fondements conceptuels des interventions peuvent constituer des obstacles à une responsabilisation collective de la protection de l'enfance et d'un meilleur partage du risque (Léveillé et Bouchard, 2010 ; Chamberland et Trocmé, 2010). Les conclusions du Forum sur les politiques sociales qui a lieu à Québec en 2005 s'articulent autour de deux principes qui résument bien les recommandations formulées par différents auteurs pour mieux soutenir les enfants et aider leurs parents. Les auteurs recommandent, d'une part, de considérer que « la protection des enfants est une responsabilité partagée » entre les différents acteurs concernés. D'autre part, ils rappellent que « c'est la relation affective qui guérit », dans le sens d'encourager une

approche plus humanitaire que bureaucratique et de s'intéresser davantage à la subjectivité des parents (Léveillé et Bouchard, 2010).

C'est justement dans le but d'améliorer la collaboration entre les professionnels concernés par le soutien à la PST qu'une recherche-action menée conjointement par le Service de protection de la jeunesse (SPJ) du canton de Vaud (Suisse) et Rel'ier (Fondation Le Relais) a été réalisée en 2000 (Dentan *et al.*, 2000 : 20).

Précisons que dans le canton de Vaud, plusieurs acteurs professionnels interviennent dans l'accompagnement de la PST. Le réseau d'accompagnement spécialisé en toxicodépendance est en contact avec des personnes en situation de toxicodépendance qui souhaitent être accompagnées pour cesser ou contrôler leur dépendance ou qui sont contraintes d'entreprendre des mesures dans le cadre de mesures judiciaires ou pénales. Par exemple, la Polyclinique d'addictologie du Département de psychiatrie du CHUV (anciennement Centre Saint-Martin) offre des consultations psychiatriques spécialisées et des traitements ambulatoires. Plusieurs institutions privées sans but lucratif, comme la Fondation du Levant ou la Fondation Le Relais, par exemple, sont spécialisées dans l'accompagnement et le traitement des addictions sur le plan socio-sanitaire. Ce réseau peut être concerné par la parentalité dans le cadre de sa mission d'accompagnement des dépendances. Le réseau spécialisé dans le milieu de l'enfance est également concerné par la PST, de par sa mission d'accompagnement et de protection de l'enfance. Pour tout le suivi médical qui entoure la naissance, c'est principalement le CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) qui est concerné, notamment à travers le CAN Team (Child Abuse and Neglect Team), qui est spécialisé dans la recherche et l'intervention clinique auprès des enfants exposés aux violences ou aux négligences. Le Service de protection de la jeunesse (SPJ) est l'autorité cantonale chargée, entre autres, de la protection des mineurs en danger dans leur développement et de l'autorisation et la surveillance de l'accueil hors du milieu familial. Ce service travaille en partenariat, notamment, avec les milieux d'accueil et les institutions éducatives. Enfin, le réseau de professionnels non spécialisés, comme les acteurs de la justice (Justice de Paix, avocats, etc.), ainsi que du secteur médical (médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, infirmières à domicile ou scolaires) et social (Office des curatelles, travail social hors murs, Maison ouverte, aide en milieu ouvert, etc.) peut être concerné par cette réalité.

La recherche-action du SPJ et Rel'ier est la première qui s'intéresse précisément à l'accompagnement des mères toxicodépendantes et de leurs enfants dans ce canton. Initiée par le groupe de travail «Personnes ressources Petite Enfance» du SPJ, cette démarche a impliqué le service social de la maternité du CHUV, le Centre Saint-Martin⁴, le Centre de puériculture de Lausanne et environs (CPL), l'association des sages-femmes indépendantes, le foyer éducatif le Coteau et l'AEMO (Action éducative en milieu ouvert). Partant du constat que la naissance d'un enfant dont la mère se trouve en situation de toxicodépendance suscite des peurs aussi bien chez les parents que chez les professionnels, elle visait à dresser un bilan de ces situations de manière à mener un examen critique des formes de prise en charge et à développer une méthodologie de travail facilitant la collaboration entre professionnels (Dentan et Alvarez, 2001). Une deuxième phase de cette démarche a été réalisée en 2006 (Alvarez et Prats, 2010), visant à améliorer le travail de réseau à travers un processus de connexions interinstitutionnelles.

La première phase de cette démarche a été l'occasion d'expérimenter des rencontres interinstitutionnelles qui ont permis, par la confrontation des différentes conceptions du problème et de sa prise en charge, d'améliorer les connaissances des professionnels, ce qui a ouvert la voie à plus de confiance mutuelle. Cette confiance entre professionnels a eu pour effet d'augmenter également la confiance des mères qui fréquentent ces différents services et d'améliorer la continuité dans le suivi (Dentan *et al.*, 2000 : 24). Des outils ont pu également être élaborés, comme par exemple une grille de travail interne permettant aux professionnels du SPJ de réagir lors de situations nouvelles. Mais ce processus met également en évidence la nécessité de formaliser les mesures d'accompagnement au niveau institutionnel, leur permettant d'exister au-delà des personnes et de ne pas faire reposer toute la responsabilité sur les professionnels qui prennent des initiatives (*ibid.*).

La deuxième phase de cette démarche a permis d'élargir les rencontres interinstitutionnelles à différentes régions du canton. Trois rencontres ont eu lieu et ont permis de révéler des collaborations existantes, mais également des obstacles qui ont débouché sur des propositions pour améliorer le fonctionnement du dispositif existant. Ces propositions soulignent notamment la nécessité de s'assurer que chaque intervention prenne sens pour les

⁴ Actuellement Polyclinique d'addictologie du Département de psychiatrie du CHUV.

parents, de s'appuyer sur le réseau de proximité, de favoriser les liens entre les parents, les services « enfants » et les services « addiction », ainsi que de mettre en place les conditions de collaborations interdisciplinaires et interinstitutionnelles (Alvarez et Prats, 2010).

Enfin, l'étude vaudoise de Prats et Baechler (2011) menées auprès de femmes en marge recommande de soutenir la formation des professionnels pour mieux prévenir les situations d'exclusion, réduire la stigmatisation vécue par ces femmes et favoriser un accompagnement de proximité. Cette recherche souligne également la nécessité de renforcer l'accompagnement de la parentalité des femmes marginalisées et notamment, de celles qui sont en situation de toxicodépendance.

Sans prétendre à l'exhaustivité, cette rapide revue de littérature met en lumière la complexité des enjeux qui concernent l'accompagnement de la PST. Elle confirme l'importance de s'intéresser à la subjectivité des acteurs concernés, à savoir les parents comme les professionnels qui les accompagnent. Elle souligne également l'importance de s'intéresser aux expériences et aux pratiques qui sont développées, de manière à mettre en lumière les processus, structures et pratiques qui favorisent le soutien de ces parents, d'une part et d'autre part, ceux qui pourraient être améliorés

2. UNE DÉMARCHE ALLIANT RECHERCHE ET INTERVENTION

Comme on l'a vu, la présente démarche de recherche s'inscrit dans la suite d'actions visant à soutenir la mobilisation de mères en situation de toxicodépendance. Elle a une double visée : d'une part, une visée d'intervention sociale et d'autre part, une visée de recherche. D'une part, la dimension d'intervention exige, premièrement, d'impliquer le plus possible les mères concernées dans la démarche, puisqu'elles l'ont initiée et sont directement concernées. Deuxièmement, cette démarche a également pour objectif de sensibiliser les professionnels concernés. D'autre part, la dimension de recherche vise à produire des connaissances à partir de l'analyse des données récoltées par l'intermédiaire d'un processus méthodologique rigoureux. Le défi d'un tel processus est de parvenir à respecter les exigences scientifiques et méthodologiques propre à toute démarche de recherche, tout en considérant que le savoir scientifique n'est pas au-dessus de l'expérience professionnelle ou personnelle. Pour permettre le respect de ces deux dimensions à chaque étape de la démarche, il a été nécessaire de permettre un dialogue entre les différents types d'expertise portés par les différents acteurs impliqués : savoir scientifique, expérience professionnelle, vécu des mères.

Rares sont les recherches qui impliquent non seulement les professionnels de terrain mais également les publics concernés, surtout lorsqu'ils sont particulièrement vulnérables, comme des parents en situation de toxicodépendance. Comme le souligne Laot (2002), souvent seule l'expertise du chercheur est considérée comme légitime dans la construction d'un processus de recherche. Lorsque des acteurs de terrain sont sollicités, ce sont la plupart du temps des professionnels du travail social, voire les décideurs politiques. De même, les résultats produits par la recherche sont restitués le plus souvent aux décideurs politiques et aux professionnels, mais rarement aux bénéficiaires des interventions en travail social. Par conséquent, c'est surtout aux professionnels qu'ils profitent et rarement aux personnes directement concernées. Une première explication évoquée par les auteurs qui se sont intéressés à cette question de la restitution est le fait que les chercheurs considèrent souvent que les publics du travail social ne sont pas intéressés, voire même capables de comprendre et tirer profit des résultats des recherches, du fait de leur position de marginalité ou de la faiblesse de leurs capitaux économique, culturel, social et/ou symbolique. C'est comme si, en restituant les résultats aux professionnels, il semblait y avoir plus de garanties qu'ils soient profitables aux bénéficiaires. Une deuxième explication est que les chercheurs auraient plus facilement tendance à vouloir rendre des comptes aux acteurs disposant d'une certaine légitimité et autorité. Ces acteurs sont aussi souvent ceux qui sollicitent activement d'avoir un droit de regard sur le processus de recherche et qui demandent une restitution des résultats, parce qu'ils sont mandants, par « curiosité bienveillante » ou par souci d'image de marque (Csupor et Ossipow, 2012). Une troisième explication est que les publics concernés ne se sentent pas toujours légitimes, ne souhaitent pas ou n'ont pas l'énergie de réclamer une participation à la recherche ou une restitution des résultats les concernant.

Toutefois, l'expérience de la présente recherche-intervention montre que lorsqu'ils sont sollicités, ces publics peuvent se montrer très intéressés et capables de participer activement à une démarche de recherche-intervention. Or, le défi de la participation nécessite de mettre en place des conditions permettant une réelle implication et une participation équitable des différents acteurs concernés, à travers une co-construction du processus de recherche. Cela implique de penser la relation d'enquête comme un rapport d'échanges sociaux, non marchands mais fortement symboliques (Hardy, 2011), où se jouent des rapports de pouvoir qu'il s'agit de décoder, ainsi que leurs effets (potentiels). Par conséquent, ces conditions sont sans cesse mises à l'épreuve et renégociées au cours de la recherche, même lorsque, comme dans notre cas, les personnes principalement concernées sont déjà constituées en groupe et engagées dans un processus de mobilisation (Café des Mamans). En effet, les asymétries qui existent en termes de pouvoir dans les relations entre chercheurs et professionnels, d'une part et entre professionnels et bénéficiaires, d'autre part, restent très ancrées et créent des résistances. Celles-ci se manifestent tout au long du processus, chez les différents acteurs impliqués et souvent de manière inattendue. Un exemple est la première réaction de résistance de la travailleuse sociale hors-murs lorsque s'est présentée l'occasion de communiquer les résultats de la recherche avec la chercheuse dans un colloque scientifique. Un autre exemple est le besoin ressenti dans un premier temps par la représentante des mères de faire valider par la TSHM ses courriels avant de les envoyer à la chercheuse.

L'expérience de cette recherche-intervention montre que si on adopte une posture visant à impliquer le plus possible les enquêtés dans un tel processus, il est nécessaire de réfléchir dès le début de la recherche aux

conditions et modalités de cette participation, puis ne jamais cesser de les penser et de les adapter tout au long du processus. Il s'agit de permettre une participation des acteurs concernés, mais pas à n'importe quel prix. D'une part, lorsque les conditions de participation ne sont pas suffisamment contrôlées et adaptées, on court le risque de renforcer le sentiment des enquêtés d'être désappropriés de leur objet plutôt que de soutenir leur mobilisation. D'autre part, il faut veiller à ce que cette participation permette des apports qui soient les plus pertinents pour la recherche, en fonction de la spécificité et la complémentarité des différents savoirs et expertises, de manière à ne pas rendre les participants objets de la recherche, mais bien sujets de la démarche, au même titre que les autres acteurs impliqués.

C'est pour veiller à garantir à la fois la dimension « recherche » et « intervention » de la démarche que celle-ci a été pilotée par un tandem constitué d'une chercheuse et d'une travailleuse sociale hors-murs (TSHM). Une répartition des rôles claire a permis de préciser les apports de chacune en fonction de leurs expertises, considérées comme complémentaires, et à mieux répartir les tâches et les coûts et à améliorer l'équilibre entre les dimensions « recherche » et « intervention » de la démarche.

1) Une chercheuse

Professeure à la Haute école de travail social Fribourg (HETS-FR), Annamaria Colombo a été chargée de réaliser le travail scientifique : élaboration de la démarche méthodologique, revue de littérature, entretiens collectifs, analyse et rédaction du rapport final. Pour une partie des entretiens collectifs, elle a été accompagnée d'Elena Scozzari, collaboratrice scientifique à la HETS-FR.

2) Une travailleuse sociale hors murs

Travailleuse sociale hors-murs au Rel'Aids (Fondation Le Relais), Patricia Fontannaz a fondé et anime le « Café des Mamans ». A partir de sa connaissance fine de la réalité de la parentalité en situation de toxicodépendance, elle a assuré la dimension « intervention » de la recherche. Elle s'est chargée de l'identification et du recrutement des professionnels à interroger, de la préparation et co-animation des entretiens avec les mères et elle a participé à l'élaboration des différentes étapes de la démarche avec la chercheuse.

Les conditions de réalisation de ce processus ont été garanties par un comité de pilotage composé de représentant-e-s des milieux professionnels concernés, ainsi que d'une représentante des mères en situation de toxicodépendance. Composé au départ de 4 personnes, ce comité s'est agrandi au cours de la recherche, de manière à inclure les différents acteurs concernés. Il est notamment apparu essentiel d'inclure les mères concernées non seulement au niveau de la récolte des données, mais aussi au niveau de la conception du processus, de manière à assurer que les enjeux les concernant soient bien pris en compte et que les résultats de la recherche soient le plus en adéquation possible avec leurs besoins.

3) Un comité de pilotage (CoPil)

Ce comité est responsable de valider les orientations générales de la recherche et de garantir les conditions de sa réalisation. Ce comité s'est réuni à 5 reprises et s'est composé de :

- M. Jean-Claude Pittet, Directeur de la Fondation Le Relais
- Mme Martine Monnat, Médecin cantonal adjointe, Département de la santé et de l'action sociale
- Mme Caroline Alvarez, Service de protection de la jeunesse (SPJ), Unité de Pilotage de la prévention-Petite enfance
- M. Olivier Duperrex, Pédiatre, Unité de promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire et médecin référent pour le centre de référence pour les infirmières petite enfance
- Mme Marie Savary, Déléguée des affaires régionales, Lausanne Région
- Une représentante des mères du Café des Mamans

Les **objectifs** de cette recherche sont les suivants :

- 1) Comprendre les différentes dimensions de la parentalité en situation de toxicodépendance (PST) du point de vue des mères qui la vivent et leur rapport aux professionnels qui les accompagnent dans cette réalité.
- 2) Saisir comment les professionnels qui interviennent auprès des parents en situation de toxicodépendance comprennent la PST (représentations) et les pratiques qu'ils/elles développent pour accompagner cette parentalité.
- 3) Formuler des recommandations permettant de faciliter l'accompagnement de la PST.
- 4) Ces recommandations devraient donner des pistes pour élaborer, dans un deuxième temps, un outil d'intervention destiné aux professionnels et aux mères/parents (démarche distincte de la présente recherche).

2.1. LES DÉFIS D'UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE ET CO-CONSTRUITE

Pour atteindre ces objectifs, une démarche méthodologique fondée sur une approche inductive a été élaborée. La formulation des objectifs et l'élaboration de la démarche méthodologique en sont l'un des résultats. En effet, après la discussion de différentes options de démarche de recherche, le choix du Relais s'est porté sur une démarche permettant de mieux équilibrer les dimensions recherche et intervention, tout en impliquant les personnes directement concernées à partir de leur vécu de la parentalité en situation de toxicodépendance. Un long processus d'élaboration de la demande a permis une clarification des attentes et des contraintes, tout en permettant l'élaboration d'une démarche qui tient compte des éléments les plus importants pour Le Relais (la dimension participative, l'implication des différents acteurs concernés, soit les parents et les professionnels, la scientificité de la démarche et la prise en compte de la dimension intervention), d'une part et d'autre part, des critères scientifiques et méthodologiques associés à une démarche de recherche. Par exemple, le projet initial proposé par Le Relais envisageait des entretiens individuels avec des mères, voire des pères en situation de toxicodépendance, ainsi qu'avec des professionnels, menés par des mères en situation de toxicodépendance impliquées dans le « Café des Mamans ». Les limites de cette démarche ont été discutées avec les mandants, avec notamment un risque important de transfert/contre-transfert pour les intervieweuses, ainsi que la difficulté de connaître et avoir une prise sur la complexité des biais possibles lors d'un entretien de recherche. L'idée n'était pas de remettre en question la participation de ces mères au projet, mais de leur permettre de participer de la manière la plus appropriée en fonction de ce qu'elles peuvent apporter à la démarche. Ce qu'elles peuvent apporter de spécifique est leur expérience de parentalité en situation de toxicodépendance et de relation aux services sociaux et de santé. Elles peuvent aussi contribuer à la réflexion à partir de ce qui a déjà été discuté au sein du Café des Mamans. C'est pourquoi il a été convenu de séparer clairement les rôles, le rôle de mener les entretiens étant du ressort de la chercheuse, qui assure la neutralité et la scientificité de la récolte des données. Par ailleurs, la dimension collective (plutôt que des entretiens individuels) a été privilégiée, afin de se situer dans le prolongement de la logique qui a caractérisé les activités menées avec ces mères jusqu'alors dans le cadre de Rel'Aids (film, « Café des Mamans »).

Cette discussion sur la méthodologie à adopter a permis de révéler que le mandant avait une définition implicite de la PST, qui s'est révélée à travers les choix méthodologiques initialement privilégiés. En effet, le concept de parentalité pouvait sembler faire l'objet d'une compréhension partagée évidente, chacun ayant une représentation, voire une expérience personnelle de la parentalité qui semblait dispenser de devoir définir ce concept. Il n'en reste pas moins que le projet initial du Relais contenait une définition implicite de ce concept. Fortement inspiré de l'expérience du Café des Mamans, ce projet mettait l'accent sur l'articulation entre la difficulté de combiner les identités multiples et souvent discriminées de femmes, mère et toxicomane. La lecture de la parentalité en situation de toxicodépendance proposée ici renvoie à un cumul d'inégalités. Or, si le postulat d'une disqualification liée à la parentalité peut servir de socle à un projet de mobilisation (à travers l'indignation), il permet difficilement de s'ouvrir à la production de nouvelles connaissances. C'est pourquoi il a été nécessaire de redéfinir l'objet de la recherche, de manière à ce qu'il s'agisse d'un objet de recherche et non seulement d'intervention. En visant à récolter les points de vue des différents acteurs sur la parentalité, on voit mieux ce qu'une démarche de recherche peut apporter, sans écarter du processus la dimension d'intervention qui est, notamment, celle de permettre la confrontation de ces points de vue à l'intérieur-même du processus de recherche.

Le design de recherche a été enrichi et élargi grâce à l'ouverture et à la flexibilité du Comité de pilotage, permettant de tenir compte des besoins qui se présentaient au fur et à mesure du processus de recherche. Par exemple, alors qu'un seul entretien collectif avec des professionnels était prévu initialement, il a été décidé d'en mener davantage, de manière à permettre d'inclure tous-tes les professionnels des différents domaines concernés, tout en gardant une taille de groupe favorisant une collecte de données de qualité. La démarche présentée ici est celle qui a été finalement réalisée.

En outre, l'étroite collaboration entre la chercheuse et l'intervenante, ainsi que le lien de confiance établi entre cette dernière et les mères, d'une part, ainsi qu'avec une bonne partie des professionnels, d'autre part, a permis d'ajuster le processus de manière à veiller à garantir une implication des participant-e-s en tant que sujets de la recherche,

sans les réduire au statut d'objet de recherche. Par exemple, il avait été initialement prévu de mener les entretiens avec les professionnels avant ceux avec les mères, dans une perspective exploratoire. Or, cette temporalité longue a suscité chez les mères qui avaient participé à l'instigation de la recherche un sentiment de désappropriation de leur objet. Elles exprimaient en effet dès le début le souci de ne pas devenir elles-mêmes les objets de la recherche, mais bien sujets de celles-ci. Or, le fait de ne pas être consultées, alors qu'elles étaient les instigatrices du projet, renforçait leur impression d'exclusion et pouvait leur donner l'impression qu'on parlait de la question de leur parentalité, mais sans elles, à leur place (renforcement du sentiment d'incapacité). Face à ces réactions, il est apparu évident que les points de vues des mères et de professionnels devaient être récoltés parallèlement, le fait de donner la parole d'abord aux professionnels pouvant être interprété comme le fait que leur parole était plus importante que celle des mères. Par ailleurs, la co-construction de la recherche a permis à la TSHM de s'approprier le sens de la démarche méthodologique et de sa temporalité, ce qu'elle a pu à son tour transmettre aux mères, leur permettant ainsi de se réapproprier le sens d'un processus qui leur semblait leur échapper. Enfin, ces échanges ont permis une meilleure prise en compte des sujets dans le dispositif de recherche, en intégrant une représentante des mères dans le COPIL, pour qu'elle veille à représenter la sensibilité et les enjeux importants pour les mères tout au long du processus.

Les points de vue des mères et des professionnels ont été récoltés parallèlement au cours d'entretiens collectifs. Nous allons voir que les défis liés à la co-construction du processus se sont également posés durant le processus de récolte des données.

2.2. ENTRETIENS AVEC LES MÈRES EN SITUATION DE TOXICODÉPENDANCE

Un groupe composé de cinq mères a accepté de discuter de leur parentalité au cours de deux groupes de discussion d'environ deux heures. Ces mères participent toutes au « Café des Mamans » et elles ont été recrutées par la TSHM. Ce groupe présente une diversité de profils, certaines des participantes étant de jeunes mères alors que d'autres sont mères d'enfants adultes (enfants âgés de 1 à 24 ans), certaines ont ou ont eu la garde de leurs enfants, alors que ce n'est pas le cas pour d'autres, une partie d'entre elles sont en couple, d'autres pas et elles entretiennent une diversité de rapports aux drogues.

L'objectif de ces discussions était de réfléchir avec elles sur le sens des différentes dimensions de la PST, de leurs expériences et de leurs pratiques. La première discussion a traité de la question des relations de ces mères avec les professionnel-le-s et la deuxième de la question de ce que représente pour elles le fait d'être parent en situation de toxicodépendance. Alors que du point de vue théorique, il semblait plus logique de commencer par cette deuxième question, l'expérience empirique de la TSHM a permis à la chercheuse de comprendre qu'il était plus judicieux d'aborder d'abord les relations des mères face aux professionnels, car cette thématique les préoccupait de façon importante. Le fait d'avoir pu en parler d'emblée leur a permis ensuite d'aborder plus librement la question de leur parentalité en tant que telle.

Ces entretiens ont eu lieu chez une des participantes, sur sa proposition. La TSHM a animé les deux discussions, de manière à favoriser un climat de confiance. La chercheuse y a aussi assisté, mais elle se tenait plus en retrait. Un moment d'échange informel spontané dans le bus qui a amené l'ensemble des participantes à l'entretien, où la chercheuse s'est retrouvée assise à l'arrière avec les participantes, a néanmoins permis de faire connaissance et de « briser la glace », ce qui a favorisé l'instauration d'un climat de confiance lors de l'entretien.

2.3. ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS QUI LES ACCOMPAGNENT

Six entretiens inductifs, dont quatre entretiens collectifs et deux entretiens individuels, ont été menés avec 18 professionnels intervenant auprès de parents en situation de toxicodépendance. Ces entretiens visaient à saisir comment les professionnels qui accompagnent des parents en situation de toxicodépendance comprennent cette parentalité (représentations) et, d'autre part, les pratiques qu'ils/elles développent pour l'accompagner.

Les professionnels rencontrés œuvrent dans les domaines de la protection de la jeunesse, de la pédopsychiatrie, des visites médiatisées, des foyers pour enfants, de l'accompagnement médical des mères (psychiatrie spécialisée, toxicodépendances, gynécologie, médecine générale), de l'accompagnement médical/sanitaire des enfants (pédiatrie, infirmières petite enfance et scolaire), de l'accompagnement juridique des mères (cabinet d'avocats, Justice de paix) et du travail social hors murs. On retrouve donc une diversité de missions, de cadres institutionnels, de moments auquel intervient l'accompagnement (pré-natal, naissance, petite enfance, scolarité, etc.), ainsi que de modalités (thérapie, consultations, visites à domicile, suivi en milieu hospitalier, en milieu ouvert, etc.). Certains professionnels interviennent dans un cadre d'aide contrainte, alors que dans d'autre cas, l'aide est volontaire, ce qui peut également largement influencer la relation d'aide.

Les participants ont tous été contactés parce qu'ils travaillent en contact direct avec des parents en situation de toxicodépendance. Les domaines d'intervention ont été définis de manière conjointe entre le Relais et la chercheuse, en fonction des domaines concernés par l'accompagnement de la PST. Une liste de professionnels identifiés par Patricia Fontannaz (TSHM) a été soumise au Comité de pilotage, qui l'a complétée, en discussion avec la chercheuse, afin d'assurer une certaine objectivation des partenaires et éviter un choix uniquement affinitaire. Le fait que la TSHM contacte personnellement une partie de ces intervenants, dont elle connaissait la plupart personnellement dans le cadre de sa pratique professionnelle, a largement facilité leur adhésion à la démarche, tout en constituant en même temps un biais, puisque les participant-e-s ont été choisis parmi les personnes faisant preuve d'une sensibilité à ce public et d'un intérêt particulier pour cette thématique.

Les entretiens, d'une durée de deux à trois heures pour ce qui est des entretiens collectifs et d'environ une heure pour les entretiens individuels⁵, ont eu lieu à Lausanne, dans un lieu neutre et facile d'accès. Ils ont été animés par la chercheuse, qui a assuré la neutralité et la scientificité de la démarche, accompagnée d'une collaboratrice de la Haute école de travail social Fribourg (pour les aspects techniques). Il a été demandé aux participant-e-s de se préparer à l'entretien en reprenant les dossiers de suivi concernés par la thématique de la PST, afin de se remémorer les trajectoires de suivi, les événements marquants, les difficultés et éléments facilitants, les questionnements et réflexions, ainsi que les réponses apportées. Enregistrés avec l'accord des participant-e-s, ces entretiens ont fait l'objet d'une transcription par une personne indépendante de la HETS-FR et l'anonymat des participant-e-s est garanti.

En sciences sociales, la méthodologie de l'entretien collectif est surtout utilisée pour interroger des acteurs qui partagent une expérience vécue (ici, l'accompagnement de la PST), sur laquelle on cherche à les faire s'exprimer de façon subjective, à des fins d'analyse. Si elle permet de multiplier le nombre d'enquêtés et d'élargir l'éventail des réponses recueillies, cette méthodologie contribue également à réduire les inhibitions individuelles par un effet d'entraînement et elle facilite le travail de remémoration des situations vécues (Duchesne et Haegel, 2004). L'intérêt est de recueillir les discours individuels, dont l'élaboration est facilitée par les interactions (Morgan, 1997). C'est pourquoi l'animation doit veiller à faciliter ces interactions, tout en veillant à ce que chaque participant puisse s'exprimer de manière équitable. En effet, même si les participants ne se connaissent pas, les études montrent que des structures de communication émergent avec une grande constance (rôle de leader, de contre-leader, de marginal, de temporisateur, de passif, etc.), mais qu'une animation adéquate permet d'atténuer les jeux de pouvoir qui peuvent avoir des effets sur la production du discours (Simard, 1989). Par ailleurs, les auteurs s'entendent sur la nécessité d'interroger au moins 3 à 5 groupes d'acteurs, de manière à pouvoir isoler les effets contextuels propres à chaque dynamique de groupe (Duchesne et Haegel, 2004).

⁵ Les entretiens individuels ont été menés avec deux personnes qui n'avaient pas pu participer aux entretiens collectifs et dont le domaine d'intervention n'était pas représenté par les autres participant-e-s.

Si l'objectif premier est la récolte de données à des fins d'analyse (dimension recherche), du point de vue de la dimension intervention de cette démarche, les interactions permises grâce à ces entretiens constituent en soi un résultat. En effet, certain-e-s des participant-e-s collaboraient dans le cadre de leur pratique professionnelle, mais ce n'était de loin pas le cas de tous. Le fait de devoir tous s'exprimer sur des thèmes définis à l'avance par la chercheuse a permis aux participants de repérer les différences et les similitudes des positions et des sens donnés à l'accompagnement de la PST, mais de mieux les comprendre et se les expliquer mutuellement, tout en faisant ressortir les contraintes et les logiques propres à chaque domaine d'intervention ou contexte institutionnel. La discussion collective autour d'une telle thématique a pu également créer un sentiment de responsabilité collective et partagée à propos d'une réalité complexe et parfois lourde à porter dans le cadre de suivis individuels.

La taille des groupes interrogés, composés de 2 à 7 personnes, a permis à la fois une variété de point de vue représentés, tout en évitant que les conversations ne se fractionnent et que certains acteurs ne se sentent inhibés

(Duschesne et Haegel, 2004). Lorsque cela a été possible, les participant-e-s ont été répartis dans les groupes de manière à ce que les différents domaines soient représentés dans chacun des groupes, avec une représentation à la fois du point de vue du suivi des parents et de celui de la protection de l'enfance. Une répartition de ces deux points de vue en deux groupes différents aurait renforcé l'homogénéité des groupes, mais le choix qui a été fait a privilégié, dans une perspective d'intervention, les échanges et la confrontation des points de vue entre professionnels qui travaillent souvent de manière cloisonnée sur le terrain.

Cette enquête se veut néanmoins exploratoire et vise la mise en lumière de logiques et de pratiques existantes, sans prétendre à l'exhaustivité. Il est par exemple difficile d'affirmer à quel point les positions exprimées par les répondant-e-s sont partagées par les autres acteurs de l'accompagnement de la PST et on peut même faire l'hypothèse qu'elles sont plutôt minoritaires, étant donné leur affinité avec la thématique étudiée, ce que semblent corroborer leurs propos.

La recherche se voulant inductive, une grille d'entretien souple a été élaborée (annexe 1), de manière plus que théorique, en misant davantage sur l'expérience de la TSHM que sur la littérature existante. Deux questions ont servi de fil rouge : comment les professionnels comprennent-ils la PST ? Et quelles pratiques développent-ils/elles ? Des sous-questions ont servi de repère pour guider la discussion, tout en suivant la dynamique des échanges et en permettant l'émergence de nouvelles thématiques.

2.4. PRENDRE EN COMPTE LA SUBJECTIVITÉS DES ACTEURS DANS L'ANALYSE

Comme on peut le voir, la préoccupation d'assurer une co-construction du processus de recherche, alliant les apports de la recherche, de l'expérience professionnelle et de l'expérience vécue a nécessité une vigilance, aussi bien lors de la conceptualisation de la recherche, qu'en ce qui concerne la récolte des données et le pilotage de la recherche, de manière à garantir les conditions, sans cesse renégociées, d'une prise en compte et d'un véritable dialogue entre les différents types d'expertise. On pourrait penser que cet enjeu est toutefois moindre en ce qui concerne l'interprétation des données, d'autant plus que ce travail relève surtout de la compétence de la chercheuse. Or, au contraire, la question de la prise en compte des différents points de vue se pose de façon d'autant plus aigüe que la chercheuse se retrouve à devoir interpréter des données sans la présence des sujets de la recherche, prenant alors le risque de trahir la logique de co-construction en plaquant une interprétation sur les données, dans laquelle les sujets et/ou les partenaires pourraient ne pas se reconnaître. C'est pourquoi, l'analyse a été réalisée de manière très inductive, en veillant à utiliser cadre théorique qui permette de rester au plus proche des logiques subjectives qui se dégagent des entretiens.

On pourrait penser a priori qu'il y a parmi les mères d'une part, et parmi les professionnels d'autre part, une compréhension partagée de ce qu'est la parentalité en situation de toxicodépendance et de la manière dont il faut l'accompagner. Or, l'analyse montre que ces deux groupes d'acteurs ont des positions plus nuancées, qu'il s'agit d'analyser à l'intérieur de chaque groupe, avant de mettre en perspective leurs points de vue respectifs.

Les différentes représentations des mères et des professionnels ont été analysées à l'aide de trois repères normatifs proposés par Parazelli, sur la base de la méthode d'analyse transdisciplinaire des pratiques sociales de Karsz (2004)(Colombo *et al.*, 2016). Selon Karsz, pour appréhender le sens d'une pratique selon le point de vue

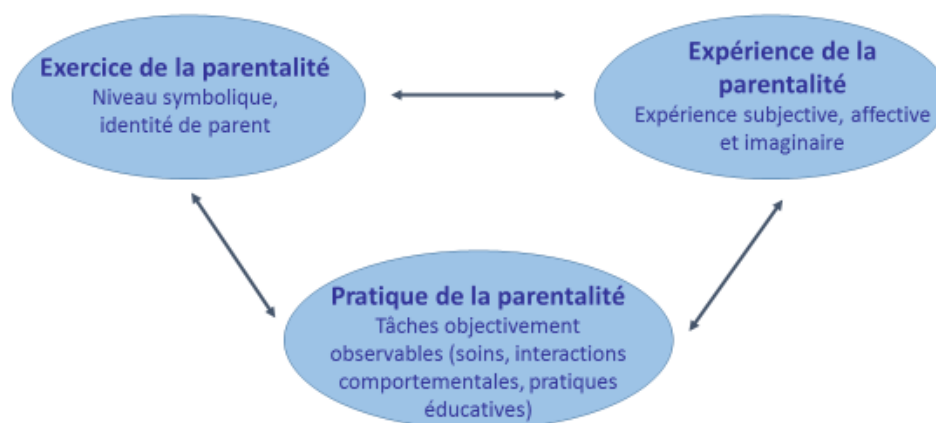
d'un individu qui l'exerce, il convient de bien saisir les repères qu'il mobilise pour comprendre les situations, ici, la parentalité en situation de toxicodépendance. Cette position rejoint celle de la sociologie des représentations (Jodelet, 1989), qui part du postulat que les conduites et les communications sociales sont orientées et organisées par les représentations sociales, soit le système d'interprétation qui régit le rapport au monde de chaque acteur. Parazelli propose de décliner les représentations en trois types de repères normatifs, c'est-à-dire des points de référence que les acteurs utilisent pour appréhender la réalité, qu'on peut traduire de la manière suivante :

- 1) Comment les mères, d'une part, et les professionnels, d'autre part comprennent-ils et expliquent-elles/ils la PST (repères cognitifs) ?
- 2) Comment ces acteurs la jugent-ils (repères éthiques) ?
- 3) Comment agissent-ils, en fonction de la façon dont ils la comprennent et la jugent (repères politiques) ?

Pour cerner les différents sens donnés à la notion de parentalité (repères cognitifs), nous nous sommes référés aux trois axes de la parentalité développés par Houzel (2007). A partir de l'examen de cas cliniques avec une équipe interdisciplinaire de professionnels, cet auteur propose de penser à la parentalité selon trois axes, interdépendants et difficilement dissociables dans la réalité :

- 1) **L'exercice de la parentalité** renvoie au niveau symbolique, c'est-à-dire à l'identité de parent. Il s'agit du cadre organisé et organisateur qui permet l'exercice de la parentalité, au sens fondateur et non au sens causal, comme par exemple l'autorité parentale.
- 2) **L'expérience de la parentalité** correspond à l'expérience subjective, affective et imaginaire, des personnes chargées des fonctions parentales.
- 3) **La pratique de la parentalité** concerne les tâches objectivement observables, comme les soins de l'enfant, les interactions comportementales ou les pratiques éducatives, par exemple.

Les trois dimensions de la parentalité



Inspiré de: Houzel, D. (dir). (2007). *Les enjeux de la parentalité*. Ramonville Saint-Agne, France : Erès.

Nous allons voir dans les deux chapitres de présentation des résultats qui suivent, que ces différentes compréhensions de la parentalité (repères cognitifs) apparaissent aussi bien chez les mères que chez les professionnels qui les accompagnent et influencent la manière dont ils jugent les actions des autres acteurs (repères éthiques) et se positionnent face à elles (repères politiques). Les chapitres 3 et 4 sont organisés selon une structure similaire, permettant de voir en miroir comment parents et professionnels comprennent la PST, comment ils la jugent, puis quels sont les défis qui la caractérisent (ainsi que son accompagnement) et enfin, les pratiques qui facilitent ou non son accompagnement. Mais avant, il est important de parler des séances de discussion des résultats avec les participant-e-s, qui ont permis d'élaborer conjointement les recommandations qui figurent à la fin de ce rapport.

2.5. DISCUTER LES RÉSULTATS AVEC LES PARTICIPANTS ET ÉLABORER CONJOINTEMENT DES RECOMMANDATIONS

Avant toute diffusion des résultats, deux groupes de discussions des résultats ont eu lieu en janvier 2016 avec les participant-e-s de l'enquête, respectivement avec les mères et les professionnels. La séance avec les mères a été animée par la chercheuse, avec la collaboration de la TSHM ; cinq mères y ont participé⁶. La séance avec les professionnels a été animée par la chercheuse, avec la collaboration de Marie-Claire Rey-Baeriswyl, également professeure à la HETS-FR. Huit professionnels y ont participé, sur un total de 18 répondants aux entretiens de récolte de données. Les professionnels qui n'ont pas pu participer à cette rencontre ont eu la possibilité de faire part de leurs commentaires par écrit ou par téléphone, mais aucun n'a saisi cette occasion.

Ces séances avaient un double objectif. Le premier objectif était de permettre aux répondants de réagir aux résultats, d'en comprendre le sens et de les valider, le cas échéant. Sur la base de ces résultats, le deuxième objectif était d'élaborer avec eux des recommandations permettant d'améliorer l'accompagnement de la parentalité.

La mise en discussion des résultats est essentielle dans le cadre d'une démarche participative. Elle constitue l'occasion de leur donner une certaine prise sur la production des connaissances à laquelle ils ont contribué et de laquelle ils sont trop souvent désappropriés. Comme le souligne Paillé (2006 : 100), l'interprétation constitue la plus grande partie des actes posés dans l'enquête qualitative. Or, elle consiste à attribuer un sens à partir d'une compréhension (construction symbolique) de ce qui a été observé. Ainsi, même si elle se fait selon des règles et des procédures très rigoureuses, l'interprétation est toujours en partie subjective, puisqu'elle est produite par un sujet, positionné et doté d'une identité propre. Ces groupes de discussion des résultats avec les participants avant de les rendre publics ont permis de les discuter avec eux, de leur permettre de se les approprier et de confirmer auprès d'eux que ce rapport ne trahit pas leurs propos et qu'il reflète bien ce qu'ils ont voulu partager. A souligner ici que les mères ont exprimé leur souhait d'être présentes et de contribuer activement à la diffusion de ces résultats.

Deuxièmement, ces deux séances ont permis d'élaborer des recommandations issues de ces résultats. Par le biais d'activités collectives, en sous-groupes ou individuelles, les participants ont été amenés à prioriser, puis commenter et reformuler des recommandations qui faisaient le plus sens pour eux, en lien avec leurs propres expériences et expertises.

Nous allons voir maintenant les résultats de ce processus, d'abord en analysant le point de vue des mères, puis celui des professionnels qui les accompagnent.

⁶ Seule une des cinq participantes aux entretiens de récolte de données n'a pas pu participer à cette discussion, mais une mère qui s'est entre temps jointe au groupe y a participé.

3. LE POINT DE VUE DES MÈRES

La question de la parentalité pour les mères en situation de toxicodépendance est associée de manière importante aux attentes sociales et en particulier à celles qu'elles perçoivent de la part de professionnels. Ainsi, lorsqu'on les questionne sur leur parentalité, elles parlent d'abord des attentes de parentalité qu'elles perçoivent, à leur égard, ainsi que de leur difficulté à les satisfaire. Ainsi, à la question « *Qu'est-ce que c'est pour vous être maman ?* », leur première réponse a été « *C'est galère* ».

Or, les difficultés qu'elles perçoivent sont surtout liées au décalage qu'elles observent entre le sens qu'elles attribuent à leur parentalité et celui qui lui est attribué socialement, en particulier par les professionnels qui les accompagnent. En effet, l'analyse des deux entretiens collectifs permet de mettre en lumière que lorsqu'elles parlent des enjeux de la PST pour elles, elles mettent l'accent sur la parentalité, une parentalité dont elles se disent fières, alors que lorsqu'elles parlent des représentations des professionnels, c'est la problématique de la toxicodépendance qui ressort de manière plus importante.

3.1. REPRÉSENTATIONS DE LA PARENTALITÉ

Il faut préciser que les mères interrogées avaient toutes le droit de garde de leur(s) enfant(s) ou en tout cas l'autorité parentale au moment de l'entretien. Elles considèrent cela à la fois comme une « chance », mais également comme une forme de reconnaissance de leur capacité à exercer leur rôle de mère, bien que ce soit sous différentes formes et pas de façon toujours satisfaisante à leurs yeux. Par ailleurs, plusieurs d'entre elles considéraient ce droit comme précaire et constamment menacé. Néanmoins, c'est cette reconnaissance, même précaire, de leur statut de mère, qui leur a donné la légitimité, voire même la liberté de s'exprimer sur ce sujet :

TSHM : Parce qu'il y a des mamans que je connais qu'on a privé de l'essentiel. Elles peuvent plus. Elles ont perdus ce combat que vous gardez.

Joana⁷ : Mais comment tu veux aller bien si on t'enlève tes enfants??

Bien que la parentalité évoque de manière importante chez elles les attentes sociales à leur égard, l'analyse des entretiens fait ressortir toute la réflexivité, la négociation identitaire et la sensibilité associée à leur position de mère. Elles soulignent – voir revendiquent – le caractère universel de leur expérience de maternité. En insistant, par exemple, sur les difficultés de l'éducation, la fierté d'élever ses enfants, le caractère « typique » de leurs journées avec leurs enfants, elles montrent qu'aussi bien leur pratique que leur expérience de la parentalité (axes 2 et 3 de Houzel) ne sont pas liées de manière indissociable à leur toxicodépendance.

Joana : comme tous les parents, il y a des jours, je me dis: « Mais mon Dieu qu'est-ce que j'ai fait de faire des enfants quoi ! ». Parce que c'est quand même pas easy ! C'est pas parce qu'on est dépendante ou ancienne dépendante que c'est plus facile, hein, mais c'est pareil que les autres mères en fait pour moi. Pour moi, elles ont les mêmes problèmes que moi, hein. Mais voilà, aujourd'hui, je suis fière d'avoir deux [enfants].

Elles se sentent et veulent être reconnues comme mères avant tout, au même titre que les autres mères : « *Ben [les gens] seraient surpris parce que [ma journée typique avec mes enfants], c'est une journée normale comme n'importe quelle maman* » (Joana) ; « *On est des mamans comme les autres. Avec nos doutes, nos espoirs* » (Viviane).

Elles estiment que les attentes sociales sont surtout axées sur la pratique de la parentalité, alors qu'elles valorisent surtout la subjectivité et l'affectivité (expérience de la parentalité) dans leur relation avec leurs enfants. Pour plusieurs d'entre elles, la parentalité se caractérise par l'inconditionnalité de l'amour pour leurs enfants. Une mère explique que pour elle, la parentalité est plus qu'un rôle d'éducation, c'est un amour inconditionnel et un accompagnement dans la construction identitaire. Une autre mère exprime la différence entre ces deux axes de la parentalité en estimant que s'occuper de son enfant et le protéger sur le plan pratique n'est pas suffisant pour exercer une parentalité satisfaisante, mais que ce qui est fondamental est de *l'aimer* (expérience de la

⁷ Des pseudonymes sont utilisés afin de protéger l'anonymat des participantes.

parentalité). Pour cette mère, l'expérience et la confiance acquise avec son premier enfant, ainsi qu'un ancrage moins important dans la toxicodépendance ont facilité un investissement non seulement pratique, mais aussi subjectif et affectif de sa parentalité.

Viviane : Ben non moi je savais pas ce que ça veut dire [être mère]...je savais pas. Je l'ai plus ressenti avec [mon deuxième enfant], parce que pour [mon premier enfant], j'étais très protectrice, mais moins aimante. [...] Maintenant avec le recul, je vois que je l'ai pas aimé suffisamment parce que... d'abord parce que je l'ai pas été, moi, donc je savais pas comment ça se déroulait. Puis ça me venait... il me semblait que m'occuper de lui ça suffisait à l'aimer quoi. [...] J'étais dans une autre dynamique aussi... Enfin je me défonçais encore, je dealais. Voilà, quoi, c'était différent.

C'est aussi au niveau de l'expérience de la parentalité que se situent les mères qui expliquent que pour elles, être parent, c'est favoriser l'autonomie et la construction identitaire de ses enfants.

Tatiana : Pour moi être parent c'est... je veux dire, c'est comme un honneur d'avoir un petit être qui m'a choisi pour grandir et qui ne m'appartient en aucune manière, mais pour lequel je veux tout mettre en place pour qu'il ait un maximum d'outils pour qu'il puisse, lui, vivre sa vie, se trouver lui en tant qu'être unique et non pas fils de...

L'une d'entre elles prend l'image de la façon dont une chatte élève ses petits pour expliquer sa représentation de la parentalité, qui renvoie à la fois à la capacité à aimer et transmettre, mais aussi à permettre la construction d'une identité autonome de ses enfants : « Elle est d'un aimant qui est absolument génial et elle leur apprend tout et après c'est : dégage ! » (Tatiana).

Lorsqu'elles mettent en avant des aspects plus pratiques de la parentalité (les jeux, le bain, la nourriture), elles expliquent que ces activités prennent plus de sens à leurs yeux lorsqu'elles s'inscrivent dans la spontanéité et l'échange avec leur enfant (pouvoir en profiter pleinement), que quand elles s'inscrivent dans un rapport de contrôle avec les professionnels qui les accompagnent.

Iris : Pour moi être une maman, c'est profiter des moments avec mon [enfant], des jeux, de son bain, des choses qu'il commence à manger ou toutes les premières choses qu'il fait en ce moment. C'est pouvoir profiter pleinement de ces moments et sans dire : « Oh ben je vais devoir rendre compte encore de ça ! ».

Si elles n'ont pas toujours les ressources pour transmettre tout ce qu'elles voudraient à leurs enfants sur le plan pratique (éducation, moyens financiers), elles estiment pouvoir beaucoup leur transmettre sur le plan affectif et symbolique, en étant présentes quand il faut pour leurs enfants, même si elles n'en ont pas la garde à temps plein. Une mère exprime cette disponibilité et cette présence pour ses enfants en disant qu'ils « savent qui appeler » quand ils en ont besoin et une autre est fière de rapporter que son fils a réalisé que lorsqu'il vit des difficultés (il est en prison), « Y a que la famille qui est là pour moi ». Elles soulignent aussi leur capacité à transmettre à leurs enfants une certaine force qu'elles ont acquise elles-mêmes à travers les difficultés qu'elles ont dû traverser. Cette transmission leur apparaît d'autant plus importante qu'elles ont l'impression que leur vécu de toxicodépendance, ainsi que la vulnérabilité sociale, affective, identitaire et/ou financière dans laquelle se trouvent certaines d'entre elles peuvent ou ont pu affecter la socialisation de leurs enfants. A ce propos, plusieurs d'entre elles expriment leur souci de ne pas être un fardeau pour leurs enfants, mais de leur offrir les ressources pour pouvoir se débrouiller sans elles.

Joana : Après c'est difficile pour un enfant de 14 ans d'avoir une famille [d'accueil], d'un côté, qui a un bon niveau, une mère qui est à l'AI, mais qui a pas vraiment l'air malade, qui se drogue plus, mais qui est quand même pas normale. Ça doit pas être facile pour lui, donc maintenant, j'attends de voir les répercussions, tout ça quoi. Mais moi j'ai fait au mieux. Je pense que [mon enfant], il a tous les atouts pour y arriver et moi je lui montre ce que c'est d'avoir de la force. Et que la vie, c'est aussi du budget dans le frigo et c'est aussi avoir de la volonté pour s'en sortir des choses qui vont pas, quoi. Et mes deux [enfants], ils sont très forts et je maintiendrai toute ma vie que c'est moi qui leur ai donné. Alors j'ai pas pu leur donner un niveau scolaire, parce que j'ai des lacunes. J'ai pas pu leur donner des sous, parce que de toute façon c'est inutile, je n'en ai pas. Par contre, j'ai pu leur donner cette force et je suis sûre qu'ils la tiennent de moi.

3.2. JUGEMENT DES COMPÉTENCES PARENTALES : LA CAPACITÉ À ÊTRE UNE « BONNE » MÈRE, MALGRÉ LA TOXICODÉPENDANCE

Les mères rencontrées contestent toutes la présomption selon laquelle il y aurait un lien de cause à effet présenté comme inévitable entre la toxicodépendance et l'incapacité à assumer sa parentalité de façon adéquate. Sans nier les effets que la prise de produits toxiques peut avoir sur leur capacité à assumer leur parentalité, elles nuancent en soulignant que ce n'est pas la consommation en soi qui constitue un obstacle à l'exercice de la parentalité, mais le rapport entretenu avec le produit et la dépendance. Elles soulignent d'autres situations, moins stigmatisées que la toxicodépendance, mais qui leur semblent pouvoir entraver à la fois la pratique et l'expérience de la parentalité. Par exemple, le fait d'occuper un emploi à un taux élevé implique de déléguer la garde de ses enfants à d'autres personnes ou peut engendrer une certaine fatigue qui peut rendre le parent moins disponible pour ses enfants.

Tatiana: Moi je dirais que si on vit une toxicomanie entre guillemets gérée...

Pascale: ...stabilisée...

Tatiana: ... stabilisée, on peut être une mère tout aussi aimante et apporter autant à son enfant qu'une mère qui va poser son gamin à 7h du matin à la garderie,

Viviane: ... puis qui le reprend à 5h

Tatiana: ... ou qui va le rechercher à 7h du soir épuisée, qui va le mettre devant la télé parce qu'elle a même plus le courage de savoir comment il s'appelle et puis de le coucher, si ce n'est pas une jeune fille au pair.

Elles ne nient pas être aux prises avec des fragilités et des difficultés qui peuvent rendre difficile l'exercice de leur parentalité.

Tatiana: Oui, je doute... Surtout quand je vois sa fragilité par rapport à sa confiance en lui. Oui je doute de mes capacités à lui donner ce que j'aimerais pouvoir lui donner. Après, ben effectivement je pars aussi [de l'idée] de me dire je fais au mieux. Je lui donne tout ce que je peux. Je peux pas donner plus, j'ai pas.

Mais elles considèrent être femmes et mères avant d'être toxicodépendantes, en particulier dans leur relation avec leurs enfants, qui, de leur point de vue, les reconnaissent d'abord comme mères. A la question « *Comment vous voient vos enfants ?* », elles ont toutes répondu « *Ils me voient comme une maman* ». Une mère dit être particulièrement fière que son fils affirme vouloir avoir des enfants à son tour :

Viviane : Le fait qu'il veuille des enfants, c'est que je me suis pas trop mal débrouillée. Si ça avait été vraiment mauvais, il aurait pas voulu d'enfants je pense. Et je sais qu'il aura totalement confiance de me laisser son enfant. Et ça, ça me rend très fière.

Malgré des trajectoires où elles sont conscientes de ne pas toujours avoir pu assumer leur parentalité comme elles l'auraient souhaité, elles sentent qu'elles comptent pour leurs enfants (exercice et expérience de la parentalité). Une mère raconte combien elle a été touchée de voir les larmes monter aux yeux de son fils lorsqu'il est allé la voir à l'hôpital, même s'il ne s'agissait que d'une opération bénigne de l'appendicite. Une autre rapporte combien elle a été touchée par la façon dont son fils a parlé d'elle à son psychologue : « *[Mon fils] est allé chez le psy. Il a dit 'Ben ma mère en fait, même tous les problèmes qu'elle a eus, elle a toujours été là pour moi'. Pour moi, c'est la plus belle preuve d'amour d'entendre ça* » (Viviane). Sur le plan de la pratique de la parentalité, une maman estime que le fait que son bébé n'ait jamais été malade ni eu d'accident majeur prouve qu'elle est capable d'assurer sa sécurité.

Pour celles qui ont dû confier leur enfant, il reste difficile de ne pas considérer cela comme un échec. Selon les trajectoires et les ressources de chacune, ainsi que la façon dont elles sont été accompagnées, il est néanmoins possible de considérer la décision de placer son enfant non pas comme un échec de leur capacité à assumer leur parentalité, mais au contraire comme une manière de l'assumer en prenant les bonnes décisions pour le bien de leur enfant.

Joana : Alors que [mon enfant] a connu sa mère dans la conso, sa mère qui était pas là, sa mère qui l'a abandonné, il arrive à le dire. Il veut pas qu'on parle de ça, mais au moins il l'a dit. Et pis ben voilà, je me suis sortie de la dépendance, puis j'ai quand même dû confier [mon enfant] à cause de l'école, parce qu'il y avait des lacunes et pour moi, c'est quand même pas facile, parce que je me suis droguée, j'ai dû confier [mes deux enfants]. Pour moi c'est un échec, mais aujourd'hui je me dis, c'est pour leur bien.

Plus encore, bien que leur capacité à assumer leur rôle de mère ne leur soit pas toujours reconnue, la possibilité d'investir ce rôle maternel peut constituer pour elles une voie alternative à la toxicodépendance, ou en tout cas une redéfinition de leur rapport à elles-mêmes et au monde, voire même une raison de vivre. Elles considèrent toutes avoir beaucoup de chance d'être mères et se disent fières d'avoir pu s'occuper de leurs enfants, malgré les difficultés auxquelles elles ont fait face, ou font encore face.

Joana: [Mon enfant] est arrivé, c'est pas pour rien. Et après qu'il soit arrivé, il y a pleins de choses qui sont arrivées de bien, quoi. Déjà, j'ai plus de dépendances. [...] Je suis fière d'avoir gardé cet enfant malgré tous les problèmes que j'ai eu. On le voulait, mon fils il a des lettres qui lui dit qu'il était désiré. Un jour, je les lui montrerai. Il est pas prêt de les recevoir maintenant, mais un jour je les lui donnerai. Donc voilà, aujourd'hui j'allais pas m'interdire de garder cet enfant, alors que c'est le plus beau cadeau de la vie qui arrive à toute la famille. A moi, à lui, donc voilà. Je trouve qu'il faut arrêter qu'ils disent que parce qu'on est ci, on est ça, on n'a pas le droit de faire des enfants. Voilà. On est des mères comme toutes les autres, hein.

Iris: Pour moi c'était, c'était une chance inestimable [d'avoir mon enfant], parce qu' [avant, j'avais] fait une fausse couche et après pendant 15 ans je voulais ravoir un enfant et je tombais plus enceinte. [...] Je prends pas mon fils comme un soutien pour m'en sortir, pas du tout. Mais un appui, enfin, je veux pas dire un appui... une raison de vivre. C'est le plus beau cadeau que je pouvais avoir jusqu'à ce que je vois tous ces gens qui sont autour de moi, puis qu'apparemment, il y en a pas beaucoup qui sont là pour que je garde mon fils, mais plutôt pour essayer de trouver des points pour me l'enlever. C'est pas du tout facile, quoi.

Tatiana: [la maternité], ça te permet de redécouvrir le monde avec des yeux nouveaux. En tout cas moi c'est ce que [mon enfant] m'a apporté, aussi quand il était petit, avant que je tombe malade. [...] De redécouvrir pleins de choses que je ne voyais plus parce que du haut de quelques centimètres il voyait pleins de choses que je voyais plus.

Viviane: Si vous me retirez [mon enfant], je me suicide. J'ai plus de raisons de vivre.

Or, elles ont l'impression que le discours social et professionnel a tendance à considérer la toxicodépendance comme étant d'emblée incompatible avec l'exercice de la parentalité dans son ensemble : « *Je pense qu'ils voient le produit comme quelque chose qui nous rend inapte à tout : vous allez pas être capable de vous occuper de votre enfant* » (Iris). A la différence de cette représentation, leurs propos font ressortir plutôt une représentation de leur toxicodépendance comme une composante parmi d'autres de leur rapport au monde, à elles-mêmes et aux autres. Leur toxicodépendance à la fois révèle des fragilités et des souffrances, mais elle peut aussi aider à les surmonter et à mieux composer avec celles-ci. Dans le cas où la toxicodépendance fait l'objet d'une certaine gestion, plusieurs mères considèrent même la prise de drogues sous un angle qu'on pourrait presque qualifier de « médical », les aidant à mieux « fonctionner » au quotidien et, notamment, à assumer leur rôle de mère. Des éléments comme la qualité des drogues disponibles sur le marché, qui ne seraient plus aussi fortes qu'avant, ainsi que leur accoutumance au produit toxique, peuvent en outre atténuer les effets de celui-ci sur elles.

Iris: Ouais maintenant là l'héro elle vaut plus rien donc, euh, je veux dire, tu peux te faire un paquet, deux paquets... tu peux en aligner dix, ça change rien. Par contre, je sais pas, quelqu'un qui boit deux trois verres de rouge, il sera plus dans son état normal !

Pascale: L'héroïne c'est juste un anxiolytique léger !

Iris: Voilà exactement !

Viviane: Bon moi, je leur ai expliqué [aux professionnels], hein, l'effet que ça me faisait, que j'étais jamais aussi bien [que quand j'avais consommé].

Iris: Oui, moi aussi je leur ai expliqué, que j'ai pas la tête comme ça en bas.

Viviane: Que j'allais me balader avec [mon enfant], je faisais pleins de choses, je faisais le ménage. J'avais une pêche d'enfer.

Joana: Ouais moi aussi !

Viviane: Je leur ai toujours expliqué, j'ai dit, mais arrêtez de croire qu'on voit des éléphants roses !!

Par ailleurs, elles estiment que plusieurs professionnels ont une méconnaissance des drogues et de leurs effets, ce qui les conduit à les diaboliser et à avoir une représentation simplifiée et unifiée de la réalité de la toxicodépendance. Elles soulignent au contraire la diversité des rapports à la drogue qui existent (consommation occasionnelle, gérée, anarchique, désorganisée, etc.), ainsi que la diversité des produits et des modes de consommation, qui peuvent avoir une influence différente sur la capacité à assumer sa parentalité. Enfin, elles nuancent la dangerosité de la drogue en la comparant à d'autres psychotropes, comme l'alcool ou les médicaments, qui peuvent s'avérer également plus ou moins dangereux selon le dosage, la fréquence et la modalité de consommation.

Iris: Ben moi je dirais aussi qu'il faut qu'ils [les professionnels] admettent que l'héroïne, c'est pas pire que l'alcool, par exemple. Je leur ai dit déjà plusieurs fois que l'héroïne d'aujourd'hui, c'est pas celle qui avait y a 20 ans en arrière. Toutes ces années, je me suis jamais retrouvée le nez sur la table

Pascale: Non, et puis on parle pas de consommer toute la journée ! C'est occasionnel

Iris: Voilà les consommations occasionnelles, c'est pas pire que de boire un verre... Comme je disais au début, c'est pas pire de boire un verre une fois par mois. De consommer un truc une fois par mois, voilà, pour moi c'est exactement pareil. Enfin, moi je me sens pas une mauvaise mère du tout. Mon fils, il rigole tout le temps il va bien, il mange bien

Pascale: Il se tient assis [ires]

Iris: Il se tient assis, debout, à quatre pattes. Il fait pipi, caca. Tout va bien !

Joana : La mère, si elle veut se péter, au lieu de se faire une ligne qui fait rien, elle va aller acheter des Dormicum [sommifère], parce que ça se verra pas à la PU [prise d'urines].

Elles soulignent aussi le paradoxe de voir que la plupart des professionnels considèrent la dépendance à la méthadone exempte de danger, alors que leur expérience leur a montré à nouveau que ce n'est pas le produit qui est dangereux ou non en soi, mais plutôt le rapport entretenu avec ce produit. Dans ce sens, on peut penser que c'est moins la méthadone en soi qui est exempte de danger que le fait qu'elle est consommée dans le cadre d'un traitement de substitution qui fait l'objet d'un contrôle médical important.

Joana: En cure méta on te laisse tes enfants, mais ça, tout est normal. On peut pas consommer, mais la méthadone peut être pire, parce que si tu consommes plus de méta je peux te dire tu te mets dans de sacrés états. Donc ils me font bien marrer. [...]

Tatiana: Moi je trouve grave que le danger de la méthadone soit si peu pris en compte.

Iris: Exactement

Tatiana: Et que...que ce soit à mon avis simplement les industries pharmaco qui sont derrière alors qu'ils pourraient...qu'il existe d'autres produits qui pourraient vraiment aider, soit à substituer pour ceux qui veulent continuer ou aider à arrêter. Mais la méthadone, c'est de la merde et ça peut effectivement mettre dans des états où l'enfant peut être mis en danger parce que...

*Viviane: Va pas leur dire ça malheur !
[ires]*

Tatiana: C'est quand même grave que...qu'un produit aussi dangereux que la méthadone soit considéré comme la panacée pour prendre soin...

Joana: Alors que l'héroïne est diabolisée.

Elles estiment que les contraintes auxquelles elles sont soumises dans le cadre de l'accompagnement de leur toxicodépendance peuvent parfois constituer davantage d'entraves à l'exercice de leur parentalité que leur toxicodépendance en tant que telle, d'autant plus que ces contraintes ne leur semblent pas toujours justifiées. Par exemple, celles d'entre elles qui sont soupçonnées de poursuivre une consommation parallèle à un

traitement de substitution sont contraintes de se rendre régulièrement dans un centre d'accompagnement des personnes toxicodépendantes pour s'y soumettre à des prises d'urines (PU). Selon la distance entre ce lieu et leur lieu de vie, les moyens de transport qu'elles ont à disposition et la fréquence à laquelle elles doivent s'y rendre, ces visites peuvent demander une organisation complexe pour pouvoir parallèlement assumer la prise en charge de leurs enfants (les conduire à l'école et à leurs activités, être présentes aux heures des repas, etc.).

Iris: [Ce qui me permettrait d'être mère de façon plus satisfaisante], ce serait de plus avoir à devoir aller faire les PU qui servent absolument à rien du tout parce que mon fils, même si j'ai eu des consommations pendant cette année, mon fils a absolument rien eu. Il a pas eu d'accident, il a jamais été malade.

En annexe 4 se trouve un exemple d'agenda d'une mère du Café des Mamans (que nous remercions). Il illustre les multiples engagements et contraintes avec lesquels ces mères doivent composer.

Au niveau de l'expérience de la parentalité, elles estiment que l'incompréhension des professionnels, voire la stigmatisation dont elles font l'objet nuisent davantage à leur appropriation de leur rôle de mère que la toxicodépendance en soit.

Tatiana: Ouais pi ils devraient aussi se rendre compte du mal qu'ils font bon non seulement aux mères, mais aussi aux enfants, de stigmatiser comme ça une mère ! Je veux dire, les enfants, ils le ressentent tout de suite.

Ainsi, on peut dire qu'elles jugent avoir, en tant que femmes, les compétences pour exercer leur parentalité de façon adéquate, mais l'exercice de leur parentalité, à la fois au niveau de la pratique et de l'expérience, est rendu plus difficile pour elles, par le fait qu'elles doivent composer avec des trajectoires qui les ont fragilisées notamment sur les plans identitaire, affectif, social, économique et de la santé. Or, ces fragilités sont exacerbées par la stigmatisation sociale dont elles font l'objet, en particulier de la part de plusieurs professionnels. Cette stigmatisation les enferme dans une identité de personne toxicodépendante et rend difficile l'appropriation d'une identité de mère, d'une part et d'autre part, les retient de recourir à l'aide et aux différentes formes de soutien dont elles auraient besoin pour surmonter leurs fragilités.

Viviane : C'est un combat pour que ta casquette de maman soit reconnue. Parce que t'es reconnue comme toxico à la base. C'est pour ça que c'est difficile de dire, moi en tant que maman, voilà ce que je suis, ce que je veux.

Tatiana : Même quand tu consommes plus, du moment que t'as été tox, t'es tox.

La section suivante met en évidence les défis auxquels ces mères font face dans l'exercice de leur parentalité.

3.3. LES DÉFIS DE LA PST

Une grande part des préoccupations exprimées par les mères rencontrées sont liées à l'éducation des enfants, aux conditions nécessaires au bon développement de leurs enfants, au souci de leur offrir une bonne éducation, d'assurer leur santé et leur sécurité. En d'autres termes, il semble important de souligner que l'analyse de leurs propos fait apparaître en premier lieu les doutes et les fiertés qui accompagnent l'exercice de la parentalité chez tous les parents. Il est néanmoins possible de mettre en évidence des défis qui sont plus spécifiquement liés à leurs trajectoires associées à la toxicodépendance.

Sans prétendre à l'exhaustivité, l'analyse des propos des répondantes permet de dégager trois défis prépondérants : fonder une famille sur la base d'un héritage familial précaire, assumer sa parentalité avec peu ou pas de soutien familial et éviter la répétition intergénérationnelle.

3.3.1. FONDER UNE FAMILLE SUR LA BASE D'UN HÉRITAGE FAMILIAL PRÉCAIRE

Leur maternité peut ouvrir la porte à une sortie de la toxicodépendance, comme on a pu le voir. C'est d'ailleurs aussi l'un des constats de Prats et Baechler (2011). Mais elle peut aussi faire resurgir ou exacerber des souffrances qui peuvent raviver le besoin d'avoir recours à des psychotropes. Le fait de fonder une famille peut notamment raviver des souffrances liées à leur vécu infantile et leurs relations avec leurs propres parents :

Viviane: Tu penses pas que toutes les mamans autant qu'on est, on évolue en rapport à ce qu'on a été dans l'enfance ?

Tatiana: Ben ouais, mais je pense qu'on a toutes été un peu cassées dans notre enfance pour être là où on en est, par quoi on est passées...

Parfois, le désir d'enfant renvoie au désir de la famille idéale qu'elles n'ont-elles-mêmes pas eue. Or, lorsque l'enfant est là, l'écart entre cet idéal et la réalité n'est pas toujours facile à accepter.

Joana: Ben moi en fait, j'ai voulu être très tôt mère. C'était un désir depuis l'âge de 14-15 ans. J'ai toujours dis, j'aurais des enfants. Pis mon premier fils, je pense que je l'ai eu parce que j'étais amoureuse de la famille en fait. Parce que j'ai déjà un parcours lourd à l'adolescence, pis je voulais absolument une famille, parce que j'ai pas eu de père et j'ai dit : « Je ferais en tout cas jamais comme eux ». Ben j'ai idéalisé la situation avec le père de mon premier fils, quoi. Et malheureusement, le fait que la dépendance est revenue, j'ai dû me séparer de cet enfant.

Elles disent avoir hérité de formes de relations parentales desquelles elles essaient de se distancer parce qu'elles les ont fait souffrir, mais qu'elles ne peuvent s'empêcher de reproduire, parfois, dans leurs relations avec leurs enfants.

Viviane : Je pense que [mon enfant], je l'ai un peu trop frustré quand il était enfant. Je lui demandais pas trop son avis sur les choses, sur ce qui lui plaisait, ce qui lui plairait. Tout ça, ça me venait pas à l'esprit. Parce que moi on me l'a jamais fait ça. On m'a jamais demandé mon avis non plus.

Une mère estime que le fait d'avoir eu des fils atténue le risque qu'elle reproduise avec ses enfants la relation complexe qu'elle entretient avec sa propre mère : « Ça fait 40 ans qu'on se tape dessus [avec ma mère], mais qu'on s'aime. C'est la merde quoi. Donc avoir une fille ça aurait été juste l'horreur quoi » (Joana).

3.3.2. ASSUMER SA PARENTALITÉ AVEC PEU OU PAS DE SOUTIEN FAMILIAL

Ainsi, souvent, leurs relations avec leur propre famille complexifient à la fois l'exercice et l'expérience de la parentalité. A cela s'ajoute des relations de couple souvent précaires, conflictuelles ou marquées par des ruptures. Une seule mère raconte avoir pu compter sur le soutien de son conjoint lors de la naissance de son premier enfant. Au moment de l'entretien, elle élevait toutefois seule ses deux enfants, nés de pères différents. Dans la plupart des cas, la mère se retrouve seule à élever ses enfants, ne pouvant pas compter sur le soutien du père. Dans d'autres cas, le père est présent, mais la dynamique de couple contribue davantage à fragiliser la mère qu'à la soutenir. Par exemple, une mère raconte sa peur de confier son enfant au père, dont elle est séparée, en raison de ses problèmes d'alcoolisme. Une autre mère raconte la pression qu'elle vit avec un mari qui s'avère violent et qui la menace d'emmener leur enfant dans son pays d'origine. Elles se sentent d'autant plus prisonnières de ses situations que souvent, elles n'osent pas dénoncer les problèmes de leur conjoint ou de leur couple, de peur d'aggraver leur situation aux yeux des professionnels. Une mère explique qu'elle préfère laisser croire les professionnels que son mari, qui était son dealer, ne consomme pas, plutôt que de risquer de se voir retirer la garde de son enfant.

Sur le plan de la pratique de la parentalité, certaines d'entre elles peuvent compter sur le soutien de leurs parents pour la garde et l'éducation de leurs enfants : « En ce moment, le seul repos que j'ai, c'est que j'ai mes parents » (Iris). Toutefois, en raison de la nature souvent paradoxale et complexe de leurs relations parentales, le fait d'avoir recours à leur aide ou leurs conseils à la fois les soulage, mais en même temps peut raviver des conflits et des blessures qui fragilisent leur propre parentalité.

Viviane : C'est difficile, parce que moi aussi je suis seule avec [mon enfant]. Il y a sa grand-mère, mais alors sa grand-mère... Elle te dit des trucs, de pas faire comme ça, alors qu'elle a fait ça. Tu vois ? Elle te fait culpabiliser en plus ! Ma mère, elle est comme ça. Mais bon...

La recherche de Prats et Baechler auprès de femmes marginalisées mandatée par Lausanne Région rejoint ce constat, constant que « pour [certaines femmes], les rapports avec la famille sont présents, mais marqués par des relations conflictuelles difficiles, voire extrêmement disqualifiantes » (Prats et Beachler, 2011 : 30).

Pour d'autres, la responsabilité parentale est rendue plus lourde en raison de leur isolement et de l'absence de tout soutien familial. Non seulement, elles doivent assumer seules la prise en charge pratique de leurs enfants, mais sur le plan symbolique et affectif, elles ont l'impression de représenter l'unique référence affective et identitaire pour leur enfant.

Tatiana : C'est dur, c'est très dur parce que d'un côté, il y a pas de famille. Enfin, de mon côté, il y a pas de famille, donc il y a pas de racines. Donc il se raccroche beaucoup à moi, parce qu'il y a quand même une recherche d'identité. Et puis, il a peu de modèle pour se construire et de justement ne pas le rendre complètement dépendant de...plutôt réussir à grandir...de plus en plus indépendant de moi. C'est...actuellement je suis vraiment confrontée à ce problème. D'autant plus qu'avec le père, c'est vraiment pas facile.

Dans ce contexte, elles ont l'impression d'avoir peu de moments de répit et peu de possibilités de s'occuper d'elles-mêmes (faire du sport, par exemple).

3.3.3. EVITER LA RÉPÉTITION INTERGÉNÉRATIONNELLE

Les mères rencontrées sont en outre très travaillées par le souci de ne pas faire porter à leurs enfants leurs propres difficultés et elles font tout pour leur éviter les souffrances qui ont marqué leurs propres trajectoires. Mais en même temps, elles sont conscientes que leurs propres fragilités ne sont pas sans effets sur leurs enfants. Qu'elles aient choisi de parler de leur toxicodépendance à leurs enfants ou non, elles sentent que les difficultés qu'elles vivent ont des répercussions inévitables sur le développement de leurs enfants. Elles sont notamment plusieurs à constater que leurs enfants sont aux prises avec une importante peur de l'abandon.

Viviane: [Ma fille], elle m'a fait ça... elle le fait encore, elle se lève la nuit. Ça a mis quelques années avant qu'on mette les mots dessus, hein. Elle avait peur que je meurs. Alors elle se réveillait toutes les nuits, après quand son père est parti, elle se levait pour voir si j'étais toujours là. Si j'étais pas morte, quoi. C'est une sacré angoisse pour une petite fille.

Tatiana: [Mon fils], il a la même angoisse avec moi.

Elles sentent paradoxalement qu'elles sont les seules (ou presque) capables et responsables de palier aux angoisses et aux souffrances de leurs enfants, mais qu'en même temps, leurs propres difficultés peuvent contribuer à générer ou exacerber ces souffrances.

Tatiana: [Mon fils], il a besoin d'être rassuré. Il a un manque... Enfin, il est cassé. Il a besoin de confiance en lui, mais ça s'achète pas au supermarché et puis de réussir à l'aider à la construire... Ben, qui a des recettes ? Je suis preneuse. Là, il a un grand manque de confiance en lui. Il a un grand manque de... qui se ressent par des actes de violence. [...] Son père a déconné à fond et je suis la seule personne sur qui il peut compter. Alors d'un autre côté, il sent ma fragilité physique, mais pour moi, c'est une barre qui est très haut de devoir toujours être à la hauteur finalement de ses attentes. Pour pas le faire angoïsser.

Le défi pour elles est à la fois d'aider leurs enfants à trouver les moyens de composer avec un contexte qui les a fragilisés, sans pour autant les rendre captifs de leurs propres peurs.

Joana : Ce qui est bizarre, c'est que quand j'étais dans la consommation j'avais moins peur. Maintenant que j'ai arrêté de consommer, avec mon deuxième fils, j'ai des craintes pour tout. Je veux dire, il a 14 ans, je le prends pour un enfant de 8 ans. Je veux dire, il veut aller à la patinoire tout seul, je le laisse

pas. Il veut aller [en ville] tout seul, je le laisse pas. Je suis une mère, mais juste très poule ! Bon, je fais des efforts, parce que c'est presque de la castration d'être comme ça avec ses garçons !

Dans ce contexte, le fait de parler de leurs difficultés avec leurs enfants peut à la fois être libérateur, mais cela peut aussi créer des souffrances chez eux.

Viviane : Je lui en ai parlé et le fait d'en parler, c'est vrai que les angoisses, elles disparaissent un peu chez les enfants.

Joana : mes enfants, ils sont au courant de mon passé, du passé de leur père. Puis c'est très difficile, quoi. Ils m'en parlent pas, mais je sais qu'ils en parlent à d'autres.

CONCLUSION

Les mères rencontrées tentent, du mieux qu'elles peuvent, de composer avec les défis qui se posent lorsqu'on est à la fois mère et (ex-) toxicodépendante. Dans ces efforts, elles ont été soutenues par des relations avec des professionnels concernés par l'accompagnement de leur parentalité, qui ont favorisé à leurs yeux le développement de leur parentalité. Toutefois, leurs relations avec les professionnels sont davantage marquées par le sentiment d'une importante difficulté à être reconnues en tant que mères et l'impression que leur identité est réduite à leur toxicodépendance.

3.4. LES RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS: ÊTRE RECONNUE COMME MÈRE MALGRÉ LA TOXICODÉPENDANCE

Les professionnels identifiés comme étant significatifs dans les trajectoires des mères rencontrées (en lien avec leur parentalité) sont les médecins (généralistes, pédiatres, gynécologues), les psychiatres et psychologues, notamment ceux qui sont spécialisés dans le suivi en toxicodépendance, les travailleurs sociaux hors-murs, les professionnels en périnatalité, notamment les sages-femmes, les infirmières de la petite enfance, les professionnels de la protection de l'enfance, en particulier les assistant-e-s sociaux du service de protection de la jeunesse (SPJ), les professionnels du milieu juridique (Juges de paix, avocats, service des curatelles), les services destinés à la famille et à la petite enfance (AEMO, garderies, etc.) et l'école (enseignants, infirmières scolaires, etc.).

Dans leurs relations avec ces professionnels, elles se sont senties plus ou moins reconnues en tant que mères. En s'inspirant d'Honneth (2000), on peut dire que la reconnaissance, c'est sentir que la représentation qu'on se fait de son identité (ici, l'identité de mère) est confirmée ou non par autrui. Elles mentionnent des relations avec des professionnels qui ont facilité l'exercice de leur parentalité sur les plans pratiques et symbolique, mais surtout, plusieurs relations qui ont davantage contribué à fragiliser leur parentalité plutôt qu'à la soutenir.

3.4.1. DES RELATIONS QUI RENFORCENT LA PARENTALITÉ

Parmi les professionnels mentionnés par les mères rencontrées, ceux de la part desquels elles ont perçu une reconnaissance positive sont ceux qui les ont reconnues comme mères plutôt que de les réduire à la seule identité de toxicodépendantes, sans pour autant nier les difficultés et les fragilités liées à leur toxicodépendance. Elles sont plusieurs à mentionner à ce titre un médecin généraliste qui a suivi plusieurs mères en situation de toxicodépendance.

Pascale: Moi, le truc positif, c'était déjà pendant la grossesse, c'était avec le médecin responsable de [nom de l'hôpital]. Il a été très déculpabilisant dans sa façon de parler d'une femme enceinte et toxicomane et par rapport à la culpabilité qu'on peut avoir dès que l'enfant va devoir subir un sevrage ou comme ça.

Joana: Le docteur [X], c'est un des meilleurs médecins qui s'occupe des mères toxicomanes. Non seulement un qui les aime, puis en plus, comme elle dit, qui nous déculpabilise quoi. Il nous prend comme des mères et pas comme des mamans toxicomanes.

Les relations dans lesquelles elles se sont senties en confiance sont celles où elles ont senti qu'elles pouvaient parler de leur consommation sans que leurs compétences de mères ne soient d'emblée remises en question.

Pascale : Quand ce soutien est sous la contrainte, c'est une contrainte. On te demande d'être franc, mais il y a une menace qui pend sur ta tête si tu as une PU positive. Tandis que moi, j'avais consommé une fois pendant ma grossesse et puis j'ai dit : « J'ai consommé une fois ». Puis ils m'ont crue, puis voilà. [...]

Tatiana : C'est pas [qu'ils disaient que la PU], c'est pas un problème. C'est qu'ils trouvaient bien qu'on le dise.

Tatiana : Alors par contre, les sages-femmes, elles sont adorables. Franchement, j'ai jamais vu de sage-femme méchante.

Iris : Moi aussi j'étais suivie par une sage-femme au CHUV pendant toute ma grossesse, puis c'est vrai que j'ai été honnête avec elle et je lui ai dit que je consommais. J'ai consommé à la place de la méthadone.

Celles qui se sont senties le plus soutenues sont celles qui ont eu des relations avec des professionnels pour qui l'important n'était pas tant qu'elles arrêtent de consommer complètement, mais plutôt qu'elles puissent signaler si elles avaient des consommations occasionnelles et demander de l'aide si elles sentaient qu'elles en avaient besoin : « Pour [mon assistante sociale], [l'important] c'était clairement le fait de savoir dire quand je suis en difficultés et que j'arrive pas. Moi c'est ce qu'elle m'a dit : 'Tant que vous êtes entourée, que vous avez des personnes ressources et que vous êtes capable de demander de l'aide si ça ne va pas, c'est bon » (Pascale).

Dans ces relations, elles se sont senties aidées, plutôt que contrôlées. Plutôt que de mettre en doute leurs compétences parentales, elles ont senti que ces professionnels les soutenaient dans les démarches qu'elles mettaient elles-mêmes en place pour assurer le bien-être de leur enfant.

Tatiana: Moi par rapport au SPJ, j'ai vraiment été très très étonnée. [...] J'étais vraiment sur mes gardes et je suis tombée sur une personne complètement aidante qui ne m'a jamais... je me suis jamais sentie observée, policée... Elle a tout pris en charge que ce soit les camps, les vacances, les sports... donc les activités parascolaires de [mon enfant]. Elle est venue à tous les réseaux. A un moment donné, le père de [mon enfant] qui a des graves problèmes d'alcoolisme a complètement dérapé [...] et elle aurait très bien pu arriver à la maison et nous prendre [notre enfant] et le placer. Elle a attendu qu'on ait rendez-vous pour me dire ce qu'il se passait et quand j'ai vraiment réalisé ce qu'il se passait, j'ai pu lui dire que je sentais que mon fils était en danger et que ça dépassait mes capacités, que je pouvais plus assurer sa sécurité et elle a vraiment cherché un foyer où il puisse rester à l'école où il est. Je pouvais aller tous les jours au foyer.

Pascale: Ben moi le SPJ, ils m'ont fait une lettre pour la garderie en disant qu'ils soutenaient justement qu'ils suivaient ma fille et puis qu'ils soutenaient le fait qu'elle doit être sociabilisée et qu'elle aille au moins deux après-midi par semaine dans la garderie.

Par ailleurs, elles sont plusieurs à souligner l'utilité d'une préparation à la parentalité qui commence déjà lors de la grossesse, de manière à préparer l'arrivée du bébé, mais aussi à anticiper son sevrage et sa prise en charge professionnelle. En effet, la naissance d'un enfant considéré comme « à risque » implique l'intervention d'un nombre important de professionnels, essentiellement centrés sur l'enfant, qui peut donner à la mère le sentiment d'être, d'une part, abandonnée et d'autre part, désappropriée de son enfant et de sa parentalité à peine amorcée.

Joana: Moi ce qui était positif, c'était que le réseau s'est mis en place quand j'étais enceinte. Parce qu'il y a des mères, elles accouchent, il y a tout le monde. Parce qu'il faut bien se dire que moi, quand je me suis trouvée à l'hôpital, je me suis trouvée en face de 8 personnes hein ! En face de moi ! Comme un jugement dernier ! La puéricultrice, le médecin, et la curatrice et tout le bordel. Donc un moment donné je pense qu'il faut bien qu'ils se rendent compte qu'on est toute seule, donc je trouve qu'on pourrait être avec quelqu'un pour gérer ce réseau-là. Mais le fait qu'il soit pendant que je sois enceinte j'ai pu bien préparer tout ça, parce qu'il y a des mères c'est dans l'urgence et c'est juste impossible. [...] Il y a une personne qui s'occupe de toi, mais ton bébé alors, ils sont tous là hein !

3.4.2. DES RELATIONS QUI FRAGILISENT LA PARENTALITÉ

Toutefois, elles mentionnent aussi de nombreuses expériences de relations avec des professionnels, dans lesquelles elles ont senti qu'elles étaient enfermées (reconnues négativement) dans une identité de personne toxicodépendante, perçue comme incompatible avec la position de mère. C'est comme si, du fait de leurs problèmes de toxicodépendance, elles étaient d'emblée invalidées dans leur capacité à assumer leur parentalité, qui est alors déléguée à des professionnels. Cette intrusion de professionnels, souvent inconnus, dans une sphère aussi intime que la famille est vécue comme une violence. Plutôt que de contribuer à renforcer leur parentalité, c'est comme si on les en déposait, les privant d'emblée de tout moyen de s'affirmer comme mères.

Tatiana: Ça me bluffe ce postulat comme quoi, parce que tu es une mère qui a eu ou a encore une tendance vers des problèmes de toxicomanie, ben tu n'as pas les compétences pour pouvoir t'occuper correctement de ton enfant. Et qu'on te met des gens absolument qui n'ont rien à voir avec toi et ta famille et qui n'ont même pas d'empathie par rapport à ton enfant. Je trouve que c'est d'une violence et d'une... Je trouve que c'est te déposer de ton rôle de mère.

Iris: C'est un peu difficile de dire quelque chose [sur ma parentalité], parce que on me laisse pas trop l'occasion d'être mère en ce moment. Je suis en train de louper pratiquement tout ce que mon fils fait... Enfin, je l'ai vu commencer à marcher à quatre pattes, aller debout et tout ça. Mais c'est tous des moments qu'on me vole un peu. J'ai l'impression qu'on me laisse pas vivre pleinement ces moments, parce qu'il faut toujours leur prouver que, leur prouver qu'il va bien.

Cette intrusion dans leur vie privée, parfois dans le quotidien et l'intimité de leur lieu de vie, pour ce qui est des professionnels qui font des visites à domicile, comme les infirmières de la petite enfance par exemple, contribue à leur donner l'impression d'être contrôlées dans l'exercice et la pratique de leur parentalité.

TSHM: Est-ce que tu es la mère que tu souhaites pour ton [enfant]?

Iris: Je dirais à 90% oui, même à 80%. Parce qu'il y a quand même 20% qui me prennent de temps avec ben je préférerais aller moi avec mon [enfant] au SPJ une fois par mois, plutôt que cette infirmière, que je sais pas ce qu'elle vient foutre chez moi, vienne et puis elle en a rien à foutre de [mon enfant], elle a rien à foutre de ma gueule, elle vient juste pour dire à celle [l'assistante sociale] du SPJ : «J'y suis allée, le petit est pas mort ». Je sais pas... je sais tellement pas ce qu'elle vient faire là, que je me dis, c'est ça quoi... elle vient juste contrôler !

Cette impression d'être déposées de leur rôle de mère est encore plus importante lorsque l'enfant est placé, même si c'est pour une courte période et à la demande de la mère.

Tatiana: Je ne m'étais jamais rendue compte de ce que ça voulait dire de... qu'on place son enfant. Là, [quand j'ai dû] le placer trois mois, j'ai eu un bref aperçu. Et encore, c'était à ma demande. Mais j'ai eu l'impression d'avoir la moitié de mon cœur arraché... petit à petit d'être déposée de mon rôle de mère. Alors que j'avais le droit d'y aller tous les jours et tout et tout. Mais c'est d'une brutalité, d'une violence...

Alors qu'elles s'identifient à la position de mère, elles ont l'impression de devoir faire leurs preuves pour que les professionnels leur reconnaissent cette identité, malgré leur toxicodépendance.

Iris: Quand on est comme ça toxicodépendant, on doit prouver tout le temps. Tout le temps, on doit prouver...

Viviane: ...qu'on est capables...

Iris: ...qu'on est capables d'assumer nos enfants comme n'importe quel autre parent. Et ça, c'est pas une fois qu'on doit le prouver, c'est tout le temps, tout le temps !

Tatiana: Et même plus je trouve.

Viviane: Et c'est pas évident assumer.

Cette pression s'exprime notamment de façon particulièrement importante lorsque les enfants commencent l'école, comme si la scolarisation justifiait encore plus que des professionnels interviennent dans l'éducation et la

prise en charge de l'enfant. Elles relatent plusieurs expériences où elles ont l'impression de faire l'objet d'une discrimination, leur enfant ou leur propre éducation étant plus facilement remis en cause lorsque leur (ex-) toxicodépendance est connue ou soupçonnée.

Tatiana : surtout l'école infantine, ça a été le pire, où j'ai vraiment senti cette pression et ce regard très intrusif, très... Il y avait minimum deux fois par mois, soit un petit mot, si ce n'était pas une petite lettre. Des rendez-vous tout le temps. Il y avait toujours quelque chose qui n'allait pas et toujours « [Votre enfant] est fatigué, [votre enfant] est trop turbulent, [votre enfant] devrait être mis sous Ritaline... »

Joana : Il y a toujours quelque chose quand tu leur dit [que tu es toxicodépendante]. Après ils te convoquent pour ci, ton gamin il fait un pet de travers, c'est ça. Non mais faut arrêter quoi ! Tu vois, c'est pas parce que t'es avec une mère tox que, franchement, t'es un gamin qui a des problèmes. Même l'enfant il en a marre !

Par ailleurs, plusieurs d'entre elles vivent des difficultés au sein du couple, mais elles n'osent pas en parler, de peur que ces difficultés justifient qu'on leur retire la garde de leurs enfants.

Ainsi, paradoxalement, plutôt que de les aider à surmonter leurs fragilités et faciliter l'appropriation de leur parentalité, plusieurs relations avec les professionnels sont plutôt vécues comme contribuant à les fragiliser et à les épuiser.

Viviane : C'est dur de cacher les choses tout le temps tu sais. Moi j'aimais pas. J'aimais pas, mais comme t'es obligé de faire tes preuves, tu peux pas leur montrer tes faiblesses. Parce que faiblesse ça veut dire, ben t'es pas capable tu vois ? Comme si une maman hors toxicomanie n'a pas de faiblesse. Oh mais c'est épuisant, t'imagines pas !

Elles se sentent prises dans une injonction paradoxale où elles doivent à la fois prouver qu'elles ont besoin d'aide, sans toutefois révéler trop de faiblesses, pour ne pas se voir retirer la garde de leurs enfants.

Joana : Ce qui est dramatique, c'est que tu demandes de l'aide alors...tu dois presque te mettre en situation « Je suis pas capable » pour qu'on t'aide, mais t'oses pas le dire, parce que la peur c'est que tu tombes sur un con qui va dire : « Ben vous êtes pas capable, alors on fout votre fils en foyer ».

Au niveau de la pratique de la parentalité, elles se heurtent aussi à une non-reconnaissance de leurs besoins en lien avec leur parentalité. Elles ont l'impression que plutôt que de reconnaître les besoins qu'elles expriment, certains professionnels ont tendance à définir à leur place les besoins qui sont prioritaires pour elles. Par exemple, une mère rend compte de sa difficulté à faire accepter à son assistante sociale qu'elle aurait besoin d'une place en garderie pour son enfant, ce qui permettrait, d'une part de favoriser la socialisation de l'enfant et d'autre part, d'accorder un répit à la mère. Or, du fait qu'elle n'a pas d'emploi et a la possibilité de rester à la maison, ce besoin ne semble pas être considéré comme prioritaire pour elle. Elles se sentent donc discriminées, puisqu'elles n'ont pas l'impression d'être traitées de la même manière que les autres mères, bien que leurs besoins puissent être similaires, en raison des préjugés que peuvent avoir certains professionnels liés à leur toxicodépendance.

A cette discrimination liée à leur toxicodépendance, elles ont l'impression que s'ajoute une discrimination liée au genre. Elles relatent plusieurs expériences où elles ont eu l'impression que les professionnels étaient moins exigeants face à des hommes dans la même situation.

Tatiana : Le père de mon fils devait venir le chercher à l'école. Il était beaucoup trop alcoolisé, mais là, personne n'a réagi, personne n'a rien dit. Là, l'école n'a rien fait pour intervenir !

Joana : Parce qu'ils ont peur des hommes tous ces services, je te dis. Quand t'es une femme toute seule ils se disent c'est pas pareil.

Viviane : Oui, parce qu'un jour, le SPJ devait venir chez moi et ils m'ont téléphoné ils m'ont dit : « Est-ce que vous pouvez passer au bureau ? » Ils osaient pas venir à cause de [mon conjoint].

Iris : Mon mari, ils osaient pas lui demander une fois de faire un test d'urine. Bon, moi j'ai dit, non, il consomme pas. Ils ont pas demandé à faire un test d'urine ou même pas été regarder dans son casier judiciaire. Parce qu'il a été arrêté avec de l'héroïne. Mais ils ont fait aucun contrôle.

CONCLUSION

Malgré des trajectoires marquées par des difficultés et des fragilités, les mères rencontrées font preuve d'une importante réflexivité sur les enjeux qui caractérisent leur parentalité. Les données récoltées révèlent une grande lucidité sur leurs fragilités et les risques associés aux risques de répétition intergénérationnelle et à la précarité qui caractérise souvent (mais pas toujours) leurs ressources, que ce soit sur le plan économique, relationnel ou encore de la santé. Elles jugent néanmoins disposer des compétences et des ressources symboliques nécessaires pour assumer et nourrir une relation de parentalité, tout en ayant besoin d'être accompagnées et soutenues dans ce processus. Toutefois, elles ont l'impression d'être stigmatisées par plusieurs professionnels, leur identité de personne toxicodépendante étant davantage reconnue que celle de parent. Alors qu'elles considèrent la parentalité à la fois sous l'angle de l'exercice, de l'expérience et de la pratique, elles se heurtent souvent à des attentes de professionnels essentiellement axées sur les comportements objectivement observables. Les preuves qui leurs sont demandées pour être reconnues comme « de bonnes mères » sont souvent très contraignantes et ne leur semblent pas toujours rendre compte de l'ensemble de leur expérience de parentalité. Elles mentionnent des relations avec les professionnels qui ont été soutenantes dans leurs trajectoires. Toutefois, dans la majorité des cas, leurs relations avec les professionnels sont marquées par le sentiment de devoir se battre pour pouvoir être reconnues dans leur rôle de mère, ce qui, paradoxalement, contribue davantage à les fragiliser qu'à les soutenir dans leurs efforts de parentalité.

Tatiana : Pour moi ça été...c'est une lutte permanente pour obtenir le minimum pour mon fils. Mais tu dois le prouver, le nombre de lettres que j'ai écrites, le nombre de revendications, et aussi de dire non.

Nous allons voir maintenant ce qu'en disent les professionnels eux-mêmes.

4. LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS QUI LES ACCOMPAGNENT

L'analyse des entretiens avec les professionnels a permis de mettre en évidence que si un certain consensus semble se dégager sur la manière d'accompagner la PST, cette apparente entente cache des représentations nuancées, voire contradictoires de ce qu'est la PST et, par conséquent, de la manière de l'accompagner. En effet, le recours à des expressions comme « *ça me parle ce que vous dites* » ou « *je rejoins ce qui a été dit* » laisse penser qu'ils sont tous sur la même longueur d'ondes. De même, lorsqu'ils décrivent leurs pratiques, des expressions similaires reviennent chez une majorité d'entre eux, comme « *remettre l'enfant au centre* » ou « *permettre aux parents d'être parents* ». Or, en analysant de plus près la manière dont les acteurs expliquent ce qu'ils font réellement, on peut faire l'hypothèse que cette homogénéité du discours relève d'un jargon professionnel partagé, mais qui est investi de sens différents selon les différents acteurs.

Les professionnels ont tendance à identifier eux-mêmes deux positionnements, liés à leur public-cible (le parent ou l'enfant) et qu'ils ont tendance à opposer, comme l'exprime une pédopsychiatre :

Une pédopsychiatre : C'est des réseaux toujours vraiment compliqués, parce qu'il y a les intervenants qui sont là pour l'enfant et il y a les intervenants qui accompagnent les parents. Et forcément comme soignant, on s'identifie à celui qu'on soutient. On est plutôt du côté de la mère ou plutôt du côté de l'enfant. Et c'est difficile souvent d'avoir une vision commune. Il y a des conflits des fois à ce niveau-là, parce qu'on tire pas souvent à la même corde. Ça c'est vrai que ça prend une énergie considérable et les patientes se retrouvent un peu là au milieu, soumises à ces mouvements de réseaux.

L'analyse identifie effectivement des positionnements qui semblent davantage partagés par des professionnels de la protection de l'enfance et d'autres de l'accompagnement du parent, mais ce n'est pas toujours le cas et il semble réducteur de réduire leurs représentations à leur rattachement institutionnel. C'est dans ce sens que semble aussi aller une infirmière scolaire.

Une infirmière scolaire : On se rend bien compte dans le groupe de soutien où il y a des professionnels et des enseignants qu'on n'a pas du tout la même conception [du danger], que ce soit la psychologue, que ce soit le médecin scolaire ou, je veux dire... Les gens formés ne sont pas du tout comme les enseignants qui ont une toute autre option

Chercheuse : Donc vous pensez que la représentation du danger dépend de la formation des professionnels ?

Infirmière scolaire : Non mais ils ont une autre manière d'y penser...

Les repères normatifs de Parazelli permet de mettre en évidence les différentes représentations qui sous-tendent leur discours. En effet, pour mieux comprendre pourquoi « remettre l'enfant au centre », par exemple, ne se traduit pas par les mêmes pratiques chez tous les acteurs (repères politiques), il est apparu nécessaire de dégager tout d'abord leurs compréhensions de la PST (repères cognitifs). A la première question de l'entretien, visant à identifier les spécificités de la PST, les premières réponses lors de tous les entretiens ont identifié la problématique de la toxicodépendance : « *Le danger du produit* », « *L'addiction évidemment* ». Or, en analysant leurs propos, on se rend compte que les positions développées à l'égard de l'accompagnement de la PST se différencient principalement selon les sens donnés à la parentalité.

En effet, c'est selon la manière dont ils comprennent la parentalité (qu'on peut analyser selon les trois axes de Houzel) que les professionnels jugent les pratiques et comportements des parents, les jugent adéquats ou non (repères éthiques). L'analyse de leur propos met en lumière l'importance de la notion de danger dans ce jugement. S'ils s'accordent pour dire que leur intervention vise à prévenir ou limite le danger, que ce soit pour l'enfant ou pour les parents, leurs représentations du danger varient en fonction de leur représentation de la parentalité. C'est à ce niveau qu'intervient la problématique de la toxicodépendance, le « danger du produit » en lien avec ce qu'ils se représentent être « un bon parent ».

En décodant les repères cognitifs (les sens donnés à la parentalité) et éthiques (à partir de quand jugent-t-ils un comportement dangereux), on comprend mieux pourquoi ils privilégient des pratiques et des modes d'intervention différents.

Rappelons néanmoins qu'en raison de la taille limitée de l'échantillon, les positions des professionnels interrogés ne peuvent pas être considérées comme représentatives de toutes les positions présentes dans l'accompagnement des parents toxicodépendants dans le canton de Vaud, d'autant plus que ceux qui ont accepté de participer à l'enquête semblent être pour la plupart particulièrement sensibilisés aux enjeux de la PST.

4.1. REPRÉSENTATIONS DE LA PARENTALITÉ

Comme le souligne Houzel (2007 : 116), dans les cas où il est discuté, voire déjà décidé, de la compétence du parent biologique à assumer ou non ses fonctions parentales et de la possibilité de déléguer tout ou une partie de la parentalité à d'autres personnes, la tendance est de mettre l'accent sur la pratique de la parentalité (3^e axe), c'est-à-dire les comportements objectivement observables. Il soutient néanmoins que cet axe est indissociable des deux autres axes de la parentalité et que méconnaître ou négliger un de ces axes conduit à des difficultés ou à des impasses dans la compréhension des enjeux associés à la parentalité.

Si les différents axes de la parentalité sont abordés par les différents répondants, certains ont tendance à privilégier les axes de l'exercice et/ou de l'expérience de la parentalité (sans toutefois écarter celui de la pratique), alors que d'autres sont surtout centrés sur l'axe de la pratique de la parentalité. L'échange suivant fait bien ressortir cette différence de point de vue. La première intervenante insiste sur la nécessité de travailler la parentalité sous l'angle de la construction identitaire, liée notamment à la socialisation (1^e axe). Alors qu'elle semble enchaîner sur ces propos, on voit que la deuxième intervenante en appelle pour sa part à des éléments relevant de la pratique de la parentalité (amener un croissant, passer du temps avec son enfant).

Une psychiatre : Mais c'est vrai que c'est compliqué parce que, par rapport à ce que je disais tout à l'heure, je pense qu'il y a quelque chose en effet d'une confusion de qui est qui pour eux [...]. Alors il y a différentes pathologies psychiatriques ou pas. Mais souvent, c'est les troubles de l'identité. [...] Et c'est là où il y a alors en effet tout le travail, mais alors qui est pas un travail de courte durée. Et puis c'est là où je trouve qu'en effet il y a souvent des questions de temporalité qui sont des fois compliquées. Et le risque c'est qu'il y ait comme ça des avis très tranchés et puis que... Et c'est typiquement ce que moi j'entends en tant que thérapeute d'adultes « Oui mais moi, j'ai pas eu de continuité, oui moi j'ai pas eu... ma mère était alcoolique, mon père battait ma mère, etc. ». Et puis du coup, tout ce que nous on aimerait qu'ils puissent faire pour leur enfant, c'est juste ce dont ils ont manqué.

Une éducatrice des visites médiatisées : Donc leur dire : « Voilà, vous, vous avez pas eu. On peut donner cette chance à votre enfant tout en gardant votre place de parent, même si c'est une fois par semaine, même si c'est... ». Ils ont des compétences, de les faire ressortir et dire : « Ben voilà, vous, quand vous venez chaque vendredi, c'est d'amener un petit croissant et passer un petit quart d'heure... », c'est des petits moments comme ça.

Pour cette deuxième intervenante, donner sa place de parent renvoie à lui laisser réaliser à sa manière des activités avec son enfant.

Chercheuse : Vous évoquez aussi la question de permettre aux parents d'être parents, enfin de donner sa place de parent. Qu'est-ce que vous faites, vous, personnellement dans votre pratique pour favoriser ça ?

Educatrice des visites médiatisées : Alors à travers des activités de jeux ou des sorties, d'offrir vraiment un moment, j'ai envie de dire, entre guillemets, de plaisir. Et on va pas dire : « Ah non, ça, on va pas faire comme ça ». On va le laisser vraiment être parent, s'il veut porter son enfant pendant les deux heures et demie dans ses bras, on va pas dire : « Ecoutez, vous le posez », surtout si c'est un tout petit. Après, bien sûr qu'on va faire de la guidance hein, quand... Mais on va le laisser être parent tant que les besoins de l'enfant sont respectés, bien entendu.

Le fait que la deuxième intervenante explique la parentalité essentiellement par l'axe de la pratique permet de comprendre qu'elle parle de « parent à temps partiel ». Pour elle, les compétences parentales s'observent surtout dans l'interaction avec l'enfant, à travers les comportements et attitudes objectivement observables en présence de l'enfant.

Educatrice des visites médiatisées : *Après, enfin... moi, ce que j'ai envie de dire, c'est des parents et puis ils sont pas que toxicomanes, c'est aussi des parents. Et puis ce qui est important c'est de leur permettre d'être parents à temps partiel. Moi j'aime bien cette notion de dire : « Ben pendant deux heures et demie, c'est le parent à 100% de cet enfant-là ». [...] Même à l'enfant, son parent, il est tel qu'il est. Et puis il va apprendre à composer avec ce parent-là. Maintenant, voilà, c'est pas à 100% à la maison. C'est deux heures et demie dans un lieu.*

Dans le même sens, les critères mobilisés en priorité par les infirmières de la petite enfance pour évaluer les compétences parentales sont des signes qu'elles considèrent objectifs (des « faits », des « signes extérieurs »). Ces critères renvoient pour la plupart à la capacité des parents à assumer les besoins essentiels de leurs enfants sur le plan pratique ou le développement psychomoteur de l'enfant (3^e axe), même si elles considèrent également des critères qui pourraient être liés à l'expérience de la parentalité (2^e axe), comme la capacité d'entrer en relation avec son enfant.

Une infirmière de la petite enfance : *On a des critères de comment va l'enfant déjà, dans le sens au niveau développement, psychomoteur, enfin je veux dire, on a cet avantage aussi d'aller à la maison, on a cet avantage de voir un peu l'environnement familial, comment c'est à la maison, si la mère consomme ou pas, on arrive quand même à définir... Enfin on n'est pas non plus des ignards sur le sujet, donc on sent bien des fois qu'il y a des choses qui ne jouent pas. Que là, ben voilà, on sait que la maman consomme devant l'enfant, quand l'enfant reste au lit toute la journée et quand l'enfant est sale, quand il a un développement psychomoteur qui ne va plus, on sent bien qu'il y a des choses... On sent bien qu'elle n'arrive pas rentrer en relation avec son enfant. Il y a plein de critères, enfin des choses qu'on voit, des faits. Ce sont des faits, c'est pas...*

Une autre infirmière de la petite enfance : *[...] Quand vous rentrez dans l'appartement, il y a quand même des signes extérieurs on va dire. Si vous arrivez dans un appartement où vous ne pouvez pas mettre un pied, où l'enfant il est sale, pas lavé ou la maman est elle aussi très négligée sur elle. Même si parfois certaines mamans ont des critères d'hygiène qui sont par forcément....*

Première infirmière : *... les nôtres...*

Deuxième infirmière : *Voilà, on va dire ça comme ça. Il faut être très large, il faut être très ouvert d'esprit, mais il y a quand même des moments où ça va trop loin et là ça peut être un signal d'alarme.*

Une psychiatre spécialisée apporte plutôt une explication de la parentalité en termes d'expérience (2^e axe), en définissant ce qu'elle appelle une « parentalité saine » par les désirs de transmission et d'éducation de ces mères, qui ne sont pas toujours objectivement observables, ce qui n'empêche pas qu'ils peuvent être accompagnés.

Une psychiatre : *J'aimerais juste amener une notion parce que ce que je trouve difficile en fait avec ces suivis de mamans, c'est que... c'est vraiment une période je pense où ce serait intéressant vraiment de parler parentalité avec ces mamans, liée à leur histoire, mais il y a aussi ce qu'elles ont envie d'amener à cet enfant, comment elles ont envie d'éduquer cet enfant, etc. [...] Et puis ce que je trouve dommage, c'est que là, on pourrait vraiment axer de l'énergie sur la parentalité, sur qu'est-ce qu'ils ont envie de faire, quelle est la partie saine de ces mamans. Il y a toute une partie, en fait, où elles ont réellement envie de bien faire, réellement envie d'élever ces enfants au mieux, etc. Et que ça, ça nécessite un accompagnement. Je pense que pour n'importe quelle maman, c'est pas évident d'élever un enfant, surtout qu'il y a un petit qui vous dit non à chaque fois que... Voilà, c'est déjà pas facile à la base. Mais en plus, quand vous avez eu un vécu un petit peu particulier vous-mêmes et que vous avez pas forcément de référence, pas la normalité, c'est compliqué la normalité, mais de référence un petit peu... on va dire standard, ben c'est encore plus compliqué.*

Une pédopsychiatre articule ces différents niveaux entre eux en expliquant que s'ils n'ont pas forcément tous les moyens de mettre en pratique leur parentalité, ils font tous preuve d'amour pour leurs enfants : « *Je pense que tous les parents toxicomanes aiment leur enfant et veulent tous le mieux pour lui. Mais ils ont des moyens qui sont soit comme ça [petits], soit un peu plus grands. Aucun ne veut le mal actif de leur enfant, ça je crois que c'est important de le dire. Mais ils ont pas forcément les moyens suffisants* ».

Dans cette perspective, la parentalité ne se réduit pas aux comportements pratiques et le fait de revendiquer de voir davantage son enfant, par exemple, peut déjà être interprété comme une manière de jouer son rôle de parent : « [Les mères] ont des attentes, elles ont des revendications [...] moi je trouve très sain et très normal de dire : 'moi je veux voir mon enfant beaucoup plus'. Ça m'apparaît être le point de départ aussi à toute relation avec son enfant un peu correcte » (une avocate). Dans ce sens, des comportements pouvant être interprétés comme une incapacité à maintenir une régularité ou des engagements ne sont pas forcément interprétés comme le signe d'une incapacité à assumer son rôle de parent.

Une avocate : Après c'est tout mon travail à moi de démontrer que effectivement cette dame elle arrive toujours en retard aux rendez-vous, mais ça veut pas dire non plus que elle est en toxicomanie active en ce moment ou qu'elle est incapable de d'avoir une relation normale avec son enfant.

4.2. JUGEMENT DES COMPÉTENCES PARENTALES : REPRÉSENTATIONS DU DANGER

La compréhension de la parentalité (repères cognitifs) que les professionnels privilégient les conduits à juger de manière différente si le parent est apte à assumer ses fonctions parentales (repères éthiques). Comme l'explique une avocate, le registre éthique s'exprime moins en termes de « bon » ou « mauvais » parent, qu'en termes de respect du bien de l'enfant - qui semble primer sur le droit des parents lorsqu'il est question de parentalité. C'est ce qui fonde, notamment, les décisions de la Justice de Paix :

Une avocate : Donc au fond, je pense que la Justice de paix, elle est moins dans le jugement du parent que dans l'attente et les besoins de l'enfant. Ce qui fait qu'on sort du discours du bon ou du mauvais parent, mais on rentre plus dans un discours, on va dire, pédopsychiatrique, presque, hein, de dire, comment le parent doit se comporter pour pas porter préjudice au développement de l'enfant.

Or, la situation de toxicodépendance est perçue par plusieurs professionnels comme une situation dangereuse, parce qu'elle peut justement menacer le bien de l'enfant, surtout lorsqu'il est tout petit. Une Juge de Paix estime que le retrait de garde est presque systématique lorsqu'on est face à des nourrissons avec des parents consommateurs⁸. Une pédopsychiatre explique que lorsque l'enfant doit subir un sevrage à la naissance, le signalement est automatique et dans la plupart des cas, la garde est retirée à la mère dans les jours qui suivent l'accouchement. Une AS du SPJ estime que la dépendance d'un parent est incompatible avec la garantie de sécurité pour un bébé, par contre la marge d'appréciation est différente lorsque les enfants sont plus grands.

Une AS du SPJ : C'est vrai qu'avec un bébé, pour nous, professionnels de la protection de l'enfant, c'est pratiquement incompatible de laisser un bébé avec un parent toxicomane. [...] Une fois que le parent est sous produit, il peut plus assurer la sécurité de l'enfant. Si c'est un enfant plus grand, c'est vrai que je pense qu'on interviendra peut-être de manière un peu plus soft probablement. Je pense que c'est vraiment en lien avec l'âge de l'enfant. [...] parce que l'enfant bébé, il est complètement dépendant de ses parents. Tandis qu'un enfant de 7-8 ans, après il a d'autres ressources qu'il peut mettre en place, mais ça veut pas dire qu'on va rien faire.

Même lorsque l'enfant est plus grand, du point de vue de plusieurs répondants, la consommation de drogues est perçue comme ayant « des répercussions graves sur la santé et puis la sécurité de l'enfant », car les parents « sous l'influence du produit, ils arrivent pas à répondre aux besoins de leur enfant de manière adéquate », « ils ont une perception qui est totalement autre que le besoin de l'enfant ». Dans ce sens, la présence de consommation, qui peut être contrôlée par l'analyse des urines, est un indicateur qui apparaît fiable pour plusieurs répondants, notamment ceux qui ne sont pas spécialisés dans la toxicodépendance.

Toutefois, une infirmière en psychiatrie spécialisée en toxicodépendance explique que la présence de consommation ne constitue pas en soi un critère de mise en danger de l'enfant, car les effets des produits consommés peuvent varier selon l'historique de consommation, le produit et la dose consommés, etc.

⁸ A ce sujet, cette Juge explique que lorsque les couples ne sont pas mariés, la mère est seule détentrice de l'autorité parentale et donc de la garde de son enfant. Par conséquent, le fait que le père soit ou non en situation de toxicodépendance entre peu en ligne de compte à ce stade.

Une infirmière en psychiatrie: Et moi j'allais souvent le ramener au SPJ, en disant : «Mais attendez, il y a peut-être une consommation par semaine, mais que la personne ne sent plus, qu'elle est plutôt dans quelque chose de la reproduction, d'un schéma rassurant. Et en fait, elle va le répéter et puis il n'y a pas forcément de danger pour le petit. Mais par contre, regardez ce qui se passe en termes... enfin qu'est-ce qu'elle met en place par rapport à cet enfant ? ».

Une éducatrice des visites médiatisée donne même l'exemple d'un parent pour lequel la prise de drogue facilitait les rencontres avec son enfant.

Une éducatrice des visites médiatisées : Il y a même eu des parents qui venaient aux toilettes pour vite se faire un shoot avant de voir l'enfant ! [...] Mais c'était pas vraiment clair. Et on s'est rendu compte après. Et puis c'était un peu un non-dit, dans le sens où il était tellement mieux après être capable d'être en lien avec l'enfant que du coup, ça posait la question « Qu'est-ce qu'on fait de ça ? ».

Ils sont plusieurs à souligner le fait que certains médicaments dont on ne trouve pas de trace dans les prises d'urine peuvent avoir des effets plus inquiétants sur la capacité des personnes à assumer leurs responsabilités parentales.

Une infirmière en psychiatrie : Et je pense que souvent, on met l'accent sur la toxicomanie de la mère. Il y a des personnes qui ont des prises d'urine toutes négatives, parce qu'ils vont se mettre à fond à consommer du Dormicum qui est bien pire, avec des amnésies, etc., où les enfants sont effectivement laissés et sont à mon avis en danger.

Ces précautions ne signifient pas pour autant que les dangers liés à la toxicodépendance soient banalisés.

Une infirmière en psychiatrie : On essaie de travailler là-dessus avec elles et ça veut pas dire qu'on n'aura plus de foyer ni rien. Parce qu'effectivement, il y a des situations où il y a besoin. Et moi je dis à toutes les mamans que je suis : s'il y a un moment où je sens que l'enfant est en danger, même s'il y a une rupture de lien avec la mère, je le signale au SPJ, je mets pas en péril un enfant et je le dis dès le début, même quand elles ont le bébé même pas né, je le rappelle régulièrement.

Or, une juge de Paix déplore que les rapports des professionnels lui permettant d'évaluer l'aptitude des parents à assumer la garde de leurs enfants ou le droit de visite sont davantage fondés sur les compétences sécuritaires que les compétences parentales :

Une juge de Paix : Les questions qu'on se pose, quand on a à faire à des toxicomanes et ce qui est, quand même, je trouve, toujours triste, c'est pas justement leurs compétences parentales, c'est pas la première chose qu'on examine. Mais c'est leurs compétences sécuritaires. Et ça, en tout cas ce que je constate presque, enfin, systématiquement. [...] Alors j'imagine que les professionnels de l'intervention [...] se posent des questions sur leurs compétences parentales, mais c'est pas du tout ce qui ressort de tout ce que je vois avec eux. C'est uniquement le problème de la dépendance.

Une infirmière en psychiatrie explique que la complexité de la problématique de la toxicodépendance serait source d'angoisse pour les professionnels, parce qu'elle leur donnerait l'impression de ne pas pouvoir assurer de manière sûre le bien de l'enfant, ce qui en amènerait plusieurs à privilégier le placement de l'enfant. Selon une éducatrice s'occupant des visites médiatisées, la prise de drogues empêche d'évaluer les compétences parentales. C'est pourquoi il est important d'encadrer la pratique de la parentalité, de manière à ne pas prendre de risque. C'est ce que permettent à ses yeux les visites médiatisées, qui offrent un cadre sécurisé par des professionnels permettant un espace de « parentalité à temps partiel » :

Une éducatrice des visites médiatisées : Avant de pouvoir vraiment observer les compétences parentales, souvent ben, comme vous le disiez, c'est que le produit est présent. Donc on peut pas, au premier abord, observer ses compétences parentales, parce que l'état dans lequel ils sont qui permet peu de... [Mais] ce qui est important, c'est de leur permettre d'être parents à temps partiel. [...] Et puis c'est vrai que l'enfant est pas en danger parce que c'est dans un lieu quand même protégé, où il y a toujours la présence d'une éducatrice.

Un médecin généraliste relativise toutefois la dimension « sécurisée » des milieux d'accueil en citant l'exemple d'enfants qui ont été placés en foyer en raison de la consommation de leurs parents et qui ont finalement subi des abus sexuels en foyer. On peut certes supposer que cet exemple est isolé, mais il permet de questionner les représentations de la sécurité et de la protection des enfants.

Une pédopsychiatre et un AS du SPJ rappellent que la question de la parentalité suscite des réactions émotionnelles qui peuvent amener à projeter sur ces mères une conception de la parentalité qui est celle des professionnels et qui peut apparaître normalisante.

***Pédopsychiatre :** C'est difficile de garder un peu la tête froide dans des situations très touchantes de ces mères. En même temps, j'entendais quelqu'un qui disait [après avoir vu le film « Mamans de choc »] : « Mais est-ce que tu lui confierais ton enfant ? » Bien sûr que non !*

***AS :** Les gamins, c'est les leurs.*

***Pédopsychiatre :** Voilà. Donc il y a toute la question de la normalité, enfin je pense qu'on pourrait en débattre pendant des heures.*

Une infirmière de la petite enfance va dans le même sens que l'éducatrice citée plus haut en mettant l'accent sur une évaluation du danger selon la manière dont les comportements objectifs du parent apparaissent mettre ou non en péril le bien de l'enfant (pratique de la parentalité, 3^e axe). Elle juge que l'enfant est en danger si la mère ne peut pas assumer ce qu'elle appelle les « soins de base » ou les « besoins essentiels » : la nourriture et l'hygiène.

***Une infirmière en petite enfance :** Notre rôle, c'est d'être là pour l'enfant. Si on est centré sur l'enfant, je pense qu'avoir une mère qui consomme, c'est une maman qui n'est pas présente, qui ne peut pas répondre à ses besoins essentiels, de manger, de le changer, de le laver. Mais rien que la base, elle n'est pas capable. Parce qu'elle a un autre objectif dans sa vie, qui est de pouvoir se fournir et je crois que vraiment, à partir de ce moment-là, et ben l'enfant, il est en danger.*

Mais les deux infirmières de la petite enfance interrogées nuancent cette position en précisant que ces signes objectifs sont à mettre en lien avec le développement affectif et relationnel de l'enfant. Dans certaines familles (et pas seulement dans des familles avec une problématique de toxicodépendance), la façon de gérer les horaires de sommeil, l'hygiène ou encore la nourriture peuvent ne pas correspondre à une manière de faire prépondérante dans notre société, sans forcément mettre en péril le développement affectif et relationnel de l'enfant.

***Une infirmière en petite enfance :** On peut être dans une famille sans être dans une dépendance et aussi sale, extrêmement sale, enfin, c'est courant. Après, ben voilà, ce n'est pas si grave ! C'est vraiment l'articulation des choses. [...]*

***Une autre infirmière en petite enfance :** Parfois c'est les heures de coucher, les heures de lever... Il faut être très large, enfin, finalement, tant que ça lui convient que l'enfant reçoit ce qu'il lui faut pour bien se développer, finalement ce ne sont que des horaires.*

Elles estiment toutefois qu'à l'inverse, la seule présence d'un lien affectif n'est pas suffisante pour juger que l'enfant est en sécurité et qu'un minimum de conditions pratiques de la parentalité doit être assuré. Ce minimum varie toutefois selon la représentation de la parentalité des professionnels.

***Une infirmière en petite enfance :** C'est vrai qu'il y a certains professionnels qui vous répondent : « Alors, la maman consomme, mais c'est pas grave, il y a un bon lien ». Mais ça ne fait pas tout !*

***Une autre infirmière en petite enfance :** C'est pas suffisant.*

***Première infirmière :** Ça ne fait pas tout. Que la maman aime son enfant, ça ne fait aucun doute, dans la plupart des cas c'est le cas. Mais c'est pas ça le problème, c'est qu'elle n'est pas apte à s'en occuper. Et s'occuper d'un enfant, c'est compliqué déjà, à la base, donc sans minimiser les difficultés supplémentaires qu'elles ont, il y a un minimum qui n'est plus acceptable, enfin... ou qui n'est plus donné à l'enfant.*

***Deuxième infirmière :** Mais quand même, il me semble qu'il y a quand même ce décalage entre... Ce n'est pas le même minimum [selon les professionnels] !*

Une avocate déplore que souvent, le bien de l'enfant est considéré comme étant en contradiction avec les revendications des parents toxicomanes. Par exemple, une revendication d'augmentation du droit de visite, alors que la situation de la mère semble peu stable, peut apparaître comme une incapacité à évaluer ses limites et donc à assurer le bien de l'enfant. Cette avocate défend une autre position, en estimant que le souhait de voir son enfant peut être en soi considéré comme constructif. On voit qu'elle met davantage l'accent sur le positionnement identitaire du parent, soit l'exercice de la parentalité (1^{er} axe), ainsi que sur la dimension subjective de la parentalité (2^e axe), considérés comme contribuant également au bien de l'enfant.

Une avocate : Alors qu'on se rend compte que des fois, le bien de l'enfant et la revendication de la mère, ils vont converger. Parce que [...] la présence de la mère, pour la construction de l'enfant, elle est importante et que l'enfant, il a aussi besoin d'entendre que sa mère, elle veut le voir, qu'elle veut être avec lui, qu'elle l'abandonne pas.

A ce propos, une infirmière scolaire déplore le fait que plusieurs acteurs professionnels avec lesquels elle est amenée à travailler ne s'en tiennent qu'à une évaluation de la parentalité en termes de critères objectifs. Sans négliger l'importance des dimensions pratiques de la parentalité (capacité à assurer de manière adéquate l'état de santé de l'enfant, la nourriture, l'hygiène, le sommeil, etc.), elle intègre dans son évaluation également des éléments relevant de l'expérience de la parentalité (2^e axe).

Une infirmière scolaire : Les enseignants, eux, trouvaient que l'enfant était trop en danger et que la mère n'était pas capable de s'en occuper ! Et les critères c'était la propreté, le fait qu'il n'aille pas à l'école, etc., ils prenaient des critères là et s'arrêtaient là ! Le fait que la mère était agressive ou pas agressive, qu'elle pleurait beaucoup devant eux, c'était du cinéma pour eux ! Alors que moi j'essayais d'expliquer quand même aux enseignants que c'était de la souffrance et pas du cinéma !

Pour un pédiatre, les signes objectifs de manquements sont moins significatifs en soit qu'en fonction de leur répétition et de leur impact sur l'expérience vécue de l'enfant et son développement affectif, dans laquelle intervient inévitablement une part de subjectivité.

Un pédiatre : Moi ce qui me paraît important, c'est la répétition des manquements. On manque tous par moments de bienveillance, je pense. Mais ça se répète régulièrement, je pense c'est là où ça va avoir un impact au long terme. Pour moi, c'est toujours d'évaluer et d'essayer d'évaluer, de sentir ce que vit l'enfant et puis si ça me paraît être constamment, régulièrement négligeant ou maltraitant. A ce moment-là, on se doit de réagir. Après, je n'ai pas non plus des critères très stricts. Je pense que c'est un peu subjectif. Tant que l'enfant va bien, c'est un bon signe. Maintenant, des fois, il y en a qui ont l'air d'aller bien et puis ils vont pas si bien que ça. D'où l'importance aussi d'avoir des personnes spécialisées dans l'évaluation du développement affectif de l'enfant qui continuent à être dans la course.

Une infirmière en psychiatrie déplore quant à elle le fait que souvent la dimension pratique prend le dessus lors des discussions en réseaux de professionnels. Elle n'arrive par conséquent souvent pas suffisamment à travailler les dimensions affectives et imaginaires de la parentalité (2^e axe), ce qui permettrait de donner davantage de sens à l'accompagnement de la parentalité, plutôt que de privilégier le placement des enfants.

Une infirmière en psychiatrie: Parce qu'il y a plein de choses qui parasitent, on n'arrive pas à travailler vraiment sur cette parentalité, sur qu'est-ce qu'ils veulent, qu'est-ce que ces mamans veulent faire, comment on peut travailler avec le réseau sur, justement, les objectifs de ces mamans. Et du coup, ce qui permet de mettre un sens aussi aux prises en charge. [...] Bien souvent, l'angoisse du professionnel vient du fait qu'en fait, il n'y a pas de sens mis dans la prise en charge.

Mais un accompagnement de la parentalité au niveau de l'exercice et de l'expérience de la parentalité, lorsque celle-ci apparaît difficile à assumer au niveau pratique, peut sembler relever de « l'équilibrisme » et suppose de s'exposer aux jugements des autres professionnels, comme l'exprime cet assistant social du SPJ :

Un AS du SPJ: Alors nous, probablement que notre rôle, c'est de défendre l'intérêt prépondérant de l'enfant. Mais c'est tellement interprétable et tellement de paramètres pour dire qu'est-ce que ce serait l'intérêt prépondérant de l'enfant. Il y a des gens qui pensent que de rester avec la maman, c'est primordial. Et puis il y a des autres qui pensent exactement le contraire. Personnellement, je suis

toujours en train d'essayer de soigner tout le monde. Il me semble que c'est le mieux, mais c'est de l'équilibrisme et puis c'est prendre des risques.

Chercheuse : *Quoi comme risques ?*

AS : *Ben que l'enfant aille vraiment très mal. C'est aussi s'exposer au jugement des autres. Ils disent « Mais c'est complètement fou de laisser ce gamin avec cette femme ! Que fait le SPJ? ». Et puis nous, quelque part, on est quand même le bras direct de la loi. Si moi je laisse un enfant à une maman toxicomane et puis qu'il mourrait, entre guillemets ça sera de notre faute, entre guillemets hein, mais quand même, un petit peu.*

Il n'est pas question ici de juger les positionnements des acteurs interrogés, d'autant plus que les courts extraits sortis du contexte de l'entretien rendent difficilement compte de la nature souvent beaucoup plus nuancée de leurs positionnements. Par ailleurs, il est clair que les métiers et missions de ces différents professionnels favorisent l'observation de certains critères au détriment d'autres. Les professionnels qui se rendent à domicile ne peuvent (ni ne doivent) pas observer les mêmes éléments de la parentalité que ceux dont l'activité est axée sur la thérapie individuelle, par exemple. Il n'en reste pas moins que l'analyse de leurs discours montre que des positionnements différents peuvent se retrouver entre acteurs qui ont des pratiques ou des missions similaires, ce qui montre l'importance que jouent également leurs représentations de la parentalité dans leur positionnement professionnel et leur appréciation du danger que représente la toxicodépendance pour assumer la parentalité.

4.3. LES DÉFIS DE L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PST

Nous avons vu que les compréhensions de la parentalité sont au centre des représentations de la PST. Par ailleurs, plusieurs professionnels estiment qu'on ne peut rendre de compte de manière homogène de la diversité des rapports à la toxicodépendance qui existent, et qui varient selon le produit, le type de consommation, le dosage, la fréquence, le contexte et le sens de la consommation, etc. Il n'en reste pas moins que ces rapports interviennent dans la manière d'assumer le rôle de parent et constituent autant de défis pour l'accompagnement de cette parentalité. « *C'est comme si la compétence parentale, elle est un peu enfouie sous des difficultés de la personne, c'est un peu ça* » (Une AS du SPJ). Les répondants estiment que le rapport à la toxicodépendance brouille les pistes de la parentalité : « *La présence du Troisième homme, qui va passablement brouiller les perspectives, parce que c'est toujours quelque chose qui est tellement prégnant, que c'est difficile de faire comme si ça n'existait pas, ça existe* » (Un AS du SPJ). Or, l'intervention liée à la toxicodépendance semble en contradiction avec la protection de l'enfance : « *La difficulté, c'est la double protection. Parce qu'au fond, la maman a besoin de protection et l'enfant aussi. Et souvent cette protection, elle est pas forcément... ça va pas ensemble* » (Un AS du SPJ). Cette contradiction apparente entre accompagnement de la toxicodépendance et protection de l'enfance semble être le défi principal de l'accompagnement de la PST. Or, nous allons voir que si aucun des professionnels interrogés ne nie l'existence de défis associés à l'accompagnement de la PST, ils leur accordent un sens et une importance différente, selon la manière dont ils comprennent la parentalité et la jugent plus ou moins mise en péril par les problématiques associées à la toxicodépendance.

4.3.1. LA TOXICODÉPENDANCE COMPLEXIFIE LES INTERACTIONS

Les répondants s'accordent pour dire que la toxicodépendance complexifie les interactions. Une difficulté pour les professionnels non spécialistes de ce domaine est non seulement qu'ils ne connaissent pas tous les enjeux médicaux (traitements de substitution, médication), mais surtout qu'ils n'ont pas toujours les moyens de cerner la diversité des rapports à la toxicodépendance. Une infirmière en psychiatrie spécialisée dans ce domaine explique que le rapport au produit dépend de sa fonction, qui s'inscrit dans une histoire particulière. Par conséquent, les besoins (sur le plan médical, mais également psychologique, social, etc.) sont différents pour chaque parent.

Une infirmière en psychiatrie : *Tout dépend à quoi sert le produit. Le produit, il sert à plein de choses, donc c'est compliqué. Donc après, c'est de se pencher sur l'histoire de la personne, qu'est-ce qu'elle cherche dans le produit. Et puis du coup, par rapport à ça, on peut calmer effectivement des choses. Et donc la médication peut se mettre en place là.*

Il n'en reste pas moins que la consommation de drogues a des effets concrets sur la relation avec leurs enfants, mais également avec les professionnels : « *C'est vrai que sur deux heures et demie de visite [médiatisée], souvent, ils tiennent pas deux heures et demie. Ils viennent une heure ou... ils arrivent pas à tenir la longueur* » (Une éducatrice des visites médiatisées). Les professionnels non spécialisés peuvent se sentir démunis face à des comportements qu'ils interprètent comme du déni ou de la manipulation, par exemple.

Une éducatrice des visites médiatisées : *Et j'ai aussi envie de rajouter souvent que c'est le déni qui est très présent et qui est des fois difficile... de les mettre un peu face à... cet effet miroir, leur dire : « Mais vous voyez, là, ça va pas, vous n'allez pas bien ». Mais ils se rendent pas compte comment ils sont.*

Une infirmière en petite enfance : *Je crois qu'il faut être réaliste, ils nous mènent en bateau très régulièrement.*

Une autre infirmière en petite enfance : *Oui, et puis ils nous disent ce qu'on a envie d'entendre !*

Une gynécologue souligne également ce sentiment d'être démunie, face à des comportements s'apparentant à de la résistance ou de la manipulation, mais elle souligne également le manque de cohérence entre les discours des différents professionnels, notamment entre ceux qui assurent le suivi durant la grossesse et ceux qui prennent le relais une fois que l'enfant est né.

Une gynécologue : *Oui, je pense que le professionnel est probablement souvent démuné face à ces personnes qui sont très résistantes hein, très joueuses avec tout ce qu'on peut bien leur dire. Donc chaque mot est interprété et re-interprété. Mais il faut pas oublier qu'elles ont entendu un premier discours et puis qu'elles vont entendre un deuxième et puis que ça les déstabilise. Donc du coup, ben, comme on fait tous, on garde le meilleur de notre discours. Et puis ils arrivent pas à se retourner dans la situation après.*

Des infirmières en petite enfance estime en outre qu'il est particulièrement difficile d'établir une relation de confiance avec ces parents, du fait des blessures qu'ils ont vécues eux-mêmes.

Une infirmière en petite enfance : *Souvent je dis, parent toxico, parent avec difficulté dans le lien, dans la relation avec l'autre, toutes ces choses. C'est quand même des gens très blessés, à la base.*

Une autre infirmière en petite enfance : *Oui, très blessés, où la relation est difficile, une relation de confiance est difficile à établir.*

Ces infirmières pensent qu'à ces blessures s'ajoutent la culpabilité de ne pas réussir à arrêter de consommer des drogues pour élever leur enfant.

Une infirmière en petite enfance : *Elles ont quand même énormément de culpabilité de consommer. Elles se sentent une mauvaise mère, et elles voulaient tellement donner à cet enfant, elles avaient tellement misé sur cet enfant pour les sortir de leur passé, de leur vécu difficile et tout ça, que le fait que même cet enfant n'arrive pas à les stabiliser, c'est très culpabilisant.*

Ce sentiment d'être démuné ou impuissant peut être accentué lorsque la toxicodépendance s'accompagne d'autres troubles.

Un éducateur en toxicodépendance : *On serait tentés de dire que ça dépend beaucoup des ressources de la personne... et puis s'il y a des troubles ou pas. Quelqu'un qui a pas de trouble... [...] c'est un cadeau parce que... on explique des trucs, elle comprend tout de suite. Enfin... Bon après, elle a ses bugs hein, mais ça change beaucoup d'une personne qui pourra avoir des troubles ou des traumatismes.*

Une autre difficulté est le fait que l'état des personnes qui consomment des drogues peut être très fluctuant dans le temps, ce qui rend l'évaluation de leurs compétences parentales plus difficile.

Une infirmière de la petite enfance : *Mais ce n'est pas sur juste une observation, ce n'est pas moi qui voit s'il y a un danger majeur, mais c'est vrai que si la semaine d'après, la situation est identique ou elle se péjore... Ce sont des situations qui évoluent, c'est vrai hein, c'est vrai que ce qui est difficile c'est que c'est très fluctuant. On peut venir voir une maman aujourd'hui où ça va être plutôt pas mal, elle aura*

bien pris son traitement méthadone, ça joue, c'est pas si mal et puis la semaine d'après ça va être la catastrophe, qu'il y a eu quelque chose qui a fait que... Et puis la semaine d'après ce sera de nouveau peut-être... Enfin c'est très fluctuant, c'est ça qui est difficile, parce que où se situe la limite ?

Pour une infirmière scolaire, ces difficultés sont accentuées lorsqu'il y a un écart important entre la perception du danger lié à la toxicodépendance du parent et celle du professionnel :

***Une infirmière scolaire :** Chez les trois mères avec qui j'ai eu un contact, la même spécificité, c'était le fait de dédramatiser le fait qu'elles étaient toxicomanes. Pour elles, c'était pas un problème... Ce n'était pas que ce n'était pas un problème, c'est qu'elles essayaient de me dire : de toute façon, on va arrêter, de toute façon, ce n'est pas un problème par rapport à l'enfant, de toute façon c'est pas grave.*

Une infirmière en psychiatrie explique que la difficulté réside dans la rencontre entre les représentations des professionnels, notamment leur perception du danger, souvent amplifiée lorsque l'enfant est très jeune, et les réactions des parents, elles aussi amplifiées en lien avec leur problématique. C'est notamment ce qui rend difficile le travail sur la parentalité, surtout les axes de l'exercice et de l'expérience de la parentalité, parce la priorité semble être de gérer la pratique de la parentalité au quotidien :

***Une infirmière en psychiatrie :** Dès qu'il y a un bébé, ça génère aussi nos propres représentations. Et du coup, ben voilà, en fonction des différentes personnes, il faut qu'il y ait une crèche,... Tout le monde y va : « Mais là, vous êtes comme ci comme ça, donc ça signifie ça »... Et eux [les PST], tout est amplifié, en fait, dans les retours. Vous avez un drôle de regard parce que vous êtes simplement un petit peu fatigué et ça va être interprété. Donc on est aussi avec des personnes qui sont très perméables à tout ça. Et puis ce que je trouve dommage, c'est que là, on pourrait vraiment axer de l'énergie sur la parentalité, sur qu'est-ce qu'ils ont envie de faire, quelle est la partie saine de ces mamans. Et je trouve en fait que dans notre manière de les accompagner, ben on n'arrive pas, parce qu'il y a plein de choses qui parasitent.*

En outre, un pédiatre observe que lorsque les trajectoires des parents sont marquées par la toxicodépendance, il arrive fréquemment que la venue d'un enfant ne soit pas planifiée et/ou arrive dans des conditions précaires. Dans ces cas, il est plus difficile de préparer la parentalité, ce qui peut rendre son exercice plus difficile.

***Un pédiatre :** Si je remonte un peu dans mon expérience, j'avais l'impression que des fois, ces enfants arrivaient un peu par accident, dans une situation qui était difficile. Et puis, il y avait pas forcément une grande réflexion autour de ce que ça allait être d'être parent, ce que ça allait impliquer, puis d'envie un peu là-dedans. C'est arrivé. Peut-être qu'il faut pas généraliser, il y a d'autres personnes qui ont vraiment envie d'avoir un enfant à un moment donné malgré tout, ou simplement parce qu'ils vont mieux à un stade de leur vie et puis qu'ils envisagent que c'est possible.*

Une infirmière en petite enfance met toutefois en garde contre une généralisation de ces difficultés à établir une relation à tous les parents en situation de toxicodépendance :

***Une infirmière en petite enfance :** Pas toujours ! Moi je dis qu'il ne faut pas non plus tomber dans les généralités, ce n'est pas vrai non plus. Moi, j'ai eu des mamans toxicomanes qui m'ont fait des téléphones très réguliers, pour beaucoup de questions, beaucoup de choses pratiques, très pratiques, comme toute maman, je dirais. Ouais, je dirais qu'il faut pas toujours généraliser.*

Lafortune et Gilbert (2013) constatent en effet que ces modes relationnels paradoxaux (manipulation, opposition constante aux propositions des intervenants, refus de donner l'accès à son enfant, inertie des parents, répétition intergénérationnelle de comportements de maltraitance, etc.) se retrouvent souvent dans les relations entre professionnels et familles vulnérables et provoquent des sentiments d'impuissance, de sidération, de colère ou de culpabilité chez les aidants, qui peuvent être amenés, en miroir, à rejeter ces familles. Or, les recherches de ces auteurs auprès des parents et des professionnels les amènent à considérer ces actes paradoxaux non pas comme une impasse, mais comme un matériau clinique sur lequel fonder l'intervention. Mais cela suppose de les considérer comme les « actes-signes' (Lussier, 2007 : 135) d'un vécu innommable, dans l'attente d'être enfin déchiffré par un autre disposé à l'entendre » (Lafortune et Gilbert, 2013 : 378).

4.3.2. L'INSTABILITÉ QUI CARACTÉRISE LA TOXICODÉPENDANCE FRAGILISE LA CONTINUITÉ DU LIEN DE PARENTALITÉ ET DE SON ACCOMPAGNEMENT

Un autre défi identifié par les professionnels est la difficulté pour plusieurs parents en situation de toxicodépendance d'assurer une continuité dans leur engagement, surtout face à leur enfant, dans un contexte où ils arrivent difficilement à l'assurer pour eux-mêmes.

***Une Juge de Paix :** Et un problème d'adhésion au cadre aussi. Parce que c'est ce qu'on disait avant par rapport à la continuité, le gros problème en tout cas que je rencontre avec les toxicomanes dont je m'occupe, c'est qu'ils ont plein de projets, mais qui n'aboutissent pas. Alors c'est dû à leur maladie, je sais pas. Mais c'est vrai, ceux que je revoyais hier justement, où on m'a promis 50 fois « Je vais aller au Radeau à Orsonnens, je veux aller ici, je vais aller là ». Ils prennent rendez-vous, ils y vont et puis après, ben bon, ça marche pas. Et c'est vrai que dans la schizophrénie, c'est plus un long fleuve tranquille. Une fois qu'ils sont médiqués, c'est vrai que la situation est beaucoup plus stabilisée. Alors après, ils arrêtent leurs médicaments, après voilà. Mais je veux dire, c'est que l'aboutissement aux projets est plus facile, enfin pour nous, par rapport à la sécurité, par rapport à la prise en charge. Et je pense que c'est ça aussi dans la toxicomanie. Ce qui fait partie de cette maladie, c'est ces envies, mais le fait qu'on n'arrive pas à aboutir à ces projets. Enfin... pas toujours, Dieu merci, mais souvent c'est ça quand même.*

Les professionnels identifient différents obstacles à cette continuité de l'engagement : l'instabilité des parents et/ou de leurs trajectoires, leur difficulté à se projeter dans l'avenir, mais aussi leur méfiance face à des professionnels volontairement mis à l'écart de peur qu'ils ne leurs retirent la garde de leurs enfants et enfin, l'épuisement ou le désinvestissement des professionnels eux-mêmes, parce qu'ils se sentent incapables ou impuissants à établir une relation d'aide ou à accomplir leur mission.

***Un médecin généraliste :** Et puis c'est cette précarité, l'instabilité, des troubles de la personnalité ou du caractère qui font que c'est des gens qui partent dans tous les sens, donc qui ont une grande difficulté, on va dire, à tenir un contrat ou une continuité. C'est toujours dans des situations d'urgence. Des réseaux difficiles à mettre en route. Une grande méfiance, justement, face aux instances qui pourraient leur prendre leur enfant. Toute la difficulté de la collaboration.*

***Un pédiatre :** Dans les difficultés, c'est effectivement la continuité de ce qui est mis en place, que ce soit les professionnels qui sont censés accompagner des situations où on a l'impression qu'au fil du temps, même des fois assez rapidement, ils disparaissent ou ils sont mis à l'écart. Il y a parfois une ou deux personnes qui sont des ressources et qui tiennent la route. Mais on a l'impression qu'au départ, il y a beaucoup de choses qui sont mises sur pied.*

Ce défi se pose de manière d'autant plus importante que parfois il semble y avoir un flou sur la manière dont la continuité de la prise en charge des enfants peut être assurée par le réseau professionnel.

***Une psychiatre :** Des personnes toxicomanes ont beaucoup de difficultés, alors il y a différentes raisons psychiatriques et puis différents profils. Mais c'est vrai que la question de la continuité, pour moi qui est quelque chose d'assez primordial. Mais alors pour une personne adulte, c'est une chose. Et puis il y a des ruptures constantes, enfin... Ça, ça va. Mais c'est vrai que la question pour moi, c'est quand il y a ces ruptures avec un enfant. L'enfant a besoin d'une certaine continuité. Et puis c'est vrai que moi, j'ai souvent pas le sentiment que cette continuité, elle arrive à être assurée par un parent toxicomane seul. Et c'est souvent l'inquiétude qu'on a quand on reçoit ces patients à l'hôpital, c'est de se dire : « Ok, alors à l'hôpital, c'est qui qui assure la continuité pour l'enfant, enfin qui c'est qui peut s'assurer de cette continuité-là, puisque le patient qui est hospitalisé n'arrive justement plus à assurer cette continuité-là ? ». Et c'est là où souvent on est très inquiets et qu'on fait appel, enfin on a besoin de l'aide de quelqu'un qui s'occupe de cette continuité-là vraiment de l'enfant.*

Parfois, l'accompagnement professionnel semble contribuer à un désinvestissement, plutôt qu'à un encouragement de l'engagement de ces personnes dans leur parentalité.

***Un AS du SPJ :** Qu'est-ce qui fait que le parent, à un certain moment, il se désinvestit ?*

Une éducatrice des visites médiatisées : *Mais il se désinvestit parce qu'on lui met... enfin, j'ai aussi le sentiment qu'il y a un petit peu le réseau autour qui fait non plus grand-chose pour l'investissement. Des fois oui, des fois ben il loupe deux-trois visites, alors on sanctionne. On va faire un réseau, ça prend du temps et il y a six mois qui se passent. Et après, pour reprendre, c'est beaucoup aussi ça. Ils sont dans une telle fragilité que si, chaque fois qu'on les sanctionne sur leur faux-pas, ben c'est... voilà, c'est difficile pour eux de se battre. C'est souvent... Et ce qui arrive après, je dis pas qu'ils sont pas responsables parce que voilà, malheureusement parfois, ils sont dans des phases où ils peuvent pas, ils perdent pied et puis ils sont pas présents pendant plusieurs moments, c'est vrai.*

L'instabilité des PST peut être interprétée comme une incapacité à assumer leur parentalité en offrant un cadre stable pour leur enfant. Le temps long imposé par la justice par exemple, pour avoir des garanties suffisantes pour accorder un droit de garde, peut avoir l'effet de démoraliser le parent, qui se désengage et diminue ses chances d'obtenir la garde de ses enfants.

Une avocate : *La justice, elle est pas d'accord de s'adapter peut-être à ces périodes un peu de vague. Elle souhaite souvent avoir un bilan sur le long terme, pour dire, ok, pendant une année il y a peut-être pas eu de consommation, il y a eu un logement stable, il y a un suivi psy peut-être, qui marche, ou un réseau qui est bien posé et puis, par exemple, aussi il faut que pendant une année, la personne respecte le droit de visite ou qu'elle soit à l'heure, qu'elle soit bien quand elle vient voir son enfant, etc.... S'il y a ce constat pendant une année, des fois on peut envisager une augmentation. Mais la maman, elle se sent bien maintenant, donc elle a pas envie d'attendre une année et des fois, effectivement, entre le moment où la personne se sentait bien et pi le moment où il faudra réévaluer la situation, il y a eu de nouveau une période où ça allait pas du tout. Le droit de visite était pas respecté, il y a rien qui fonctionne et on repart à zéro quoi.*

Une éducatrice constate par exemple que lorsque les professionnels approuvent une demande des parents d'augmenter le nombre de visites médiatisées, les parents n'arrivent pas à assurer leurs engagements à un tel rythme :

Une éducatrice des visites médiatisées : *Souvent, ils revendiquent des choses et puis on dit : « Ok. Alors, on entend votre demande. Vous venez cinq fois par semaine voir votre enfant ». Et puis dès qu'on ouvre, dès qu'on offre cette possibilité, eh ben tac, ils viennent pas. Je pense que... ben voilà, ils revendiquent, c'est normal, enfin je veux dire c'est... ils ont besoin de se rattacher à quelque chose. Mais dès qu'on... enfin je pense qu'ils ont quand même, au fond d'eux, conscience que là ils arriveront pas. Et puis, dans le verbal, ben ils disent : « Oui, moi je veux venir voir mon enfant, je veux m'en occuper ». Et quand on permet, souvent, ben... ils sont pas preneurs.*

Mais les propos d'une avocate montrent que ce type de situation n'est pas interprété de la même manière selon les représentations que les professionnels ont de la parentalité. Selon elle, si ces demandes semblent peu réalistes en ce qui concerne la pratique de la parentalité, elles n'en sont pas moins à valoriser dans le sens de l'exercice de la parentalité.

Une avocate : *Des fois c'est difficile, de faire comprendre que la revendication de ma cliente, elle va aussi des fois dans le sens du bien de l'enfant, même si elle sera pas... Ils vont pas lui donner tout ce qu'elle demande. Qu'elle l'ait demandé déjà, pour l'enfant c'est constructif, c'est un vecteur de construction. Ça pour moi c'est essentiel. C'est là où des fois on se comprend pas toujours [avec les autres professionnels].*

4.3.3. COMPOSER AVEC UNE DIFFICULTÉ À SE POSITIONNER COMME PARENT

Ces spécificités de la situation de parentalité en situation de toxicodépendance rendent plus difficile l'appropriation d'un positionnement de parent.

Une psychiatre : *Puis il y a un autre mot qui me venait en tête, c'est la confusion. Pour moi, ils ont souvent en effet une difficulté à se positionner vraiment en tant que parent. Et que des fois, on a le sentiment qu'on a deux enfants, on peut avoir l'impression d'avoir deux enfants devant nous.*

Une pédopsychiatre explique que la grossesse est un état psychique qui ravive des souvenirs infantiles inconscients pouvant être difficiles à gérer pour des personnes ayant eu des parcours de vie difficiles. Une gynécologue apporte une explication en termes d'absence d'héritage familial satisfaisant sur lequel s'appuyer.

***Une gynécologue :** Et puis leur schéma parental qu'ils n'ont pas eu, ils ont aucun souvenir, quand ils ont été projetés dans celui-là et qu'ils doivent se créer de toute pièce dans un devenir-mère ou devenir-père. Ils ont pas de schéma sur lequel ils peuvent se reproduire ni de personnes sur lesquelles ils peuvent s'appuyer.*

La famille du parent ou le (ex-) conjoint peuvent jouer un rôle non seulement au niveau symbolique, mais aussi au niveau pratique, en s'appropriant l'enfant ou en dévalorisant le parent dans son rôle parental.

***Une Juge de Paix :** Alors moi, tristement, j'ai plutôt des expériences de famille élargie qui s'approprie l'enfant, mille fois pire que la famille d'accueil. Donc effectivement, le grand-parent, alors peut-être abuseur je ne sais pas, mais qui auparavant est jugé complètement adéquat avec le petit-fils ou la petite-fille. Et puis qui finalement devient le parent. Et là, je me dis c'est normal entre guillemets parce que les grands-parents se disent : « Elle est incapable et puis lui, il peut pas prendre la distance ». [...] Je vois aussi des situations où le parent non toxicomane va tout faire pour être le seul parent [...]. Souvent, ces situations-là, la difficulté pour la mère pour se réapproprier sa place, elle est énorme.*

Ces difficultés peuvent être accentuées par le fait que parfois, la relation de couple est très récente lors de la venue de l'enfant. Les défis de la construction d'une vie de couple se superposent aux défis de la parentalité et aux difficultés associées à la problématique de la toxicodépendance. Une infirmière en psychiatrie observe que des défis associés à l'écart culturel dans les couples interculturels, par exemple les couples qui se sont formés suite à l'arrivée récente d'immigrés maghrébins qui se sont insérés dans le marché de la vente de drogue à Lausanne. Une avocate souligne en outre la difficulté pour des parents qui n'ont qu'une garde limitée de leur enfant ou qui le voient uniquement dans le cadre de visites médiatisées de construire une relation éducative. Comme ils ne voient pas beaucoup leur enfant, ils peuvent vouloir éviter tout conflit, de manière à privilégier le plaisir dans ces moments, mais ils peuvent se sentir rapidement débordés lorsque les limites n'ont pas été posées.

La difficulté à se positionner en tant que parent peut aussi être liée à la difficulté à donner à l'enfant une place d'enfant :

***Un AS du SPJ :** Ce qui est particulier souvent chez ces mamans, mais je sais pas si c'est que les mamans toxicomanes, mais c'est aussi les mamans en grande précarité, c'est qu'elles voient pas leur enfant comme un enfant. Elles en parlent comme si c'était déjà un grand. On pourrait dire qu'elles sont pas en lien avec leur propre enfant, c'est leur propre enfant. Donc elles pensent que le gamin, il leur veut du mal ou bien qui veut ça ou comme ça et elles en parlent vraiment comme d'un adulte. Alors qu'en fait c'est un enfant. Elles lui prêtent des intentions d'adulte.*

***Une infirmière en psychiatrie :** Ça c'est leur psychopathologie.*

***Une pédopsychiatre :** Elles arrivent pas à décrypter le... ben se mettre à la place de l'enfant en fait.*

Se mettre à la place de l'enfant peut être difficile, surtout lorsque celui-ci joue un rôle qu'une pédopsychiatre nomme de « bouchon » et une éducatrice des visites médiatisées de « sparadrap » : « On voit souvent que l'enfant, quand il naît, on a l'impression qu'il remplace pour un temps le produit dans leur façon de penser : 'maintenant, je l'ai lui, j'ai plus besoin, il va me remplir totalement' » (Pédopsychiatre). Une infirmière en psychiatrie explique que dans certaines psychopathologies qui peuvent être associées à la toxicodépendance, comme les personnalités dites borderline par exemple, on observe un surinvestissement de l'enfant, avec un sentiment d'abandon lorsque celui-ci commence à s'autonomiser (parler, marcher). Ces sentiments peuvent se traduire, comme l'a observé une éducatrice des visites médiatisées, par exemple, par une plus grande irrégularité des visites ou encore une reprise de la consommation ou, du côté du suivi des adultes, des parents qui parlent de leur enfant en consultation en disant « Mais il s'intéresse pas à moi, c'est fini, il a pas de lien, on me l'a enlevé. Quand je vais le voir, il va jouer avec ses jouets » (Une infirmière en psychiatrie).

La question de la parentalité peut alors sembler difficile à aborder du point de vue des besoins de l'enfant, ce qui peut apparaître désécurisant pour les professionnels chargés de la protection de l'enfant.

Une éducatrice des visites médiatisées : Et puis du coup, la difficulté que nous on rencontre pas mal, c'est de savoir exactement pourquoi est-ce qu'elles viennent voir leur enfant. Est-ce qu'il y a un bout où c'est aussi parce qu'elles ont besoin de réparer elles-mêmes en tant qu'enfant qui a grandi et puis qu'elles ont compris que c'était un lieu pour ça ? Et puis du coup, c'est des fois difficile de réellement s'atteler autour d'une table pour parler de l'enfant, des besoins de l'enfant, sans forcément traiter ce qui s'est passé avant. Donc il y a des fois un immense méli-mélo. Et puis on se dit vraiment "Mais ces mamans, elles ont besoin d'un soutien plus important." Il faudrait un lieu où elles pourraient parler de ça réellement et il existe pas forcément ou alors elles s'y adressent pas. Et puis il y a une immense confusion dans ce qu'elles recherchent réellement quand elles viennent voir leur enfant.

Ces dynamiques peuvent être interprétées, du côté de la protection de l'enfance notamment, comme une instrumentalisation de l'enfant, appelé alors « *enfant-médicament* ». Ce soupçon d'instrumentalisation peut être perçu comme une incompétence parentale et un danger pour l'enfant, qu'il s'agit alors de protéger.

Mais d'autres professionnels considèrent au contraire ces dynamiques comme l'occasion de travailler justement la parentalité, si ce n'est pas ou peu possible sur le plan pratique (axe 3), en tout cas sur le plan de l'exercice et/ou de l'expérience (axes 1 et 2), de manière à accompagner le parent dans l'appropriation de son rôle de parent. S'il admet que les trajectoires vécues par les parents en situation de toxicodépendance peuvent parfois accentuer les risques associés à ces projections, un médecin généraliste estime néanmoins que tous les parents projettent des peurs ou des aspirations sur les enfants et que ces projections sont intimement liées à l'expérience de la parentalité. Les difficultés peuvent provenir de l'écart entre les attentes des parents et la réalité, surtout lorsque la venue de l'enfant est peu préparée à la fois sur le plan pratique et symbolique.

Un médecin généraliste : Je suis effaré par le manque d'investissement qu'on a pour cette future maman avant qu'elle accouche, comme future mère et si c'est une mère toxicomane, comme future mère toxicomane. Des ateliers, art-thérapie, je sais pas, pour préparer, construire et puis peut-être aussi une préparation matérielle, comment vous concevez la vie de tous les jours, les nuits, si ça crie et tout ça.

Molénat (2013 : 195) souligne l'importance de prendre en compte suffisamment tôt les ressentis parentaux de manière à éviter des malentendus ou des décalages dans leurs relations avec les professionnels qui peuvent ensuite mettre en péril les collaborations ultérieures : « Ce sont bien les ressentis éprouvés dans la succession des rencontres aux étapes de la procréation puis du développement qui nourriront la sécurité ou l'insécurité parentale ».

Dans certains cas, l'accompagnement qui est fait dès le début de la grossesse peut aussi amener certaines personnes à se rendre compte qu'elles ne sont pas prêtes à devenir parent. L'accompagnement consiste alors à les aider à y renoncer et à leur permettre de faire une interruption de grossesse.

Une infirmière en psychiatrie: Et c'est [avant la naissance] où se travaille aussi le désir de grossesse ou le désir d'enfant. C'est pour ça que nous, en fait, on aime beaucoup les avoir, enfin c'est agréable de les avoir avant, parce qu'il y a beaucoup de mamans qu'on a pu accompagner au planning familial pour des interruptions de grossesse, voire au-delà en fait du délai autorisé. Parce qu'en fait, on s'aperçoit souvent aussi qu'il y a... on se remplit, enfin il y a quelque chose... ça va paraître un peu bizarre comme ça, en le disant... Mais il y a quelque chose où tout d'un coup, je vais être considérée... enfin on répare quelque chose, mais en fait c'est pas le bébé qu'on veut. Donc de retravailler là-dessus, avec tout ce que ça génère, petit à petit, elles arrivent à se dire [...] : « Non, mais j'ai pas envie, ça va être de nouveau terrible pour moi de subir ça. Je pourrais jamais subir cette pression. La cocaïne oui, je peux m'arrêter, mais je sais que j'ai jamais pu m'arrêter plus d'un mois. Du coup, je vais retomber dedans. Avec ma situation sociale... » La situation sociale, ça précarise aussi beaucoup les situations. Vous pouvez pas donner un enfant à quelqu'un qui a pas de domicile, enfin je sais que c'est très compliqué.

Dans d'autres cas, la parentalité peut être l'occasion d'accéder à une certaine « normalité », tout en constituant un point d'appui pour aller plus en profondeur dans le travail thérapeutique, comme l'explique une infirmière en psychiatrie :

Une infirmière en psychiatrie: *Après, certaines personnes font vraiment un enfant... c'est ce que je disais au départ, c'est que c'est un joli moment. Faut pas oublier que c'est un moment aussi où ces femmes... enfin ce que je vous disais, c'est intéressant, c'est un moment où elles peuvent se ressentir normales, où un moment donné elles peuvent dire : « Mais moi, ce que j'ai vécu, je veux pas le faire vivre à cet enfant. Maintenant, je pourrai tourner une page vis-à-vis de ce que j'ai fait ». En tout cas... c'est pour ça que dans la grossesse, il y a, entre le désir de l'enfant, le désir de grossesse, il y a vraiment quelque chose de très important qui se joue, où c'est bien qu'on soit déjà en lien avec ces femmes parce que moi, j'ai eu des situations où il y avait peu de... elles étaient très en surface au départ parce qu'elles ont eu tellement de traumatismes qu'elles se protègent en fait avec ça. Et puis tout d'un coup, avec l'arrivée de... enfin l'annonce d'une grossesse et puis être ravie d'être enceinte, etc., elles vont aller beaucoup plus loin dans des situations en disant : « Voilà, moi j'ai vécu ça, ça je voudrais surtout pas le refaire. Et puis la situation avec le papa, ben des fois il peut être comme ci, comme ça, ça m'inquiète, comment je peux faire, etc. ». Et puis il y a toutes ces angoisses qui montent et puis justement où on arrive... enfin, c'est bien qu'il y ait un lien, ça permet vraiment de travailler là-dessus. Et puis pour certaines qui sont adressées pour la grossesse où vraiment l'enfant va devenir primordial, ben ça peut se crocher sur quelque chose. Tout dépend aussi du lien qui va se passer.*

Du côté de l'enfant également, un travail d'accompagnement pédopsychiatrique peut être effectué, de manière à ce qu'il puisse s'approprier sa place d'enfant et donner du sens aux comportements de ses parents. Une infirmière en psychiatrie mentionne l'exemple d'un enfant dont les deux parents sont en situation de toxicodépendance, mais qui ont la garde alternée :

Une infirmière en psychiatrie : *Et ce gosse en fait, il dit : « Mais moi, j'ai ma maman et j'ai mon papa, et puis à chaque fois je sais que c'est tout doux chez ma maman et on va pas faire grand-chose. Mon papa, on va faire beaucoup plus de trucs, mais par contre, il va plus s'énerver ». Et en fait, il arrive, via la pédopsy et au suivi de la pédopsy, à comprendre les enjeux et puis à trouver sa place. Et puis du coup, les parents sont également pris et revus pour dire : « Mais voilà, attention à ci, à ça », et puis à chaque fois, on arrive à relisser les choses pour ça reprenne son sens.*

4.3.4. INTERVENIR AU-DELÀ DE LA STIGMATISATION

Les professionnels interrogés soulignent à quel point les parcours de ces personnes sont marqués par la stigmatisation sociale dont ils font l'objet, ce qui les rend très méfiantes face à toute démarche d'aide et renforce leur difficulté à se positionner comme parent.

Une infirmière en psychiatrie: *Et c'est là où des fois c'est compliqué, c'est parce qu'elles ont un tel regard, c'est-à-dire qu'elles sont tellement jugées depuis souvent très petites que, si on arrive en disant : « Bonjour, on va essayer de vous accompagner au mieux, etc. », pour elles, on est forcément maltraitants. Parce que tous les gens qui leur ont fait croire ça, c'est bien souvent des gens qui ont été abuseurs ou qui ont été... Et donc pour ces personnes, enfin... c'est difficile de croire qu'effectivement, la personne elle est vraiment... Enfin que c'est réel, etc...*

Les stratégies qu'elles développent pour éviter d'être confrontées à la stigmatisation (ne pas sortir, déménager souvent, etc.) contribuent souvent à les isoler et à affaiblir leur réseau d'aide et leurs ressources.

Une infirmière en petite enfance: *Leur contexte est très fragilisé, au niveau économique, au niveau social, au niveau regard des autres. Moi j'ai une maman qui n'arrivait pas à sortir de chez elle avec son enfant, parce qu'elle avait un look. Elle avait beaucoup consommé, ses dents étaient fichues... Donc effectivement, le regard des autres était quelque chose qu'elle ne supportait pas. Et on a dû beaucoup travailler sur... j'ai dû l'accompagner ! Et malgré tout, elle est venue une ou deux fois. Mais c'est vrai que c'est des mamans qui sont très isolées. Et puis elles déménagent souvent, pour se couper du milieu dans lequel elles sont. Ce qu'elles n'ont pas réalisé, c'est que partout où elles sont, elles vont être sollicitées. J'ai une maman qui me disait qu'elle était au parc avec son enfant et qu'un dealer est venu lui proposer de la drogue !*

Une infirmière en psychiatrie: *Elles ont l'impression que c'est marqué sur leur visage qu'elles sont toxicomanes, donc elles n'y vont pas [à des rencontres parents-enfants].*

En outre, du fait d'une prise en charge souvent très axée sur leur toxicodépendance, dans leurs interactions avec les professionnels, certains de ces parents ont paradoxalement tendance à renforcer eux-mêmes leur identité de toxicodépendant, au détriment de celle de parent.

***Une Juge de Paix :** c'est vrai que le problème c'est que on n'arrive pas, on a dû mal, ce que je disais au début, à les faire sortir du statut de toxicomane. [...] Je sais pas si justement dans le travail, que ce soit un suivi thérapeutique ou que ce soit dans ce que vous pouvez offrir comme cadre, de leur rappeler qu'ils sont pas seulement toxicomanes. Ils sont d'abord parents. Quand on veut parler d'eux comme parents et dans les réseaux, que ce soit avec le SPJ ou d'autres, qu'ils se positionnent d'abord comme parents. On leur donnera une place je pense dans ce réseau, on les écouterait, on pourra les entendre en tant que professionnels, mais uniquement s'ils s'affirment en tant que parents mais pas en tant que toxicomanes, ça c'est vrai.*

Or, selon les représentations que les professionnels ont de la parentalité et du danger, ce sentiment de stigmatisation peut être amplifié. Une travailleuse sociale de proximité (TSP) explique que dans son expérience, les professionnels contribuent à renforcer cette stigmatisation, en renvoyant à ces parents l'image que leur situation de toxicodépendance ne peut que les rendre incompetents en termes de parentalité :

***Une TSP :** Je me demande si on met la sonnette d'alarme la même chose si c'est un parent schizophrène, ou si c'est un parent violent [que si c'est un parent toxicodépendant]. [...] Parce qu'ils sont toxicomanes, ils peuvent pas avoir d'enfants. Ils savent déjà pas se soigner eux-mêmes, ils le sauront jamais, alors pourquoi ils doivent faire un enfant ?*

Les attentes des professionnels à leur égard peuvent souvent renforcer cette impression d'incompétence, car elles sont souvent trop exigeantes, non pas forcément en soi, parce qu'elles peuvent être les mêmes que celles demandées à d'autres parents, mais par rapport aux moyens dont disposent ces parents, qui n'arrivent pas toujours à y répondre de manière satisfaisante⁹.

***Une gynécologue :** Moi j'ai l'impression que leur demande d'être avant tout intégré à la société avant d'être parent. C'est une situation qui est fragile, mais qui est fragile sous tous points de vue et on leur demande beaucoup de chose pour pouvoir garder leur enfant. Quand un enfant est à l'hôpital de l'enfance pour un suivi de sevrage et qu'on leur demande de se rendre à trois endroits au centre-ville, plus quatre visites d'appartements le même jour, mais il faut être là pour faire les soins de l'enfant, je pense que ni vous ni moi n'arriveraient. A un moment, on peut pas.*

La perception de ces attentes peut avoir tendance à enfermer les parents dans une relation avec les professionnels où ils se sentent toujours obligés de prouver qu'ils sont de « *bons parents* », en développant des stratégies de dissimulation de tout élément qui pourrait mettre en péril cette image (consommation, difficultés de couple, etc.) : « *Une notion, c'est qu'il faut surtout pas que ça se voie [la consommation], sinon on va nous le retirer* » (Une infirmière en psychiatrie). Ils signalent les cas de certaines mères, auxquelles on a retiré la garde de leurs premiers enfants, qui vont jusqu'à ne pas signaler leur grossesse, de peur qu'on leur retire à nouveau la garde de l'enfant. Ou les cas de mères qui renoncent à avoir recours à des services spécialisés, comme par exemple dans le cas de violences au sein du couple, de peur que cela préjuge à leur image de parent compétent.

En disant que cela « *bloque la situation* », « *fait stagner* » ou « *étouffe ces mères* », plusieurs professionnels soulignent que le stress créé par les attentes, parfois multiples, voire contradictoires, que les professionnels peuvent projeter empêche de travailler les enjeux de la parentalité. Ils sont plusieurs à le déplorer, d'autant plus que cette thématique pourrait constituer un levier pour aborder les questions associées aux vécus traumatiques de ces parents et à leurs potentiels effets en termes de reproduction.

***Une infirmière en psychiatrie :** Ces mamans qui sont très seules, enfin dans un milieu un petit peu particulier, tout d'un coup la grossesse fait qu'il y a plein d'intervenants, il y a une sensation d'étouffement de ces mamans. Et puis là où je trouve que c'est un peu dommage, c'est que la*

⁹ Une juge de Paix souligne que ces attentes peuvent aussi apparaître exigeantes pour d'autres parents en situation de vulnérabilité et non seulement pour les parents en situation de toxicodépendance.

grossesse, c'est aussi un levier pour toutes ces femmes. C'est le moment où peut-être elles peuvent essayer de re-comprendre des choses et tisser des liens. Et puis souvent en fait, quand il y a l'étouffement, le stress qui se pose sur elle, ça inhibe un petit peu les choses et puis je trouve ça souvent dommage. Et puis ensuite, on est après avec ces mamans et ces enfants en bas âge. Il y a des choses qu'on devrait travailler, il y a beaucoup de psychopathologie chez les patientes. C'est souvent la maladie de l'addiction, il y a d'abord la maladie et puis après, bien souvent en fait, il y a une psychopathologie associée. Cette psychopathologie en fait, elle est souvent en lien avec un vécu traumatique, souvent, pas tout le temps, mais souvent. Et ce que je trouve dommage c'est qu'en fait, dans cet enfant, il va y avoir tout ce qui va se jouer autour de la reproduction éventuelle ou pas. Et tout ce qu'on peut travailler nous en tant que... enfin auprès de ces mamans, c'est souvent un petit peu inhibé, parce qu'il y a tout le temps des crises en lien avec le réseau très lourd, qui font qu'elles étouffent, qu'elles arrivent plus, qu'elles se sentent tout le temps épiées, espionnées, qu'elles ont l'impression d'être tout le temps jugées. Et puis c'est là où nous on trouve que c'est très compliqué parce qu'à la fois, on comprend bien l'intérêt par rapport à l'enfant, à l'évolution de l'enfant, etc. Et à la fois pour ces mamans, je pense qu'il y a vraiment des choses où on leur coupe un petit peu les jambes. Je trouve que c'est des situations qui sont très compliquées, qui sont très prenantes où je pense passer largement autant d'énergie de gérer le réseau que de gérer les patientes.

Le défi qui se pose pour les professionnels est de trouver un équilibre entre banalisation et dramatisation des situations.

***Un médecin généraliste :** La maman relativement abstinentes qui va avec sa poussette à la Riponne pour voir ses copains, peut-être pour avoir un bout de shit ou un peu de Dormicum, est-ce qu'on doit lui sauter dessus ? [...] Je trouve que c'est vraiment compliqué. Je suis pas en train de banaliser le problème de consommation d'héroïne et de Dormicum ou même de shit, hein. J'ai des parents qui sont contemplatifs à l'idée qu'il faudra peut-être arrêter le shit quand l'enfant il commencera à comprendre, mais pas quand l'enfant est né. Mais on stigmatise certaines consommations, certains comportements sociaux et moins d'autres. [...] Enfin, comment savoir à quel moment comment aider à bon escient ?*

Il s'agit de comprendre le rôle que joue la consommation dans une trajectoire, celle-ci pouvant être plus ou moins gérée par le parent. Par ailleurs, il semble que certaines drogues fassent l'objet de moins de stigmatisation aux yeux des professionnels. Par exemple, une infirmière de la petite enfance estime qu'une consommation de cannabis gérée, c'est-à-dire occasionnelle, en faible dose et circonscrite aux moments où le parent a moins de responsabilités à assumer face à son enfant (quand il dort par exemple) représente un danger moindre pour l'enfant.

***Une infirmière en petite enfance :** Il y a des mamans qui vous disent textuellement : j'en ai besoin pour dormir. Donc en fait le but après c'est de [leur demander] : est-ce quand vous consommez, vous n'êtes pas apte à vous occuper correctement de votre enfant ? Comment vous le faites ? Est-ce que c'est de façon occasionnelle ? C'est une soirée où votre enfant est chez la grand-mère et puis voilà ? Ou est-ce que c'est toute la journée ? Est-ce que c'est uniquement le soir quand l'enfant est couché ? Est-ce que vous êtes encore apte, s'il pleure, à vous en occuper ? Voilà...enfin, moi je me renseigne, je leur demande. Alors elles peuvent me dire ce qu'elles veulent hein ? Mais c'est là que la relation que l'on a construite, peut être intéressante. C'est d'entendre qu'elles peuvent fumer un joint le soir, une fois que l'enfant est au lit et de dire, ok, vous êtes bien consciente que vous êtes au bord, c'est pas juste pour votre enfant, et puis de le sentir, c'est un peu compliqué.*

4.3.5. ACCOMPAGNER AVEC DES RESSOURCES PROFESSIONNELLES INÉGALES

Pour faire face à ces défis, on constate de grands écarts entre les ressources dont disposent les professionnels interrogés. Ces dernières varient selon leur métier, le cadre institutionnel dans lequel ils s'inscrivent, leur formation et leur expérience. Si les professionnels spécialisés en toxicodépendances se sentent compétents pour accompagner la toxicodépendance des parents, ils se sentent souvent désarmés pour assurer une certaine continuité dans la protection des enfants, alors que les professionnels de la protection de l'enfance estiment manquer des connaissances nécessaires pour évaluer le danger que représente la consommation de drogues chez ces parents. Moins les professionnels ont de connaissances précises sur la toxicodépendance, plus ils se

sentent désécurisés, parce qu'ils ont l'impression de ne pas maîtriser la situation. A cela s'ajoute les peurs associées aux représentations sociales négatives véhiculées à propos de la toxicodépendance, qui peuvent être plus ou moins intériorisées par les professionnels eux-mêmes.

Une infirmière en petite enfance : C'est quand même quelque chose qui nous fait peur, on ne maîtrise pas du tout ! On n'a pas consommé, on n'est pas des consommateurs... on connaît pas ! C'est quelque chose d'inconnu quand même ! Enfin !

Une autre infirmière en petite enfance : Et puis c'est un milieu très en dehors des standards habituels...

Première infirmière: ... alors on a des représentations en plus !

Deuxième infirmière: En plus ! Il y a des films...

Première infirmière: ... on a tous des représentations. J'avais une représentation des toxicomanes qui était très précise. Après quand tu côtoies des gens... ah ben tiens ! C'est pas tout à fait ça !

La spécificité de chaque situation augmente la difficulté, la consommation de drogues n'étant souvent pas la seule problématique présente dans ces familles. Parfois, ce n'est pas la plus menaçante pour la protection de l'enfant, mais la plus visible ou celle face à laquelle ils se sentent le plus désemparés ou incompetents, ce qui peut contribuer à attiser leur sentiment de ne pas maîtriser la situation ou les risques qui y sont associés.

Pédiatre : Là, je suis une situation actuellement où en plus disons des consommations, il y a de la violence et c'est presque la violence qui est plus problématique à mon sens. Même si on peut se poser la question « Comment est-ce qu'ils sont quand ils ont consommés, est-ce qu'ils sont vraiment capables de répondre aux besoins même immédiats de leur petit ? ». Mais la violence est, je pense, souvent problématique dans le sens qu'elle a un impact direct sur le développement psychologique de l'enfant. Et à la fois, je pense que ses parents ont envie que leur enfant aille bien et puis à la fois, ils sont plongés dans leurs difficultés.

L'expérience peut permettre de nuancer les représentations que les professionnels ont de la toxicodépendance et de ses conséquences sur la parentalité, mais les connaissances spécialisées qu'ils ont jouent également un rôle important et peuvent expliquer des différences de positionnement parmi les différents intervenants concernés.

Une infirmière en petite enfance : Mais par rapport à la toxicodépendance, au réseau, je trouve des fois qu'on n'a pas tous la même priorité. [...] On n'était pas du tout sur la même notion, enfin la consommation qu'on autorisait ou qu'on n'autorisait pas, enfin... C'est PU négative, mais on a eu une PU positive une fois, ce n'est pas si grave, enfin... Je trouve que c'est un peu compliqué. Alors c'est peut-être un manque de connaissances par rapport à la toxicomanie, la prise, qu'est-ce que ça représente. Je pense que c'est peut-être ça aussi qui fait qu'on ne voit pas toujours les mêmes priorités tout le temps.

En outre, selon l'institution représentée, certains points de vue peuvent avoir plus de poids dans les décisions qui sont prises. Par exemple, une avocate déplore le fait que le SPJ mène lui-même ses propres enquêtes, qui ne constituent pas des enquêtes judiciaires et qui excluent les parents concernés, mais qui donnent lieu à des rapports qui jouent un rôle déterminant dans les décisions prises par la Justice de Paix.

Par ailleurs, ils sont plusieurs, surtout lorsque leur intervention n'est pas spécialisée dans la toxicodépendance, à se sentir très isolés dans leur intervention et à devoir composer avec des situations singulières pour lesquelles ils n'ont pas toujours ni la formation, ni l'expérience, ni la préparation ou le soutien nécessaires. Ils ont souvent l'impression de « faire ce qu'ils peuvent avec ce qu'ils ont » et d'apprendre « sur le tas » :

Une infirmière en petite enfance : Moi je pense que...voilà, je n'ai pas forcément...j'ai observé les mamans, j'ai appris, je me suis fait mener en bateau. En fait, je crois que c'est par là que ça passe. Et puis maintenant, ça fait deux ans et j'ai des petits radars qui se sont mis en place. Mais plus par l'expérience que par des connaissances propres.

Une autre infirmière en petite enfance : Moi je suis assez d'accord. Moi ça fait un peu plus longtemps, mais oui, je pense que c'est en fonction des situations. En plus, chaque situation est très différente. Mais

c'est vrai qu'on arrive avec nos armes quoi, on fait ce qu'on peut. Moi je trouve qu'on fait ce qu'on peut ! Et puis au fur et à mesure de nos expériences de ces situations et ben voilà...on se fait mener une fois en bateau, ah voilà je n'aurais pas dû dire ça parce que, tac ! Voilà, on apprend sur le tas !

La possibilité d'avoir recours à des formations spécifiques, d'une part, et d'autre part, à des soutiens dans le cadre de leur pratique professionnelle, comme la supervision ou l'intervision, peut s'avérer utile pour développer des moyens pour juger l'ampleur du danger et les mesures les plus appropriées à chaque situation et « *se sentir mieux dans des situations délicates* » (Un médecin généraliste).

Une infirmière scolaire : *Moi je trouve que les enseignants sont très démunis ! Ils sont déjà très démunis par rapport aux élèves toxicomanes et ils sont très démunis face aux parents toxicomanes, parce qu'ils n'ont pas de cours là-dessus. Il n'y a jamais eu de journée pédagogique sur les parents toxicomanes. Donc effectivement, là je voyais les trois enseignants qui ont eu ces enfants, ils étaient décontenancés par cette mère ! Il y en a une qui m'a dit : « Je lui ai presque dit : « Ferme ta gueule ! » au téléphone ! Elle était tellement agressive avec moi, elle n'a pas le droit d'être agressive comme ça avec moi ! », alors que...*

Chercheuse : *Vous, vous ne le prenez pas comme ça ?*

Infirmière scolaire : *Moi je ne le prends pas comme ça.*

Chercheuse : *Pourquoi ?*

Infirmière scolaire : *Parce que je suis une professionnelle et j'ai eu quelques connaissances. Mais je me*

rends compte que... Parce qu'on en a aussi de plus en plus de ces enfants et puis qu'il faudrait peut-être plus de connaissances.

Chercheuse : *Ouais parce que vous avez parlé du fait que vous en avez parlé en supervision, que ça vous a aidé aussi ?*

Infirmière scolaire : *Oui ça m'a aidé, absolument !*

Enfin, la marge de manœuvre professionnelle et institutionnelle dont ils disposent peut aussi jouer un rôle, avec un sentiment de responsabilité qui varie selon les institutions et les professions et qui permet de prendre plus ou moins de risque lors de l'accompagnement des parents en situation de toxicodépendance. La responsabilité professionnelle, le fait de devoir « rendre des comptes » à son institution ou publiquement, d'exercer un métier plus ou moins exposé, de travailler en équipe ou de manière isolée sont quelques-uns des éléments qui peuvent intervenir dans l'évaluation de la marge de manœuvre dont dispose le professionnel dans ses interventions et son sentiment de sécurité dans ces actes professionnels.

Un médecin généraliste : *Et puis après, il y a la sensation d'angoisse : « Mais qu'est-ce que je suis en train de faire ? Qu'est-ce qui pourrait arriver ? ». Angoisse pour les enfants et puis après, angoisse pour moi, si on me questionne, si le tribunal, si, si, si...*

4.3.6. COLLABORER ENTRE PROFESSIONNELS EN COMPOSANT AVEC DES POSITIONNEMENTS DIFFÉRENTS

La diversité des ressources dont ils disposent, ainsi que la diversité des représentations et positionnements entre professionnels peuvent créer des tensions lors de la collaboration entre eux et ajouter une difficulté supplémentaire dans l'accompagnement de la parentalité en situation de toxicodépendance.

Une infirmière scolaire : *Et puis il fallait aussi canaliser l'agressivité de l'enseignante. A un moment donné j'ai dit : « Mais fais attention, tu es en train de presque harceler une maman qui fait ce qu'elle peut avec ce qu'elle a » et je lui disais, on ne peut pas aller vite dans cette situation ! On est obligé d'aller lentement, je veux dire. [...] Il y a la psychologue qui est au courant, elle vit quand même dans un immeuble où il y a des voisins, la police est venue à plusieurs reprises, donc je disais, elle n'est pas si en danger que ça ! Et ça c'était une difficulté, de faire comprendre aux enseignants et à la doyenne, ben qu'il fallait pas s'exciter. Et puis c'est vrai que le SPJ [...], ils ont quand même agi très vite au moment où il fallait agir très vite !*

Des décisions prises en réseau peuvent ne pas être appliquées lorsqu'il y a des divergences de positions parmi les professionnels.

***Une éducatrice des visites médiatisées :** Alors c'est surtout quand ça concerne la sécurité de l'enfant. Moi, dans mon expérience, c'est surtout, quand il y a des ouvertures, plutôt certains tuteurs ou assistants sociaux qui nous freinent vraiment, malgré qu'il y a parfois justement des grands-parents garants sur une journée. C'est des parents qui sont autonomes, en tout cas dans la prise en charge de deux heures et demie, on est très peu présents, parce qu'il n'y a pas besoin. Et c'est vrai que quand il y a une assistante sociale qui est très fermée ou une tutrice encore plus lourde quand même, la tutelle, c'est difficile, il faut se battre. Et puis il y a des décisions qui sont prises en réseau et puis ça suit pas, il faut toujours relancer, il faut être derrière. Une extension de visite par exemple - ça veut dire que [les visites médiatisées] s'arrêtent parce que les parents ont assez d'autonomie.*

Comme le souligne Molénat (2001 : 19): « Personne n'a tort, mais tout réside dans la juxtaposition sidérante de plusieurs logiques avec, pour effet de discours, le gommage de la subjectivité des parents, faute de moyens pour y accéder, ou par réflexe institutionnel... ».

Ces divergences de positions peuvent avoir des effets sur les parents, qui reçoivent des informations contradictoires. Les répondants relatent des expériences où les professionnels ne défendent pas la même position devant le parent, par exemple lors des rencontres entre professionnels (appelées rencontres de réseau), ce qui peut contribuer à déstabiliser le parent plutôt que le soutenir.

***Un éducateur spécialisé en toxicodépendance :** Et puis bon on va travailler avec le réseau et puis de pouvoir... Alors ça, c'est des fois un luxe, mais de pouvoir préparer le réseau. Et puis pas de se retrouver en réseau, tout à coup être en désaccord avec des partenaires parce que là, c'est clair que pour les parents, même dans n'importe quel réseau, c'est un peu bizarre de voir que les professionnels ne partagent pas le même avis.*

Une gynécologue explique que ces divergences de positions entre professionnels, voire même entre différents réseaux de professionnels (par exemple, entre le réseau chargé de l'accompagnement avant la naissance de l'enfant et celui mis en place après) peut encourager les parents à développer des stratégies pour composer avec cette incohérence, comme la manipulation par exemple.

***Une gynécologue :** Et c'est vrai qu'on constitue un réseau à partir de 24 semaines [de grossesse], pour avoir le temps de les préparer. Suivant les situations, certaines ont même été vues quasi une fois par semaine pour réussir à mettre un cadre suffisant. Après, c'est vraiment l'offre et la demande. Quand elles ont besoin, elles viennent. Quand elles ont pas besoin, elles viennent pas. Puis quand l'enfant naît et elles ont un réseau à un mois, elles reviennent vers nous en pleurs en disant : « Tout ce qui a été fait pendant la grossesse a été complètement démonté, parce que j'ai pas été - alors c'est ce qu'on entend - j'ai pas été une fois à ci, une fois à ça ». Moi, j'avais l'impression qu'il y a une différence de discours entre les deux réseaux. Alors c'est vrai qu'il y a une variable qui est apparue qui est l'enfant, mais il y a une différence de discours entre les deux réseaux, une appréhension qui est très différente pour se porter garant pour un certain bout de temps de ces personnes [...] Alors oui, je pense que le professionnel est probablement souvent démuné face à ces personnes qui sont très résistantes et très joueuses avec tout ce qu'on peut bien leur dire. Donc chaque mot est interprété et re-interprété. Mais il faut pas oublier qu'elles ont entendu un premier discours et puis qu'elles vont entendre un deuxième et puis que ça les déstabilise. Donc du coup, ben, comme on fait tous, on garde le meilleur de notre discours.*

Molénat (2013 : 186) cite des études qui montrent que les avis divergents de professionnels sont reconnus comme un facteur de stress pour les parents. Face à un environnement qui n'apparaît pas cohérent, des parents aux prises avec des bouleversements émotionnels peuvent développer des réactions de défense telles que l'agressivité, l'évitement ou la rupture. Or, ces comportements sont souvent interprétés comme des fonctionnements pathologiques des parents plutôt que comme des stratégies visant à composer avec des interventions mal coordonnées.

En plus de fréquentes divergences de positions, les réseaux qui entourent les parents en situation de toxicodépendance sont jugés souvent disproportionnés (trop de monde), ce qui peut avoir un effet plus oppressant que soutenant pour les parents, même si ce qui est dit vise à les valoriser.

Un AS du SPJ : Quelque chose qui m'avait beaucoup touché, c'était un réseau avec dix spécialistes et une maman. Et pendant tout ce réseau, les spécialistes ont dit comme la maman était bien, qu'elle travaillait bien, qu'elle faisait bien. Et à la sortie du réseau, elle pleurait. Et puis là on lui pose la question : « Mais qu'est-ce qui s'est passé ? ». Elle dit : « Ils m'ont jugée ». Ce qui était vrai. [...] Je trouve que c'est un peu violent de faire des réseaux avec beaucoup de gens et puis un parent désigné comme incapable, enfin de ce que vous voulez, ça va pas du tout.

Une infirmière en petite enfance pense que l'importance des réseaux professionnels qui encadrent ces parents est plus rassurante pour les professionnels que pour les mamans. Une infirmière en psychiatrie estime qu'il est normal que les professionnels fassent des projections sur les parents toxicodépendants et que cette problématique avive des peurs. L'important est, selon elle, d'avoir les ressources et les moyens suffisants pour pouvoir développer une posture réflexive qui permet de prendre une certaine distance par rapport à ces projections dans l'intervention.

CONCLUSION.

ACCOMPAGNEMENTS DU PARENT ET DE L'ENFANT : INCOMPATIBLES OU INTIMEMENT LIÉS ?

Les professionnels interrogés s'accordent pour dire que les spécificités qui caractérisent la situation de toxicodépendance peuvent fragiliser et complexifier l'appropriation d'une position de parent. Néanmoins, la question est de savoir si la reconnaissance et l'accompagnement de ces spécificités est incompatible avec les principes de protection de l'enfance. En effet, l'analyse des discours des professionnels montre que la question de l'accompagnement de la PST est souvent posée en opposant bien de l'enfant et bien du parent, comme si l'un était incompatible avec l'autre.

Une avocate : On nous met le bien de l'enfant, alors qui est au centre de la justice, d'accord, mais on nous met le bien de l'enfant un peu comme s'il était en contradiction avec les revendications de la mère. [...] Alors qu'on se rend compte que des fois, le bien de l'enfant et la revendication de la mère, ils vont converger.

Comme le soulignent Chamberland et Trocmé (2010 : 363), « paradoxalement, l'organisation du réseau de services contribue à la fragmentation dans la compréhension des situations familiales ; l'approche par client donne une vision parcellaire de leurs réalités ».

Cette opposition peut expliquer la difficulté pour les professionnels de mettre en place un accompagnement qui soit réellement centré sur la parentalité, en tant que relation. En effet, ils ont souvent l'impression de devoir « choisir leur camp », en faveur de l'enfant ou en faveur du parent. Cette représentation dichotomique de l'accompagnement a tendance à cristalliser les positions, rendant la collaboration plus difficile entre acteurs qui soupçonnent souvent l'autre d'œuvrer « en défaveur » du bien du parent ou de celui de l'enfant. Par exemple, en disant qu'il faut reconnaître ces femmes comme des mères avant de les considérer comme toxicodépendantes, plusieurs répondants dénoncent une dramatisation et une stigmatisation de la réalité de la toxicodépendance. Or, à force de dénoncer cette stigmatisation, on peut tomber dans une forme de banalisation de situations qui restent très difficiles et complexes. Un assistant social du SPJ parle d'une « accoutumance » à la marginalité à force d'être en contact avec des situations marginales, qui peut faire oublier le caractère dramatique de certaines de ces situations ou les difficultés qui se posent pour leur accompagnement.

Un AS du SPJ : Effectivement, il y a une accoutumance et puis une banalisation. Comme dans le film [« Mamans de choc »]. Ce que moi, j'ai beaucoup reproché au film, c'est qu'on n'a pas dit comme c'était terrible, une toxicomane. C'est un peu, ouais c'est des mamans, c'est formidable, regardez comme elles collaborent ! Oui, mais...

Une infirmière en psychiatrie : Ces mamans ne voulaient pas être perçues comme toxicomanes, enfin, elles voulaient avant tout être perçues comme des mamans.

Un AS du SPJ : Ben ça cache un petit peu quand même le côté extrêmement difficile de leur situation. Donc qu'est-ce que c'est de courir après un produit, qu'est-ce que c'est que la dépendance, qu'est-ce que c'est que la solitude ? La honte, les angoisses...

De l'autre côté, plusieurs répondants ont répété à plusieurs reprises qu'il était nécessaire de « remettre l'enfant au centre » de l'accompagnement, comme s'ils avaient l'impression qu'en parlant de parentalité, on minimisait l'importance du bien de l'enfant. Un autre élément qui revient souvent est la peur que l'enfant soit instrumentalisé pour le bien du parent, ce que les professionnels expriment à travers l'expression d'« enfant-médicament ».

Une éducatrice des visites médiatisées : C'est vrai que dans les réseaux, souvent, c'est que des parents qui sont un petit peu... poussent pour absolument [avoir la garde leurs enfants] et ça devient un peu l'enfant médicament et ça je trouve... Ouais, je crois que vraiment, de toujours mettre les besoins de l'enfant au centre, tout petit, c'est vraiment... Et souvent, il y a vraiment des divergences.

Comme le relève Molénat (2001 : 18) : « Parler de la place des parents n'est pas une priorité pour ceux qui ont l'enfant pour objet d'attention. Ce qui paraissait relever de l'évidence [pour d'autres professionnels] heurte en fait les cloisons étanches que chaque corps professionnel a construites pour maintenir son identité et délimiter son champ d'action ».

Cette polarisation des positions a tendance à occulter le fait que l'aide apportée au parent et celle apportée à l'enfant sont indissociables, comme l'exprime une infirmière scolaire. Elle estime qu'à trop se focaliser sur la protection de l'enfance, on oublie que les parents jouent un rôle crucial dans le développement des enfants.

Infirmière scolaire : Je trouve ça absolument étonnant, parce que je ne suis pas la seule qui a des parents toxicomanes dans la classe et puis c'est le sujet oublié ! On n'en parle jamais !

Chercheuse : Mais comment vous expliquez ça ?

Infirmière scolaire : Je pense que nous, on se polarise sur l'enfant et qu'on oublie complètement qu'ils ont des parents et que ces parents sont très importants chez l'enfant. Et je pense que c'est ça, je ne sais pas la raison, mais je pense qu'on part en principe de l'enfant. Alors qu'on doit..., on doit aussi partir du principe de l'enfant avec ses parents. De l'enfant avec sa mère parce que, par exemple, si je reprends [le cas de] la petite [dont je vous ai parlé], là les deux étaient en souffrance. Donc, je veux dire que finalement, pour les deux il fallait une aide. Vous voyez ce que je veux dire ? Je pense qu'on ne peut pas dissocier quand on parle de sujet, la mère et l'enfant finalement.

Considérer la parentalité dans sa dimension relationnelle permet d'envisager que le renforcement du rôle de parent peut à la fois aider le parent et l'enfant. « En réalité, le mal-être des parents et celui des enfants sont inextricablement liés » (Chamberland et Trocmé, 2010 : 353).

En effet, l'importance du rôle joué par les parents dans la socialisation et le développement affectif des enfants n'est plus à prouver. Les travaux de Molénat (2013), notamment, soulignent l'importance de la sécurité interne des futurs parents, dès la grossesse et à chaque étape du développement, pour assurer un développement adéquat de l'enfant. Cette auteure soutient que la qualité des liens entre parents et professionnels constituent une clé pour accompagner le développement des enfants, surtout dans les situations complexes.

D'autre part, plusieurs études montrent que l'investissement du rôle de parent peut aider les personnes toxicodépendantes à s'approprier une identité différente que celle de « toxicodépendant » et à diminuer leurs conduites addictives, ce qui en retour peut les aider à mieux investir leur rôle de parents et d'être à même de garantir le bien de leur enfant. Notamment, une étude s'intéressant au processus d'investissement de la paternité à partir des consultations de la Division d'abus de substances des Hôpitaux universitaires de Genève (Soulignac *et al.*, 2003 : 96-97) constate que si, dans certains cas, la naissance d'un enfant peut accentuer les conduites addictives, dans tous les cas suivis aux HUG, l'investissement de la paternité s'accompagne d'une amélioration de celles-ci. Tous les pères qui ont obtenu la garde de leur enfant ont totalement abandonné la consommation de drogues. En outre, l'accompagnement de la parentalité peut constituer une porte d'entrée pour un suivi en toxicodépendance. L'évaluation d'un programme québécois adressé depuis 2008 aux parents en situation de toxicodépendance indique qu'un peu plus du tiers des demandes, adressées surtout par des mères, constituent la première demande d'aide pour ce qui concerne leur consommation (Ferland *et al.*, 2013 : 249). Chamberland

et Trocmé (2010) rappellent que les parents sont en général conscients qu'ils ne peuvent à eux seuls protéger leur enfant et vont souvent d'eux-mêmes chercher de l'aide. L'arrivée d'un enfant peut constituer un important facteur de mobilisation pour initier un changement dans les familles qui rencontrent des difficultés, ce qui « ébranle la croyance parfois énoncée que ces parents sont égocentriques et peu sensibles aux impacts de leurs comportements sur leurs enfants » (Chamberland et Trocmé, 2010 : 367).

Dans ce sens, l'expression « enfant médicament » revêt une connotation bien moins négative, parce que l'effet du « médicament » est bénéfique pour l'ensemble des parties concernées.

Un pédiatre : En tant que médecin de l'enfant, on peut pas faire énormément disons pour les accompagner, [les parents], dans leurs difficultés, si ce n'est d'essayer de les raccrocher à leur rôle de parents et de montrer l'importance pour leur enfant que eux aillent bien. Et puis des fois, ça, ça peut être une ressource, j'ai l'impression, pour qu'ils s'en sortent et pour qu'ils puissent tenir le coup. Comme si l'enfant était la raison pour laquelle ils vont mieux.

Un médecin généraliste : L'enfant médicament.

Dans ce sens, l'enjeu serait moins de « remettre l'enfant au centre » que de remettre la relation enfant-parent au centre de l'accompagnement.

Une avocate : J'ai vraiment de la peine à généraliser et à dire que [la PST] est une problématique particulière. Parce que je pense qu'il y a autant de femmes qui sont dans cette situation que de diversité de situations. [...] Donc je peux pas dire qu'il y a une spécificité, si ce n'est la spécificité que c'est des mères et puis que l'enjeu, c'est leur relation avec leur enfant. C'est le dénominateur commun. C'est d'être reconnues dans leur relation avec leur enfant.

4.4. LES PRATIQUES QUI FACILITENT L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PST

Pour faire face aux défis que nous venons de voir, les professionnels rencontrés ont développé différentes pratiques d'accompagnement de la PST (repères politiques), qui se basent sur des principes souvent partagés, mais pas toujours interprétés et appliqués de la même manière, selon leurs représentations de la parentalité et leur jugement du danger.

Cette section met en lumière les principes qui, à leurs yeux, facilitent l'accompagnement de la parentalité. Ces principes peuvent néanmoins être plus ou moins facilitants, voire possibles, selon les missions et les contextes de travail.

4.4.1. S'APPUYER SUR LES RESSOURCES ET COMPÉTENCES DES PARENTS SANS LES SURÉVALUER

Pour éviter que l'accompagnement ne renforce le sentiment de stigmatisation et de mépris vécu par plusieurs des personnes en situation de toxicodépendance, une piste évoquée par plusieurs répondants est de les considérer comme parents dotés de compétences, plutôt que de se centrer sur la problématique de la toxicodépendance, sans pour autant nier les spécificités ou difficultés liées aux réalités qu'elles vivent.

Une pédopsychiatre : Parce que c'est vrai que l'idée, c'est de se dire qu'on pourrait considérer ces femmes qui ont des vécus de rupture, de traumatisme, enfin qui se considèrent elles-mêmes comme des moins que rien, au moment où elles arrivent à la maternité, l'idée c'est de les considérer comme des patientes enceintes, pas forcément toxicomanes.

Une infirmière en petite enfance : Elles ont besoin d'être considérées comme une maman. Pas que comme une maman toxicomane.

Une autre infirmière en petite enfance : Elles ont besoin beaucoup d'être valorisées sur leurs compétences de mère.

A partir de son expérience en pédopsychiatrie, Molénat (2013) va également dans ce sens. Elle rend attentive au fait que toute proposition de soutien aux parents peut être interprétée comme une remise en question de leurs compétences parentales. C'est pourquoi il est important de renforcer la confiance et la valorisation de leurs compétences parentales.

« Il devient essentiel pour le parent de se voir reconnu d'emblée et à chaque étape comme parent, et qu'on ne vienne pas souligner les limites éventuelles dans la relation à l'enfant, même et surtout si elles deviennent préoccupantes. » (Molénat, 2013 : 201)

Cette posture suppose de reconnaître que les fragilités ou les difficultés vécues par ces personnes n'invalident pas d'emblée leurs compétences parentales. En effet, la stigmatisation est une forme de catégorisation qui réduit la personne à un trait unique de son identité, ici, la toxicodépendance, alors que l'identité est multiple : ces femmes sont aussi femme, fille, sœur, mère, voisine, etc. Prendre en compte la dimension plurielle de l'identité permet de considérer la personne comme dotée de ressources et de compétences qui ne sont pas uniquement liées à son expérience de toxicodépendance.

Un assistant social du SPJ: Même si elle était toxicomane à un moment donné, elle se résume pas à ça, elle est aussi un être humain comme vous et moi qui peut prendre des bonnes décisions.

Cette posture conduit en outre à considérer le caractère dynamique des situations. Si un parent se trouve à un moment donné dans une situation de fragilité qui lui permet difficilement d'assumer ses compétences parentales ou une partie de celles-ci, cela ne signifie pas qu'il est définitivement incapable d'être parent. Il s'agit donc d'adapter l'accompagnement de la parentalité en fonction des contraintes, capacités et difficultés vécues à un moment donné d'une trajectoire d'une personne, tout en se donnant les moyens de réévaluer régulièrement la situation et d'adapter les mesures en conséquence.

Une Juge de Paix : Mais c'est jamais trop tard ! J'aimerais bien qu'on change ce discours. D'abord, on prend beaucoup de mesures provisoires, provisoires, provisoires, provisoires, encore, encore, encore et toujours. [...] Et puis même, quand on retire [l'enfant] à titre définitif, c'est revu, enfin... Oui, on doit se dire que rien n'est perdu et rien n'est gagné. Alors moi je suis horrifiée quand vous dites qu'il y a des gens qui n'ont pas vu leurs enfants depuis 5 ou 6 ans et puis on a le sentiment, dans votre discours, que c'est quelque chose de complètement figé. [...] Alors comme on disait avant, quand même, ça dépend aussi de l'âge de l'enfant parce qu'il y a quand même... J'ai un enfant maintenant, [...] qui a clairement dit qu'il voulait plus de contact avec sa mère. C'est tout. Il a dit : « Je veux plus être déçu, je dois me protéger et maintenant c'est clair ». Je pense qu'alors là, c'est le travail de professionnel d'expliquer que c'est insupportable à la mère. Mais voilà. Ça, c'est aussi le respect et c'est aussi une partie du boulot. Mais c'est vrai que, autrement, j'ai l'impression quand même que ces situations sont pas toujours figées, enfin j'ai de l'espoir.

Enfin, plusieurs répondants soulignent le fait que cette posture de valorisation des compétences n'est pas propre à l'accompagnement de parents en situation de toxicodépendance, mais qu'elle peut favoriser tout accompagnement de parents avec des trajectoires marquées par des difficultés qui augmentent la peur d'être jugé négativement.

Un pédiatre : Moi je pense que c'est difficile pour beaucoup de parents qui vivent des situations compliquées. C'est pas du tout spécifique à des [parents en situation de toxicodépendance].

Un médecin généraliste : Le manque de confiance en soi, la peur de faire mal, faux et puis d'aller dire à un endroit où on va être jugé et puis d'autres endroits où on va être soutenus.

Un pédiatre : Et puis de renforcer les compétences des parents, parce qu'ils en ont.

Une telle posture permet de valoriser l'expérience de ces femmes et de reconnaître les différents rapports de pouvoirs dans lesquels elles s'inscrivent. C'est ce que proposent par exemple Corbeil et Marchand (2006) en proposant un modèle d'intervention féministe intersectionnel, qui vise à déconstruire la polarité des images stéréotypées des femmes.

Néanmoins, il s'agit de trouver un difficile équilibre entre valoriser les compétences des parents et trop leur en demander. Il ne s'agit pas non plus de placer la barre trop haute et laisser entendre des attentes qui seraient hors de leur portée. Dans ce sens, il s'agit aussi de mettre en place des mesures qui permettent à ces parents de souffler et de prendre soin d'eux, de manière à ce que leur rôle de parent ne devienne pas étouffant. Or souvent, lorsque ces parents n'ont pas d'emploi stable, il peut être difficile pour eux ou pour leur entourage, voire même pour des professionnels, de reconnaître la légitimité de ce besoin d'avoir parfois des « bouffées d'oxygène ».

***Une pédopsychiatre :** Moi, chaque fois je dis, il faut la garderie, une famille relais, enfin essayer de trouver des aménagements pour soulager ces parents. On peut pas demander... Souvent, on demande trop à ces parents, sous prétexte qu'ils travaillent pas ou... [...] Il faut aussi que les professionnels revoient un peu des fois à la baisse leurs attentes. Parce que tous les parents des fois font des conneries, même ceux qui sont pas toxicomanes et qui vont bien. Il faut faire attention de pas tomber dans le truc inverse où on attend d'eux d'être des parents parfaits.*

4.4.2. PERMETTRE AU PARENT D'ÊTRE ACTEUR DE L'ACCOMPAGNEMENT SANS NIER SES FRAGILITÉS

Comme l'exprime une infirmière de la petite enfance, un accompagnement suppose d'impliquer le parent dans la relation d'aide et de mobiliser ses compétences pour construire la relation : « C'est vraiment un accompagnement, c'est pas nous qui faisons le travail ». Il s'agit d'éviter « d'invalider en aidant », comme l'exprime un assistant social du SPJ. Cela suppose de ne pas adopter une posture d'expert qui sait mieux que la personne ce qui est bien pour elle, mais bien de co-construire avec elle l'accompagnement.

***Un assistant social du SPJ :** La très grande difficulté de toute l'histoire de l'aide, c'est de pas invalider en aidant. Parce qu'on doit au fond amener les gens à devenir autonome. Et puis si on les aide trop à être autonomes, ils sont de moins en moins. Donc c'est toujours assez difficile d'évaluer comment. Au fond, il faut être souvent assez fin dans ce qu'on fait par rapport aux besoins pour pas écraser les gens sous nos bonnes intentions. Moi je pense que les outils sont en place, il y a beaucoup de choses en place. Après, il faut qu'on travaille bien, qu'on mette beaucoup d'humanité, beaucoup de réflexion et qu'on laisse aussi les gens faire leur chemin. Si on fait tout à leur place, c'est de toute façon pas bien.*

Il ne s'agit pas uniquement de valoriser ses compétences, mais de les mobiliser pour lui permettre de participer de manière active à la mise en place des mesures les plus adaptées pour le soutenir dans sa parentalité, plutôt que de le confiner à un rôle de spectateur.

***Une TSP :** Ouais, la valorisation de leurs compétences et puis qu'ils soient un peu plus au centre. Nous, on a aussi souvent des retours de réseaux etc. où le parent, il vient et puis il assiste à ce qu'on a à lui dire : « Donc on a décidé que tac, tac, tac ». Il se sent spectateur. Alors que s'il est plus participant, on va mobiliser un peu plus ses compétences et on va sortir aussi de cette stigmatisation et on va commencer à pouvoir travailler avec et lui se sentir aussi un peu plus impliqué.*

En analysant avec le parent les situations qui n'étaient pas satisfaisantes, il est possible de trouver des manières d'être parent qui à la fois lui convienne et soient satisfaisantes pour l'enfant.

***Une infirmière en petite enfance :** On peut aussi ré-analyser, pourquoi vous avez..., qu'est-ce qui a fait que vous avez fait comme ça avec votre enfant, comment vous auriez pu faire autrement ? Les solutions que vous pourriez trouver. Qu'est-ce que ça vous provoque si vous l'entendez pleurer ? Voilà, toutes ces choses qui permettent de pouvoir aller plus en profondeur sur comment et pourquoi elle a réagi comme ça et pis pour la faire elle-même réfléchir. Pour se dire, mais tiens pourquoi j'ai fait ça, j'aurais peut-être dû faire autrement. Qu'elle essaie aussi d'avancer elle-même ! C'est facile de dire : non faites pas ci, faites ça ! Ça ne va rien résoudre ! C'est juste faire vraiment travailler pour... qu'est-ce que vous pensez, est-ce qu'elle aurait pu faire autrement pour mieux faire ? Mais avec certaines c'est faisable, avec d'autres pas ! C'est juste pas faisable !*

***Une autre infirmière en petite enfance :** Et avec des mamans, il n'y a aucune prise. On ne sait pas comment faire ! Et souvent ça ne se finit pas très bien.*

4.4.3. LES CONDITIONS QUI FAVORISENT LA PARTICIPATION DES FAMILLES

L'implication et la participation ne se font pas automatiquement. Une étude de Cleaver (2006, cité par Chamberland et Trocmé, 2010), qui a étudié plus de 350 dossiers de protection de la jeunesse en Angleterre, révèle que seule une minorité de parents interrogés se sentent impliqués dans les processus d'évaluation et de planification les concernant. Or, par ailleurs, Sellenet souligne les risques normatifs associés à ce qui peut devenir une injonction à la participation qui pourrait avoir tendance à surresponsabiliser les parents et à limiter l'évaluation de leurs compétences parentales à leur capacité à participer. En effet, elle a pu constater que les premières compétences que les professionnels évaluent chez les parents sont les compétences sociales, et notamment sa capacité à être acteur et à prendre en charge sa destinée : « Le parent compétent est un parent qui collabore et qui réagit » (Sellenet, 2009 : 113).

Il y a néanmoins des conditions qui peuvent favoriser une participation des parents à leur accompagnement, tout en réduisant le risque que celle-ci ne devienne une injonction trop enfermante. Sans viser l'exhaustivité, quatre conditions apparaissent de manière prépondérante dans le discours des répondants : voir (donner) un sens à l'intervention professionnelle, se sentir en confiance, pouvoir compter sur la continuité du lien et être accompagné et aidé dans ses efforts de participation.

4.4.3.1. VOIR UN SENS À L'INTERVENTION PROFESSIONNELLE

Plusieurs répondants remarquent que l'implication des parents est plus importante lorsque ceux-ci voient un sens à être accompagnés dans leur parentalité, lorsqu'ils « ressentent le besoin d'être accompagnés ». Chamberland et Trocmé (2010) vont dans le même sens en expliquant que des interventions qui ne blâment pas les parents, mais qui font du sens pour eux sont centrales pour leur permettre de devenir des partenaires actifs de leur propre changement.

Cette posture qui met l'accent sur le sens de l'accompagnement permet d'interpréter le désinvestissement de la relation d'aide non pas comme une incapacité du parent (désorganisation, incapacité à utiliser un agenda, etc.), mais comme des « signaux d'alarme » signalant qu'ils ne voient pas de sens à cet accompagnement ou qu'il ne correspond pas à leurs besoins (perçu comme intrusif, contrôlant, par exemple).

Une infirmière de la petite enfance : Mais je me disais, est-ce qu' [un agenda], ce n'est pas quelque chose qui [pourrait les aider à s'organiser] ? Parce que nous quand on arrive, l'agenda, c'est pas une priorité quoi ! Mais peut-être que c'est... enfin... un moyen de les..., qu'est-ce qui conviendrait à ces mamans pour leur rappeler le rendez-vous ?

Une autre infirmière de la petite enfance : Elles vont s'en rappeler si elles ont un but, si elles ont un objectif d'avoir ce rendez-vous. Si elles ne voient pas l'intérêt de ce rendez-vous, elles ne vont pas s'en souvenir. [...] Notre but c'est qu'on arrive à établir cette confiance avec elles, de manière à ce qu'elles voient de l'intérêt, comme toutes les autres mères en fait, à ce qu'on vienne. Pourquoi elle vient, elle ? Pour me surveiller ? Ou parce qu'elle m'apporte quelque chose par rapport à mon rôle de mère ? Et je pense que c'est ça qui est essentiel, il faut qu'on arrive à faire ça !

Parfois, le cadre peut s'avérer trop contraignant pour permettre au parent d'y voir la possibilité de réellement investir sa relation avec son enfant. Une avocate mentionne par exemple les possibilités d'activités limitées offertes par le cadre de certaines visites médiatisées.

Une avocate : Parce que c'est un endroit fermé. On peut pas sortir. On est totalement surveillé. Il faut s'y rendre, déjà : ça peut être un sacré écueil suivant les disponibilités financières et matérielles. [...] Quand c'est médiatisé avec un intervenant qui vient surveiller le droit de visite, c'est déjà un petit peu mieux accepté parce que ça peut être à la maison, donc on est dans ses affaires, il y a des chances de faire des choses ensemble, des bricolages. J'ai aussi pas mal de mamans qui me disent, moi j'aimerais emmener mon enfant à la piscine. Enfin... c'est aussi offrir un moment avec l'enfant qui est particulier. Voilà, elles ont envie vraiment d'avoir un moment d'échanges important avec l'enfant. C'est vrai qu'à [lieu de visites médiatisées], mis à part jouer avec des cubes sur un tapis...

Par ailleurs, il peut être difficile de permettre au parent d'investir l'accompagnement de sens si le professionnel lui-même n'y voit pas de sens. Il peut lui aussi être amené à désinvestir la relation si elle ne fait pas de sens à ses propres yeux. Souvent la demande doit être décodée, comme par exemple lorsqu'un parent vient consulter un médecin pour une otite ou une assistante sociale pour des questions de logement, mais que la demande qui surgit est toute autre. Un médecin généraliste et un pédiatre estiment que les demandes qu'ils appellent « psychosociales » représentent au moins 50% des motifs des visites de leurs patients, sous le couvert d'autres demandes.

Une piste évoquée pour permettre à la fois au professionnel et au parent de donner du sens à l'accompagnement est celle de l'axer davantage sur la parentalité, plutôt que sur la gestion des risques liés à la consommation. Selon une infirmière en psychiatrie, un accompagnement trop axé sur le danger que représente la consommation risque d'évacuer les enjeux liés à la parentalité elle-même.

***Une infirmière en psychiatrie :** Et bien souvent, l'angoisse du professionnel vient du fait qu'en fait, il n'y a pas de sens mis dans la prise en charge. Et le sens, il est aussi difficile pour ces mamans toxicomanes parce qu'à un moment donné, elles sont tellement submergées par le fait que tout s'axe entièrement sur la consommation, en fait ça brouille les pistes. [...] Et ce sens-là, eh ben, il est, enfin voilà, c'est souvent parasité parce que ben oui, mais il y a une prise d'urine positive, oui mais... Est-ce que l'enfant est vraiment en danger ? Mais du coup, est systématiquement positif, qu'est-ce qu'on fait ? Enfin comment on travaille ça ? Et puis comment on travaille ça avec ces mamans et comment on travaille ça aussi avec le réseau pour se dire, mais finalement, comment on peut mettre un peu plus de sens autour de l'accompagnement de ces mamans, de qu'est-ce que c'est qu'une parentalité saine.*

Même lorsqu'il s'agit de placer l'enfant, la mesure peut avoir un sens si elle est présentée comme étant à la fois dans l'intérêt du parent et de l'enfant, plutôt que dans l'intérêt de l'un, au détriment de l'autre.

***Une pédopsychiatre :** Moi, il y a quelque chose qui m'a beaucoup aidée, c'est de me dire qu'on protège aussi les parents en protégeant son enfant. Parce que de se dire qu'un parent quand même peut-être par moments qu'il est maltraitant avec son enfant, ça doit être terrible à vivre. Et souvent, moi c'est ce que je présente aux parents, de dire, mais je protège aussi le côté « bons parents » chez vous en signalant au SPJ. Pour moi, j'ai dans l'idée que, évidemment, je signale pour protéger l'enfant, mais que je protège aussi son parent, parce que c'est horrible de se vivre comme maltraitant quand on est parents. Et avec cette idée en tête, ça va beaucoup mieux !*

***Une infirmière en psychiatrie:** Peut-être, si tu peux permettre, via ce discours-là, on veille à ce que ça ait du sens aussi pour le parent.*

Parfois, lorsque la relation d'aide n'est pas contrainte, le professionnel doit aussi être en mesure de reconnaître qu'elle peut ne plus avoir de sens, tout en s'assurant qu'en cas de besoin, le parent saura à qui s'adresser et pourra être soutenu.

***Une infirmière de la petite enfance :** On espère que la maman a suffisamment de ressources et qu'elle arrivera à demander à d'autres personnes de l'aide. Enfin bon, pour moi c'est ça, c'était ok, Madame voulait plus, mais parce que je ne répondais pas à ses besoins certainement ou qu'elle était préoccupée par autre chose ou qu'elle avait besoin d'autre chose que je ne lui apportais pas. Et puis ça je peux l'entendre. Comme toute maman qui, à un moment, ne trouve pas de sens à mes visites. Ce qui peut arriver, enfin je n'ai pas la science infuse, enfin voilà quoi ! Je vais chez les gens s'ils le souhaitent pour essayer de leur apporter quelque chose ou leurs donner un soutien. Il arrive un moment où on arrive au bout de cette relation s'il n'y a plus de sens. Et voilà. Je n'ai pas été inquiète, dans le sens où je savais que c'était une maman qui avait un réseau important à côté d'elle et que je pensais que j'avais peut-être, à ma petite mesure, mis une petite pierre à l'édifice. Tout simplement.*

4.4.3.2. SE SENTIR EN CONFIANCE

Dans l'expérience de plusieurs répondants, le sens de la relation peut se construire si l'accompagnement est fondé sur une relation de confiance, dans laquelle le parent peut se sentir reconnu et valorisé dans ses compétences parentales, mais aussi dans ses apports à la relation d'aide. Parmi les conditions qui facilitent l'établissement d'une relations de confiance et qui sont mentionnées par les répondants, on trouve : le non-jugement et le respect, le renforcement du pouvoir d'agir et la transparence.

Le non-jugement et le respect du parent ressortent comme des conditions favorisant l'établissement d'une relation de confiance.

Un AS du SPJ : C'est très difficile à dire [ce qui a marché dans le cas cité], parce qu'il a beaucoup de choses qui sont indicibles dans ce qui se passe, dans les relations qu'on a et puis dans les prises en charge. Probablement que moi, j'arrive à regarder au-delà de leurs étiquettes et de garder un certain respect. Une maman, même si elle est un peu au fond du pot, de regarder sa bonne partie et puis de l'encourager et puis... Et puis ça permet... Je dis toujours, si on regarde les défauts, on va pas être déçus. Si on regarde les qualités, c'est plus difficile, mais on a des chances de les faire émerger.

Une attitude positive centrée sur la valorisation des compétences du parent permet de renforcer leur pouvoir d'agir et favoriser leur implication dans la relation d'aide.

Un éducateur spécialisé en toxicodépendance : Alors nous, on a l'impression enfin... on est en train de plus en plus plancher sur des approches positives, qu'il y a différentes approches systémiques ou psychologie positive ou ce qu'on appelle aussi développement du pouvoir d'agir. C'est une sorte de traduction de l'empowerment par rapport à d'autres personnes aussi, mais par rapport à ce type de clientes. Parce qu'il y a beaucoup de culpabilité, de jugement extérieur, mais d'auto-jugement aussi. Et puis essayer de pouvoir se concentrer sur la moitié du verre plein et puis pas de tourner en rond sur justement les éléments négatifs. Et puis ça, on remarque que ça peut aider.

Une assistante sociale du SPJ rappelle toutefois que cette attitude de valorisation ne doit pas faire oublier les fragilités de ces parents, qui ont aussi besoin qu'on reconnaisse leurs difficultés et que l'accompagnement soit adapté en conséquence.

Une AS du SPJ : Alors c'est vrai qu'au SPJ, c'est vrai qu'on a quand même un peu ces pratiques de réseaux. Après ça dépendra de l'assistante sociale. Mais on est parfois à mon avis pas assez sensibles aux difficultés de ces parents.

Une infirmière en psychiatrie souligne quant à elle qu'une relation de confiance est réciproque. Cela nécessite parfois de mettre des limites et de ne pas accepter de banaliser certains actes sous prétexte que la personne vit des difficultés.

Une infirmière en psychiatrie : Je vais pas accepter que quelqu'un pique dans mon sac parce que j'ai un super lien avec ou... voilà. Et puis dans le sac de ma collaboratrice à côté de mon bureau. [...] C'est pas parce qu'on a des situations de personnes qui sont difficiles qu'on peut tout accepter. Enfin, il faut qu'on reste professionnels et il faut qu'on reste en lien.

Enfin, la transparence des décisions prises ou des mesures proposées est un autre principe cité par les répondants permettant de favoriser l'établissement d'une relation de confiance. Expliquer les décisions prises et rester cohérent permet de maintenir la confiance. Cela ne veut pas dire que les décisions ne peuvent pas évoluer dans le temps ou que le professionnel prend toujours les bonnes décisions. Mais il s'agit de donner au parent les clés pour comprendre pourquoi une décision peut changer et quels sont les critères d'évaluation de la situation.

Une Juge de Paix : Mais je crois qu'il y a une chose, c'est qu'il faut qu'on garde toujours la même ligne, nous. Après, si les situations changent, il faut leur rappeler que la situation a changé : «Je vous ai dit ça il y a six mois. Mais depuis, voilà, voilà ce qui s'est passé. Donc l'historique a changé, donc je peux pas, ce dont on a parlé il y a six mois, ça n'a rien à voir ». Donc c'est vrai que ça, je crois que être clair, être toujours clair, même s'ils entendent ce qu'ils veulent, qu'ils vont nous restituer l'inverse, c'est égal. Mais nous-mêmes, quand on est face à des personnes toxicomanes, il faut qu'on soit clair. Parce que c'est tellement déjà le désordre dans leur tête que, je crois que nous, on doit être clair. Et puis on doit aussi

expliquer que, oui, là, je me suis trompée, admettre que je me suis trompée. Là, j'avais cet espoir mais ça a été déçu.

Un pédiatre souligne que la transparence vaut aussi lorsqu'il s'agit de communiquer au parent les inquiétudes du professionnel, lorsqu'il en a, en veillant toutefois à ne pas émettre de jugement sur les parents ou la situation dans laquelle ils se trouvent.

***Un pédiatre :** Et c'est vrai qu'il y a une forte demande pour qu'on dise comment va l'enfant. Je pense que ça rassure beaucoup les parents si on leur dit : « Ecoutez, votre enfant, il se développe bien, il va bien. Ce qu'on voit de positif, c'est ça, ça ». C'est vrai que ça les booste, ça les rassure. Et puis des fois, on peut pas dire qu'on est tout à fait rassuré. On est plutôt amené à dire nos inquiétudes. Après, il y a une manière de dire. Si on dit : « Ecoutez, on est inquiet pour telle ou telle raison », mais qu'on va pas émettre de jugement ou dire que c'est parce que vous avez vos problèmes que ça se répercute sur l'enfant, etc., en général c'est bien accepté. Je pense que les personnes fondamentalement méchantes et perverses, c'est rarissime.*

La transparence concerne aussi les informations qui sont communiquées aux autres professionnels. Il est important que le parent puisse avoir des espaces où il peut se confier en toute confiance et que le professionnel soit clair lorsqu'il est confronté à la nécessité de transmettre des informations à des collègues.

***Une infirmière en petite enfance :** Si une maman ne veut pas qu'on dise un élément hyper important et ben on est un petit peu pris entre deux... Si ça met en danger la vie de l'enfant, là on va dire à la maman: « Ecoutez, cet élément-là je ne peux pas ne pas le relater, tout simplement parce qu'il est important pour la prise en charge de votre enfant ». Et là vous lui le dites et donc elle est au courant.*

Une piste proposée par plusieurs répondants est d'encourager le parent lui-même à transmettre les informations importantes aux professionnels concernés, ou alors de les transmettre en sa présence.

***Un médecin généraliste :** La maman, elle a besoin de dire des choses différentes au pédiatre qu'à son médecin généraliste, qu'à je sais pas qui. Et si tout s'égalise au fur et à mesure, enfin c'est un monde impossible, un monde où tout se dit, ils ont droit à aucune marge de confidentialité. Mais on doit effectivement trouver une modalité, un accord avec eux que ce qui nous paraît être important de communiquer, il faut le faire. En général, j'essaie toujours de dire : « Est-ce que vous avez parlé à votre psychiatre de ? Est-ce que le pédiatre sait que ? ». Si on parle de l'enfant qui dort mal, qu'on sait plus quoi faire : « Est-ce que vous en parlez au pédiatre ? ». Si le patient peut servir de moyen de communication, évidemment on résout ce problème de secret. Sinon : « est-ce que vous m'autorisez à passer un coup de fil devant vous ? ». Souvent, c'est devant [le parent], surtout quand c'est les services sociaux ou comme ça. Ça m'arrive aussi de téléphoner en présence du patient. Là ils voient ce qui se passe, c'est pas dans les coulisses. Mais c'est vrai que c'est très très compliqué, bien sûr.*

Pour Léveillée et Bouchard (2010 : 353) l'obtention du consentement des usagers lorsque des renseignements qui le concernent sont transmis permet non seulement de maintenir le lien de confiance avec les parents, mais également de réduire l'ambiguïté qui existe souvent entre les professionnels à propos des règles du partage de l'information. En effet, selon ces auteurs, cette ambiguïté nuit à la collaboration entre les professionnels.

4.4.3.3. POUVOIR COMPTER SUR UNE CONTINUITÉ DU LIEN

La continuité du lien ressort des discours en tant que principe favorisant la construction d'une relation de confiance et l'investissement de la relation d'aide. Assurer la continuité du lien apparaît d'autant plus important que, comme on l'a vu, le défi de la continuité semble se poser de façon particulièrement importante dans les trajectoires des personnes en situation de toxicodépendance. Ayant souvent elles-mêmes vécu des discontinuités au niveau affectif, elles peuvent se montrer réfractaires à s'engager de manière continue dans une relation. Le défi de la continuité du lien se pose à deux niveaux : au niveau de la relation entre le parent et son enfant et celui du lien entre le parent (et/ou l'enfant) et les professionnels qui les accompagnent.

Tout d'abord, la continuité du lien parent-enfant : lorsque l'enfant est placé hors de sa famille, notamment, il apparaît important aux yeux des répondants de maintenir un lien le plus continu possible entre parents et

enfants, de manière à rendre la relation de parentalité vivante et la moins idéalisée possible. Cela permet à la fois au parent et à l'enfant de voir le sens d'investir cette relation. Lorsque le lien n'est pas incarné par des rencontres régulières, il peut être idéalisé, voir désinvesti progressivement par l'enfant, ce qui peut aussi décourager le parent de s'approprier son rôle. Une éducatrice plaide pour des visites médiatisées régulières lorsque l'enfant est placé, à un rythme d'au moins tous les deux mois. Elle mentionne l'exemple d'une mère qui n'a pas revu son enfant pendant six ans. Lorsqu'elle l'a revu, l'enfant a mesuré l'écart entre l'idéal qu'il avait de sa mère et la réalité d'une mère encore aux prises avec plusieurs difficultés. De son côté, la mère était tentée de ne plus voir son enfant, craignant de lui faire plus de mal en le voyant.

***Educatrice :** C'est vrai que le but, c'est vraiment ça, c'est que, surtout dans la toute petite enfance qu'il y ait des contacts réguliers. [...] Et l'enfant, il a idéalisé cette maman qu'il a pas revue depuis six ans. Et puis en la voyant, ben, voilà. Et maintenant, on lui dit [à la mère] : « Vous comprenez, depuis qu'il vous a vue, à l'école, c'est difficile ». Elle dit : « Mais moi je veux voir mes enfants, mais si ça doit faire plus de mal qu'autre chose, et bien, je lâche ». C'est ça qui est... Non, moi je suis désolée, mais même si c'est pas chaque semaine, mais au moins tous les deux mois, d'avoir [une rencontre].*

Pour d'autres répondants, cette continuité n'est pas que temporelle ou observable dans les faits (pratique de la parentalité). Elle repose certes sur la responsabilité du parent d'assumer ses engagements face à son enfant, mais le défi pour le professionnel est de pouvoir composer avec les difficultés qui ne lui permettent pas toujours d'honorer ses engagements. Il s'agit de travailler la parentalité sur le plan symbolique, en rendant cette relation présente ou compréhensible pour l'enfant, au-delà des faits observables, par exemple en expliquant - lorsqu'il en a les moyens - les comportements ou les absences de son parent.

***Une pédopsychiatre :** Et puis la régularité [est importante] je pense. Quand une visite est annoncée à l'enfant et que le parent ne se présente pas...*

***Une éducatrice des visites médiatisées :** Oui, ça pose toujours la question de quand il revient après quatre mois, on fait quoi ? L'enfant a besoin de son parent, mais comment est-ce qu'on le réintroduit ?*

***Un AS du SPJ :** Comment vous l'expliquez à l'enfant.*

Or, cette continuité du lien peut prendre des formes différentes selon les situations. Par exemple, maintenir à tout prix un enfant dans sa famille peut représenter une tâche trop importante pour certains parents à un moment donné de leur trajectoire et un placement de leur enfant peut représenter un soulagement pour eux.

***Une infirmière de la petite enfance :** Après, quand on est en consommation permanente, un moment je pense que voilà...il faut que ça s'arrête ! Et puis il ne faut pas qu'on se dise : et ben voilà ce n'est pas bien pour l'enfant, il faut garder absolument ce lien. Cette mère, en fait, était très heureuse quand on a placé cet enfant, car elle n'arrivait pas du tout à gérer sa consommation et cet enfant ! C'était trop ! Ça ne jouait pas.*

Le défi de la continuité se joue aussi dans le lien entre le parent (ou l'enfant) et le professionnel. Il est d'autant plus important qu'il permet symboliquement de montrer qu'une continuité du lien est possible, même lorsqu'on a affaire à des trajectoires souvent marquées par des multiples ruptures. Une infirmière de la petite enfance souligne l'importance d'être là de façon continue pour le parent, surtout lorsqu'ils peuvent avoir tendance à mettre ce lien à l'épreuve.

***Une infirmière en petite enfance :** Ce qu'il y a pourtant dans ces situations c'est que souvent justement, enfin moi je trouve que souvent, justement des personnes qui ont eu beaucoup de ruptures dans leur vie, rupture familiale, rupture... Le fait qu'ils nous mènent en bateau, qu'ils nous disent des cracks, on est toujours là, enfin je veux dire, on continue d'être là, on est des fois les seules personnes en fait qui continuons à être là et ça, ça permet justement d'avoir ce long terme. C'est qu'on ne lâche pas même si tout à coup il y a des rechutes, mais nous on va tout le temps être là, qu'elles voient sur un suivi, même si elles font des immense bêtises, on sera toujours là. Et je pense que ça c'est aussi important, c'est de maintenir ce lien malgré tout, pour des personnes qui ont quand même des cassures.*

Parfois, c'est la dimension contraignante du suivi du SPJ qui peut jouer ce rôle d'assurer la continuité, malgré le fait qu'il peut être vécu comme contrôlant, parce qu'imposé justement.

Un pédiatre : *Ben moi je trouve que c'est un des aspects d'un suivi SPJ qui est utile : c'est de garder le contact, même s'ils sont pas toujours bienvenus, mais il y a un côté contraignant qui fait qu'ils ont pas le choix. Alors ça peut des fois ne pas avoir vraiment de sens au sens de fin thérapeutique, mais au moins il y a quelqu'un qui tient la route.*

Un médecin généraliste : *C'est vrai qu'ils demanderont à la mère : « Est-ce que vous revoyez votre médecin ? », et puis ils vérifieront que l'enfant est vu par le pédiatre. Le SPJ, ce serait cet œil qui vérifie quelque chose sur le long terme. Je pense qu'on devrait ou on doit pouvoir compter sur eux.*

Mais d'autres fois, la contrainte apparaît trop importante pour le parent qui désinvestit alors la relation. Il apparaît alors important que le SPJ puisse compter sur le suivi de professionnels qui ont pour mandat d'apporter une aide volontaire.

Un AS du SPJ : *Quand il y a une contrainte forte, quand il y a un gros risque et puis que la maman consomme, ben elle disparaît parce qu'elle arrive pas. Dans cette idée d'aide de contrainte, ben c'est la contrainte qui prime. Et on n'arrive pas tellement à l'aider. C'est là que, par contre, c'est intéressant qu'on soit plusieurs dans le réseau. Et puis par contre, souvent, comme il y a une médication pour ces mamans qui sont dans une situation les plus difficiles, ben elles arrivent à raccrocher à [la clinique psychiatrique spécialisée]. On les voit plus à [l'organisme chargé des prises d'urines], mais par contre, si par exemple il y a de la méthadone ou quelque chose comme ça, ben ça aide à maintenir dans le réseau de soins parce qu'il y a quand même un suivi.*

Or, les professionnels ne sont pas toujours eux-mêmes à même d'assurer la continuité de la relation d'aide.

Une Juge de Paix : *Mais c'est vrai que, j'ai beaucoup de gens qui disent : « Vous êtes la seule personne qui reste ». Et c'est vrai, par rapport aux soins, par rapport aux psys, par rapport aux AS, par rapport à tout ça, ils ont personne qui reste. Alors je dis pas qu'on a quelque chose qu'on peut faire, mais ça je crois que c'est super important. Et quand vous disiez, qu'est-ce qu'on peut leur apporter, mais de la continuité dans la prise en charge.*

Un défi qui se pose est l'important roulement des personnes qui occupent certains postes exposés, épuisants ou liés à des contraintes de mobilité. Une infirmière en psychiatrie explique qu'un élément de réponse qui a été trouvé dans le domaine médical est de donner aux infirmiers et infirmières les moyens d'assurer la continuité du suivi, puisque c'est dans ce métier qu'on observe le moins de roulement, contrairement aux médecins par exemple. Par ailleurs, selon les contextes institutionnels, d'autres difficultés peuvent se poser : certains professionnels ne sont pas remplacés en raison de contraintes budgétaires, ou alors les professionnels qui quittent leur poste ne sont pas toujours en mesure de donner aux familles les informations sur leur successeur, ce qui peut renforcer leur sentiment d'instabilité et confirmer un sentiment d'abandon souvent déjà présent. En outre, certains services, surchargés, ne sont pas en mesure d'offrir un suivi à un rythme continu à leurs usagers. Une éducatrice mentionne l'exemple d'un service de visites médiatisées qui, en raison de la surcharge des professionnels, ne peut offrir que deux rencontres par année entre un parent et son enfant de six ans. Enfin, les professionnels concernés changent selon les étapes de la vie de l'enfant : le réseau d'accompagnement de la parentalité n'est pas (entièrement) le même avant la naissance, durant la petite enfance, lorsque l'enfant est scolarisé, s'il est placé hors de sa famille ou non, etc.

Enfin, les professionnels, souvent surchargés de travail, ne réagissent qu'au moment où la situation est déjà problématique ou qu'elle présente des signes qui justifient une intervention.

Chercheuse : *Comme vous expliquez cette inertie ou ce manque de réactivité [des professionnels] ?*

Médecin généraliste : *On a tous nos trucs à faire, je sais pas.*

Pédiatre : *Moi je pense qu'il y a, d'une part, la surcharge de travail. Mais il y a aussi, je pense, la culture que... pour pouvoir prendre des décisions, il faut qu'il y ait des arguments béton. Pour avoir des arguments béton, il faut qu'il y ait des événements qui s'enchaînent, se répètent, etc.*

Dans ce contexte, la continuité et la cohérence de l'accompagnement de la parentalité peuvent être facilitées par une communication continue et concertée entre les différents professionnels concernés, comme nous le verrons plus loin. Une autre piste, proposée par Molénat (2013), est de reprendre avec les parents l'historique de leurs

relations avec les professionnels de manière à retrouver une continuité en expliquant les décalages et les malentendus qu'ils ont pu vivre, et qui peuvent expliquer des résistances à s'engager dans la relation d'aide.

4.4.3.4. ETRE ACCOMPAGNÉ-E ET AIDÉ-E DANS SES EFFORTS DE PARTICIPATION

Comme nous avons pu le voir, le défi de l'accompagnement de la parentalité est de reconnaître à la fois ces parents dans leurs fragilités, tout en valorisant leurs compétences et leurs qualités. Il s'agit de ne pas banaliser ou minimiser les difficultés et risques liés à leur dépendance (notamment), tout en les reconnaissant capables de s'approprier une position de parent compétent. Ce défi peut être relevé en accompagnant les parents dans leurs efforts de participation. Pour ce faire, il s'agit tout d'abord d'identifier avec eux les limites de leur participation, d'une part et d'autre part, les démarches dans lesquelles ils ont le plus besoin d'être soutenus.

Une TSP : Nous, on travaille plutôt avec les parents pour les aider à ce que eux ils puissent savoir justement quelles sont leurs limites à eux et ça va dans ce sens-là aussi, de pas leur demander des choses standard qu'on demanderait à n'importe quel parent. Mais plutôt à anticiper, si la personne, elle a un réseau SPJ prochainement, aussi qu'elle puisse se connaître et savoir qu'est-ce qu'elle peut faire à ce moment-là ou pas, etc.

Une psychiatre souligne l'importance d'être attentifs aux signes que les parents donnent et qui parfois signalent que les responsabilités qui leurs sont attribuées sont trop importantes ou qu'ils ne sont pas encore prêts à les assumer.

Une psychiatre : Moi j'ai même des situations finalement, je les vois arriver à l'hôpital et puis tout se passait très bien jusque-là. Et puis le réseau était prévu, où il y avait même l'idée qu'il y ait une ouverture de cadre où le patient pouvait avoir plus accès [à la garde de son enfant]. Mais des fois, ils réagissent justement avant, enfin en montrant par un geste que c'est trop. Du coup, ben, il faut pouvoir les accompagner tout en respectant, et puis dire : pour l'instant, ça va très bien, en continuant comme ça.

Une manière de les accompagner dans leurs efforts peut être de les aider à se préparer à une rencontre avec des professionnels, à une visite à son enfant ou encore à une audience, par exemple.

Une éducatrice des visites médiatisées : Dans ce cas-là, [...] au début, il y avait une irrégularité qui était grandissante, on était un peu obligés aussi de faire le tampon. Parce que [la mère] arrivait dans des états qui étaient pas possibles pour lui montrer l'enfant comme ça. C'était l'occasion de boire un café, de reprendre un peu le... de refaire exister l'enfant. C'est vrai que quand elle l'avait pas revu pendant un mois ou deux, il fallait juste un peu... juste dire qu'on était là autour de l'enfant et puis qu'il fallait qu'elle y arrive. Donc en arrivant direct, c'était pas possible.

Dans d'autres cas, il peut s'agir de les orienter vers des professionnels mieux à même de répondre à leur demande.

Une infirmière en petite enfance : Et puis de les orienter vers les professionnels, pour justement pour ne pas être porteur de tout. Mais comme ils ont beaucoup de mal à intégrer de nouvelles personnes dans leur environnement, c'est vrai que finalement ils vous connaissent, ils vous font confiance, donc c'est plus facile pour eux de s'adresser à vous que de refaire la démarche de ré-intégrer quelqu'un d'autre ! Mais par exemple, il y avait consultation de couple, où là moi j'ai dit, je ne suis pas compétente.

Il peut aussi s'agir d'adapter le cadre de l'intervention, de manière à tenir compte de leurs difficultés ou de leurs fragilités. Par exemple, certains répondants disent être plus tolérants face à des rendez-vous manqués, d'autres ont introduit des rencontres seuls avec les parents avant une visite médiatisée, de manière à préparer la visite avec l'enfant, etc.

Une éducatrice des visites médiatisées : Mais nous, c'est vrai qu'on remarque avec ces parents-là, on est moins... peut-être qu'on est moins cadrants, moins sévères. S'ils sont pas venus 2-3 fois, normalement je fais toujours un courrier comme quoi j'arrête de planifier [des visites]. Mais avec ce style de parents, on va les rechercher, on les rappelle, on fait des courriers, on essaie de trouver une assistante sociale, quelqu'un qui peut faire un lien avant d'arrêter la situation. On est un peu plus... on

assouplit notre cadre pour eux, alors qu'on ne nous l'a pas demandé, c'était pas notre mandat, mais on le fait automatiquement.

Souvent, il s'agit de démystifier ou d'expliquer le rôle joué par les acteurs qui interviennent dans le réseau d'accompagnement de la parentalité, surtout lorsqu'il s'agit d'acteurs qui ont un mandat contraignant pour le parent. La justice et le SPJ sont souvent perçus comme menaçants pour les parents, surtout lorsque ceux-ci ont eux-mêmes un historique de placements en-dehors de leur famille ou de mesures liées à la protection de l'enfance. Il s'agit alors de les rassurer et de mettre en évidence la fonction d'accompagnement de la parentalité que peuvent aussi jouer ces instances.

Une TSP : Ouais, c'est dommage. Parce que nous aussi, on essaie de faire ce travail. Je me rappelle récemment, c'était pour un papa, de dire "Le juge, il est pas là pour seulement te casser".

Une Juge de Paix : L'idée, c'est l'aide, l'accompagnement, la protection justement qu'on essaie de trouver.

Une TSP : Et c'est un travail de longue haleine.

Une Juge de Paix : Mais c'est vrai que de dire, puisqu'on est en train de parler de la parentalité, ben oui, il faudrait qu'on leur réexplique encore et toujours que ce qui nous intéresse parfois c'est eux, mais parfois c'est leurs enfants. [...] Et qu'ils se positionnent d'abord comme parents [...] et pas seulement comme toxicomanes. [...] Et il faudrait peut-être aussi clarifier ça, les professionnels. De dire que le juge est en-dehors de tout réseau [...]. On a quand même un avis externe, on n'appartient à aucun réseau.

Une éducatrice des visites médiatisées : Sur le terrain, on a tout le travail qu'on a à faire avec les parents, les prendre en tant que parents là où ils sont, leur offrir ces deux heures de visite deux fois par mois. [...] Et puis à côté de ça, moi je vois les parents en dehors des visites sans les enfants. Et puis c'est vrai que mon travail, bon c'est aussi parce que je suis très sensible à ça parce que je suis passée par le SPJ, j'ai travaillé aussi au SPJ, donc je leur explique vraiment quel est ce contexte. Aussi j'essaie de démystifier le rôle du SPJ, de vraiment leur expliquer qu'ils sont là pour aider et pas pour retirer les enfants et les placer en foyer. Et puis aussi ben que la Justice, enfin tout n'est pas figé, ça peut évoluer, enfin comme vous le disiez avant, c'est un moment donné, ben voilà il y a eu une décision un moment donné, mais ça veut pas dire que c'est jusqu'aux 18 ans de l'enfant, ça va évoluer, j'essaie vraiment de leur faire comprendre ça.

Parfois, il s'agit de leur expliquer de façon réaliste ce qui est envisageable en termes de modalités d'accompagnement, en fonction des différentes situations et des contraintes juridiques notamment.

Une avocate : Alors je peux leur dire aussi «Écoutez, là, moi, j'ai pas les cartes en mains pour demander une garde alternée, ça servirait à rien. Moi ce que je peux demander c'est peut-être une journée le samedi et puis si on demande ça ben peut-être on l'aura ». Donc, oui je recadre. C'est mon rôle aussi. C'est mon job aussi. Et puis je leur dit aussi ben voilà ce qui est possible, ce qui est possible d'obtenir, ce qui est possible de demander et par rapport à ce qu'elles demandent vraiment, ouais.

Plus les parents comprennent le sens des mesures qui leurs sont proposées, plus ils sont en mesure d'accepter le soutien qui leur est proposé, voire même, lorsque c'est nécessaire, de comprendre le sens de placer leur enfant.

Certains parents ont parfois besoin d'être physiquement accompagnés pour oser faire le pas d'entreprendre une démarche, qu'il s'agisse d'une thérapie ou d'une visite à leur enfant, par exemple.

Une pédopsychiatre : C'est compliqué aussi pour le patient psychiatrique d'entrer dans un groupe où vous connaissez personne. Mais pour elles, c'est encore plus difficile. Alors que des fois, il y a un assistant social qui l'accompagne pour la première fois, pour aider un peu le mouvement.

Ces trajets peuvent aussi être des moments de préparation de la rencontre qui va suivre et jouer un rôle important pour mettre le parent en confiance et faire en sorte que la séance se déroule au mieux.

Une éducatrice des visites médiatisées : Alors cette mère venait en transport public rarement. Quand ça vraiment ça a mieux marché, c'est parce qu'elle venait avec [une TSP]. Parce qu'elle avait cet étayage dans la voiture.

4.4.3.5. UNE PISTE : PARTIR DE LA DEMANDE EXPRIMÉE PAR LES PARENTS

Pour conclure cette section sur les conditions qui favorisent la participation des parents à leur propre accompagnement, le modèle d'accompagnement des femmes toxicodépendantes proposé par Molénat (2000, 2012) offre des repères utiles pour construire dès la grossesse un accompagnement qui peut être investi de sens. En effet, à partir d'une expérience clinique d'une trentaine d'années en périnatalité auprès des parents vulnérables, cette pédopsychiatre propose un modèle d'accompagnement centré sur les demandes exprimées par les mères.

Dans son expérience, ces demandes sont (Molénat, 2013 : 197) :

- Être suivies comme toutes les femmes ;
- Trouver des réponses à leurs questions ;
- Ne pas être jugées ;
- Garder une maîtrise des événements ;
- Avoir un enfant en bonne santé ;
- Ne pas être séparé de lui.

Dans le cadre d'un accueil en consultation hospitalière mis en place en France par cette pédopsychiatre et ses collègues de différents champs professionnels, les réponses apportées combinent différents axes : un suivi au même titre que d'autres parents (éviter une orientation trop centrée sur la problématique de la toxicodépendance), s'appuyer sur le réseau de professionnels déjà existant autour de ces parents, soutenir le lien mère-enfant en permettant des hospitalisations conjointes, et enfin, former et soutenir les professionnels pour leur permettre de nuancer leur regard sur la problématique de la toxicodépendance.

4.4.4. LE RÉSEAU INFORMEL : PARFOIS UNE RESSOURCE, PARFOIS UN OBSTACLE

Bien qu'ils soient souvent relativement isolés, les parents peuvent disposer d'un réseau informel qui peut constituer une ressource complémentaire à l'accompagnement professionnel. Le caractère non formel de ces relations peut les rendre moins menaçantes, ce qui peut favoriser un sentiment de confiance et offrir un soutien de nature plus proche et spontanée que l'accompagnement professionnel.

Un médecin généraliste : Moi mon idée, c'est plutôt que tout ce qui est de type institutionnel sera de toute façon lourd et un peu comme un marteau qui tape des fois à côté, des fois trop fort, je sais pas trop quoi. Et puis des fois, c'est souvent des ressources sorties du milieu.

Plusieurs répondants insistent sur l'importance de sortir ces parents de leur isolement et de renforcer les liens avec leur entourage. Ils sont aussi plusieurs à souligner l'importance de permettre à ces parents d'échanger avec d'autres parents sur leurs expériences, leurs difficultés et leurs questionnements.

Une infirmière en petite enfance : Essayer de créer un réseau avec cette maman, de lui donner l'opportunité de rencontrer d'autres mamans, qui ont aussi des enfants, qui se posent aussi des questions, et que c'est normal de ne pas tout savoir et que ce serait bien pour elles qu'elles sortent ! Qu'elles ne restent pas enfermées.

Ils soulignent aussi, le rôle que peut jouer l'entourage pour soulager les parents qui ont la garde de leurs enfants en permanence et peuvent parfois avoir besoin de souffler.

Une infirmière en psychiatrie : Et puis surtout qu'ils aient des bouffées d'oxygène, pour pouvoir dire : « Je pose mon enfant, je vais régler mes soucis avec mon mari en disant que là, effectivement, ça joue pas, je vais prendre le temps d'aller me soigner, d'aller au rendez-vous ». Parce qu'en plus ces mamans qui ont leurs enfants 24 heures sur 24 vont aller au [centre chargé des prises d'urine] régulièrement, pour aller au SPJ, faut aller au [centre de thérapie] trois fois par semaine, il faut aller...

Dans le cas de retrait de garde, l'attribution de la garde à une personne de l'entourage peut apparaître plus acceptable que le placement en foyer.

***Une Juge de Paix :** Mais il y a aussi la possibilité que les gens adhèrent au retrait de la garde. Et ça, ça arrive quand même assez, où ils disent : « Moi je suis d'accord. Je suis d'accord que je peux pas. Je suis d'accord qu'ils aillent chez mes parents et tout ». Alors après, quand c'est un placement, le foyer et tout ça, ça c'est encore une autre étape, je dirais. Mais quand il y a un proche qui est une ressource, souvent ils disent : « On est d'accord ».*

Or, parfois, la famille ou l'entourage proche des parents peuvent jouer un rôle ambivalent. Lorsque les grands-parents sont présents, ils peuvent constituer une ressource pour la garde des enfants et le soutien à leur éducation. Mais dans certains cas, les difficultés relationnelles préexistantes peuvent plutôt contribuer à fragiliser l'appropriation d'un rôle parental qu'à le soutenir. Par exemple, certains grands-parents peuvent, consciemment ou non, vouloir réparer avec leurs petits-enfants ce qu'ils n'ont pas réussi avec leurs enfants et, ce faisant, désapproprier le parent de son rôle.

***Un AS du SPJ:** On apprend avec le temps à se méfier des grands-parents qui veulent réparer avec le petit ce qu'ils ont raté avec la maman et puis persécutent la maman, il y a des choses vraiment...*

***Une infirmière en psychiatrie:** Et qui persécutent énormément les mamans et du coup qui créent d'énormes conflits qu'en fait l'enfant va porter.*

Cette infirmière en psychiatrie mentionne un cas où le choix de placer des enfants chez les grands-parents s'est avéré plus contreproductif qu'autre chose. La situation n'a pu s'arranger que lorsque sa famille a été écartée de l'accompagnement, car elle contribuait davantage à invalider la mère dans son rôle qu'à la soutenir.

La même précaution vaut pour les placements en famille d'accueil. Ceux-ci peuvent apparaître aux yeux des professionnels plus rassurants que le placement en foyer. Toutefois, certains répondants relatent des expériences où la famille d'accueil se pose en famille de substitution qui exclut tout espace pour le parent.

***Une Juge de Paix :** C'est vrai que c'est pratique de mettre l'enfant [dans une famille d'accueil] et puis de se dire, il va se construire dans cette famille-là. Mais alors là, l'espace pour la mère, il est inexistant. Je comprends bien que les professionnels soient heureux d'en avoir au moins un de solide dans cet espace. Mais c'est vrai que ça, je constate quand même très souvent que ça... Alors que dans ces situations-là, c'est pire que dans les cas où je les place, les enfants, d'abord en foyer puis en famille d'accueil. C'est souvent pire pour le lien. Bien pire.*

***Une éducatrice des visites médiatisées :** C'était une famille d'accueil aussi qui laissait peu de place. Moi j'ai aussi envie de dire, il y a des super familles d'accueil qui laissent la place. Il y avait la photo de la maman, la maman existe. Certaines autres, c'est plus difficile de laisser une place au parent. Franchement, c'est... Là, cette famille d'accueil - exemple hein – un téléphone par semaine, c'était octroyé de 08h00 à 08h30 le matin ! Pour une personne toxicomane, ça c'est juste... Ça, je me m'excuse, mais non !*

Simmat-Durand *et al.* (2012 : 128) citent des études américaines et suédoises qui montrent que le placement en famille d'accueil ou d'adoption n'est pas un gage d'amélioration du développement des enfants si ces familles ne bénéficient pas de mesures d'accompagnement adaptées et les enfants d'une éducation spécialisée.

Ainsi, il est important de tenir compte de la relation que le parent entretient avec les personnes qui sont significatives à ses yeux dans son entourage et ne pas penser que l'entourage peut en soi constituer un soutien.

Les mêmes précautions sont valables en ce qui concerne la fréquentation de personnes associées à la consommation de drogues. Ces relations souvent perçues par les professionnels comme un obstacle à la stabilisation de la consommation et une menace à l'investissement de la relation parentale.

***Une gynécologue :** Moi je trouve qu'il y a une différence si les deux parents sont toxicomanes et actifs ou s'il n'y en a qu'un des deux. On voit bien qu'un des deux peut servir de béquille, donc participe à ce cadre. Et l'autre personne s'y tiendra. Alors que si les deux sont sur la place publique, je pense que... oui, l'offre elle est là hein, une fois par semaine, 5 jours sur 7. Mais entre prendre le chemin [des visites médiatisées] et puis rester sur la Riponne, souvent, ben il y en a quinze à la Riponne qui disent :*

« Ouais, mais reste, tu iras plus tard, tu iras plus tard » et du coup, ils sont plus en mesure de regarder l'heure. [...] Alors que s'il y a en a un des deux qui est sorti ou qui n'est pas dans le circuit, il va dire, maintenant on y va.

Or, ici aussi, ces relations peuvent, dans certains cas, jouer un rôle significatif et soutenant dans les trajectoires de ces personnes. Ces fréquentations ne sont donc ni bonnes, ni mauvaises en elles-mêmes, mais elles dépendent de la relation que le parent entretient avec elles. Par exemple, un conjoint, même s'il n'a pas de problèmes d'addictions, peut contribuer à accentuer les fragilités ou difficultés du parent si la relation conjugale n'est pas satisfaisante. Dans d'autres cas, il peut s'avérer très soutenant, même s'il est lui aussi aux prises avec des problèmes de toxicodépendance. On peut faire le parallèle avec les constats d'une recherche sur les trajectoires de sorties de la rue (Colombo, 2015), qui indique que les pairs de rue ne jouent pas forcément un rôle négatif dans la sortie. Si pour certaines personnes, il est nécessaire de pouvoir couper avec le milieu de la rue pour pouvoir s'en sortir, pour d'autres, la sortie de la rue passe plutôt par une redéfinition des relations avec des personnes qui restent significatives et soutenantes, et qu'une rupture de ces liens peut s'avérer plus contreproductive.

4.4.5. ASSURER LA COHÉRENCE DU RÉSEAU DE SOUTIEN PROFESSIONNEL SANS ÉTOUFFER LES PARENTS

Une meilleure cohérence des professionnels entre eux facilite la confiance entre professionnels, ainsi que la confiance des parents et des enfants dans les professionnels qui les accompagnent.

Une infirmière en psychiatrie: Plus en fait le réseau est cohérent et plus en fait on arrive à avancer dans une même voie, en se faisant confiance. Les patients vont trianguler, enfin c'est aussi leur job, enfin... Mais du coup, je pense que c'est important qu'on soit vraiment très clairs.

Les travaux de Molénat (2013 : 194-195) montrent que les parents interrogés a posteriori sur leurs relations avec les professionnels qui ont joué un rôle dans l'accompagnement de leur parentalité identifient la cohérence et la continuité des professionnels entre eux comme le facteur majeur leur permettant de reconstruire leur sécurité. Cette auteure souligne néanmoins que la cohérence entre professionnels ne signifie pas « tout se dire ou penser de façon identique », mais au contraire, articuler les différences d'interprétations et de positionnements. Selon elle, en plus de permettre de délivrer aux parents un message cohérent et clair, la cohérence « en actes » des professionnels entre eux offre aux parents un modèle de rapport à l'autre qui parle souvent davantage que des conseils éducatifs explicites.

« Poser les limites, faire la place à l'autre, mettre à plat les divergences, ne pas coller aux représentations négatives des parents mais tenter de les mobiliser, tout ceci constitue un véritable matériau « éducatif » si l'on évoque le 'soutien à la parentalité'. Permettre aux parents d'éprouver une différence non dangereuse, en même temps que sont reconnus leurs émotions ou désirs sans forcément une mise en acte, vient alimenter ce qu'ils auront à ouvrir pour leur enfant. » (Molénat, 2013 : 195)

Une meilleure communication entre professionnels de différents domaines d'intervention permet en outre de mieux comprendre les attentes des uns et des autres, d'autant plus que celles-ci peuvent varier selon la sensibilité des interlocuteurs impliqués. Une avocate dit avoir souvent recours à des expertises pédopsychiatriques à la fois dans le but d'obtenir des informations liées à une expertise qu'elle n'a pas, mais aussi de mieux saisir les attentes des professionnels de la petite enfance en matière de protection de l'enfance.

Une avocate : Je pense que je suis pas moi-même formée on va dire à... la parentalité, la pédagogie. J'ai été voir deux-trois articles sur internet, mais c'est tout hein. Moi, je veux dire, mes connaissances elles sont quand même limitées. Donc, quelles sont effectivement les attentes des professionnels de la petite enfance. C'est difficile pour moi de dire, d'autant plus que j'ai pas forcément l'impression qu'elles sont toujours les mêmes d'un service à l'autre. Mais peut-être que je me trompe. Mais du coup aussi, la nécessité pour moi des expertises est de me permettre des fois de mieux comprendre les attentes d'un pédopsy, de m'expliquer à moi et d'expliquer aussi à la cliente ce qu'ils auraient envie d'observer et là où ils ont des critiques. Qu'est-ce qu'on peut améliorer.

Cela permet aussi aux professionnels des différents secteurs d'intervention d'être à jour sur les offres et ressources existantes en matière d'accompagnement de la PST dans leur domaine, mais aussi dans les autres domaines d'intervention, de manière à pouvoir solliciter plus facilement les ressources appropriées dans chaque situation.

Les répondants pointent en particulier la nécessaire collaboration entre le réseau qui entoure l'enfant et celui qui entoure le parent, de manière à assurer une complémentarité des différents soutiens apportés.

***Une AS du SPJ :** Quand vous dites « maintenir le lien », moi j'insisterais sur le fait que, dans ces situations, je pense que c'est important de travailler vraiment en réseau multidisciplinaire, ça me paraît très important.*

***Une psychiatre :** Ou alors carrément c'est d'avoir quelqu'un qui soit là pour l'adulte et quelqu'un qui soit là pour l'enfant-même. Parce que pour moi, c'est vraiment compliqué. Et en tant qu'adulte, forcément je vais avoir une vision qui va, d'une certaine façon, défendre entre guillemets et être du côté de l'adulte. Je pense que c'est vraiment très important pour moi d'avoir quelqu'un qui a la vision de l'enfant et des besoins de l'enfant. Et pour qu'un dialogue puisse se faire, ça c'est très précieux.*

***Une TSP :** L'important, c'est d'avoir des réseaux pluridisciplinaires. Parce que d'avoir d'un côté ceux qui sont plus du côté de la protection de l'enfance et de l'autre côté de ceux qui sont... Moi aussi, je connais la même difficulté que vous. Je suis bien contente de travailler avec quelqu'un qui a un autre point de vue, parce que sinon j'aurais tendance à plutôt être du côté de la protection de l'adulte.*

La communication entre professionnels permet de nuancer des positions qui peuvent être biaisées ou idéalisées par la cristallisation dichotomique des positions évoquées plus haut, ou simplement du fait du point de vue toujours partiel et situé de chaque position professionnelle.

***Une psychiatre :** En tant que, alors là en tant que psychiatre, on se dit, ah non, mais il va être bon parent ! Et puis on arrive vraiment dans des idéalizations. Mais le problème de l'idéalisation, c'est que souvent, après, il y a une dévalorisation, mais catastrophique, qui se passe. Finalement on reproduit assez vite, je trouve, en miroir ce que vivent les patients. Et [...] pour moi alors, c'est là l'avantage du réseau, c'est que dans le réseau, il y a souvent ces positions extrêmes chez une personne qui va plutôt prendre le point de vue de l'un, l'autre le point de vue l'autre. Et puis finalement, c'est dans le réseau que ça s'équilibre et puis il y a des compromis qui sont trouvés.*

Plusieurs professionnels avouent se sentir isolés, parfois démunis ou dépourvus des connaissances spécifiques à cette problématique. Dans ce sens, ils souhaiteraient avoir davantage d'opportunités d'échanges permettant de confronter les différents points de vue, de se sensibiliser aux enjeux propres à chaque champs d'intervention et d'améliorer leurs connaissances et leur compréhension de la réalité de la parentalité en situation de toxicodépendance.

Pour éviter d'étouffer les parents par des réseaux composés de trop d'acteurs, une piste évoquée est de déléguer un petit nombre de professionnels, avec qui les parents ont un bon lien, pour partager avec eux ce qui a émergé de la consultation entre professionnels. Mais cette modalité n'est pas adaptée à toutes les situations, comme dans le cas de certains parents qui souhaitent assister aux discussions des professionnels pour ne pas avoir l'impression que l'information leur échappe.

***Un AS du SPJ :** J'essaie de faire des réseaux, quand je dois faire des réseaux, je les fais et puis après, il y a un ou deux délégués du réseau qui partagent avec les parents. Parce que je trouve quand vous parlez d'étouffement, si vous voulez étouffer une maman, vous lui mettez cinq-six... Essayez d'aller une fois avec cinq-six spécialistes qui parlent de vous, vous allez voir ce que ça fait ! C'est juste monstrueux.*

***Une pédopsychiatre :** C'est une chose qu'on fait souvent à la maternité et puis c'est les personnes les plus proches de la patiente qui vont faire un retour de ce qui a pu être dit. Mais il y a aussi des patients très persécutés qui ne supportent qu'on parle derrière leur dos.*

En ce qui concerne la collaboration entre les différents professionnels, plusieurs facteurs facilitant ressortent des discours des répondants. Un premier élément est de favoriser la communication directe et personnalisée entre

professionnels et l'implication personnelle dans les réseaux. L'expérience de cette recherche est à ce titre parlante : plusieurs des professionnels réunis pour les focus-groupes ne s'étaient jamais rencontrés et ont apprécié de pouvoir échanger avec des professionnels d'autres champs d'intervention. Après ces rencontres, plusieurs d'entre eux sont restés échanger au sujet de situations précises ou de questions communes. Les répondants avouent prendre plus facilement le téléphone, demander des renseignements ou référer des personnes à des collègues s'ils les connaissent personnellement. Or, l'implication dans les réseaux de professionnels pose pour certains secteurs des questions de coûts et, dans certains cas de pilotage des réseaux.

***Un pédiatre :** Les choses qu'on fait, c'est d'essayer de rester disponible non seulement pour la famille, mais pour les professionnels du réseau, aussi. D'aller chaque fois quand il a des rencontres de réseaux qui sont mises sur pied parce qu'on a vite fait de dire, je suis débordé, ça va encore être une histoire entre l'assistante sociale, le SPJ et l'infirmière et puis je lirai le compte-rendu. Mais ça remplace pas, je pense l'implication et la disponibilité. Et si tout le monde peut rester disponible et se démener pour trouver une date, etc., je pense que ça améliore la longévité des réseaux. Le problème parfois c'est, qui c'est qui les pilote ? Et après, qui c'est qui paie ? Si vous avez trois fois par année ou quatre fois par année des réseaux d'une heure et demie, est-ce que c'est l'assurance maladie, est-ce que c'est une autre instance qui paie tous les intervenants ? Ça, c'est un réel problème. Ça coûte extrêmement cher.*

Un autre élément est de reconnaître la complémentarité des interventions, selon les expertises de chaque acteur concerné. Or, cela suppose de reconnaître ses limites en tant que professionnel, ce qui n'est pas toujours facile. Surtout lorsque l'objet de l'intervention apparaît familier, comme c'est le cas dans l'accompagnement de la parentalité.

***Une infirmière en psychiatrie:** Peut-être en tant que professionnel, en tant qu'intervenant, je pense que c'est important aussi de dire qu'on n'est pas bon partout [...]. Et de se dire que ça s'invente pas en fait accompagner des parents dans leur parentalité, qu'il y a des professionnels qui travaillent là-dessus. Et je pense qu'on peut pas tout le temps tout faire. C'est là où je te rejoins par rapport à... en tant que professionnel, pouvoir se remettre en question, c'est pas simple. C'est pas simple de se dire, ben voilà, cette dame que je suis depuis cinq ans et où je peux rien résoudre, ben c'est pas grave, je vais faire comme je le sens. Et puis ça on l'entend souvent en fait, dans les collaborateurs. Parce qu'il y a quelque chose d'inné dans la parentalité.*

Mieux connaître le travail des autres professionnels et leur faire confiance permet aussi plus facilement de « garder sa place » et ne pas donner l'impression aux collègues de prendre des décisions à leur place, ce qui contribue également à favoriser la collaboration.

***Une AS du SPJ :** Moi je dirais que, pour que ça fonctionne dans un réseau, il y a des questions de personnalité. Mais il y a aussi des questions de... comme vous dites, vraiment connaître le travail de l'autre sans a priori, sans jugement. Et puis garder sa place, sa posture. Parce que c'est vrai qu'il y a des fois des professionnels qui ont tendance à prendre la place de l'autre et puis à vouloir prendre des décisions qui ne leur appartiennent pas, par exemple. Voilà. Je crois que ça c'est des facteurs qui sont très importants dans le bon fonctionnement du réseau.*

Cela peut aussi permettre d'alléger la responsabilité des professionnels, sachant que celle-ci est partagée avec d'autres. Molénat (2013) montre notamment que dans le soutien à la parentalité dans des situations identifiées comme complexes, plus les professionnels connaissent les missions et les tâches des autres professionnels, plus ils peuvent s'engager dans leur propre mission, parce qu'ils savent que d'autres vont assurer le suivi sur les plans où ils ne sont pas compétents, ou à d'autres moments, ou encore lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de les assumer (rupture du lien, indisponibilités, limites institutionnelles, etc.).

Enfin, les répondants mentionnent d'autres facteurs qui contribuent à faciliter la cohérence entre les différents acteurs qui accompagnent la parentalité : une réflexion sur la composition des réseaux (pas forcément tous les acteurs, mais les plus pertinents ou ceux qui peuvent jouer un rôle de relais), ainsi que la préparation et la coordination entre les acteurs, de manière à ne pas reporter sur les parents des tensions qui peuvent exister entre eux. Cette meilleure coordination entre professionnels ne devrait toutefois pas remettre en question la confidentialité des données et elle devrait se faire de la manière la plus transparente possible pour le parent.

En conclusion, on peut dire que la cohérence d'un réseau de professionnels n'est jamais donnée, elle se construit à travers les échanges entre professionnels et suppose d'accepter qu'il existe une part d'incertitude et de prise de risques dans les décisions qu'ils prennent.

Une infirmière en psychiatrie: L'idée est qu'il n'y a pas quelque chose de blanc et quelque chose de noir. Il y a vraiment une collaboration qui se fait dans un sens et que simplement ce qu'on veut partager, c'est le sens qu'on met dans les prises en charge, c'est vraiment ça. Et ce qui est dommage en fait, c'est que parfois... Et je pense que c'est vraiment en lien avec l'angoisse et puis avec toutes nos résistances qu'on peut avoir...

Néanmoins, comme le souligne Tremblay-Renaud (2006 : 21, cité par Chamberland et Trocmé, 2010 : 371) :

« En termes de résultats, la collaboration et le décloisonnement des interventions et des organisations s'avèrent encore des notions abstraites qui doivent nécessairement être mieux soutenues par des infrastructures et des mesures concrètes. »

A ce sujet, le programme Jeunes-Parents mis en place en 2008 dans la région de Québec peut offrir des repères intéressants. Ce programme qui vise le soutien à la PST a permis de formaliser un partenariat entre un centre de protection de la jeunesse et un centre de réadaptation en dépendances dans le but d'apporter un soutien plus cohérent aux parents en situation de toxicodépendance. Mais ce partenariat dépend d'un certain nombre de conditions (Ferland *et al.*, 2013 : 258).

- Définition claire des mandats et limites des professionnels concernés dès le départ
- Constitution et maintien d'un comité constitué d'acteurs décisionnels, permettant le réajustement de l'ensemble des modalités du programme
- Ouverture mutuelle de manière à se laisser la marge nécessaire pour influencer les orientations et décisions
- Formation croisée entre les établissements partenaires
- Séances d'information ou de présentation du programme impliquant toujours des acteurs des différents établissements concernés.

Par ailleurs, Léveillé et Bouchard (2010 : 357-58) soulignent la nécessité de créer des espaces de réflexion collective pour améliorer la cohérence du soutien à la parentalité. Ils évoquent plusieurs moyens qui peuvent favoriser la création de ces espaces :

- S'assurer de la représentativité de chacune des parties concernées et de tous les domaines d'intervention concernés
- Favoriser la création et le maintien d'espace cliniques communs pour analyser les situations et élaborer des actions concernées
- Produire des études permettant de comprendre l'expérience des parents
- Harmoniser les philosophies d'action par la formation et l'élaboration d'un cadre de référence commun, notamment
- Définir clairement les responsabilités et rôles
- Mandater un organisme pivot
- Demander systématiquement le consentement des usagers.

Enfin, Chamberland et Trocmé (2010 : 374) soulignent qu'une collaboration entre les différents acteurs peut s'effectuer dans des rapports de subordination et ils appellent à accorder une attention particulière aux rapports de pouvoir qui existent entre les professionnels, même si ce n'est pas toujours de manière consciente ou explicite.

4.4.6. PROFESSIONALISER L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PARENTALITÉ, MAIS RESTER RÉALISTE

Selon plusieurs répondants, l'accompagnement de la parentalité en situation de toxicodépendance serait un peu « *le sujet oublié* ». Ce sujet n'apparaît pas comme une priorité dans l'introduction aux professions concernées lors de nouveaux engagements, ni dans les journées thématiques ou les formations proposées en cours d'emploi aux professionnels concernés. Or, comme on l'a vu, ils se sentent souvent démunis et seuls face aux enjeux qui entourent l'accompagnement de cette parentalité. Une hypothèse émise est que la question de la parentalité apparaît relever davantage du domaine de l'inné, de l'expérience et du bon-sens.

Une infirmière en petite enfance : Alors moi qui vient de débiter, on ne m'a jamais dit, avec une maman toxicomane, il faut que tu agisses comme ça ! Jamais ! Je viens de commencer, donc à mon avis ce serait maintenant qu'il faudrait me le dire !

Une autre infirmière de la petite enfance : Ce serait le bon moment ! (rires) Exactement ! C'est un petit peu au petit bonheur la chance ! C'est un petit peu... c'est pour ça aussi, notre première situation de toxicomane ou de dépendance, entre autres, hein, on fait un peu notre feu et pis on y va et on fait avec notre bon sens, notre réflexion. On peut bien sûr en parler aux collègues et puis à notre responsable d'équipe, mais c'est quand même un peu notre bon sens qui..., on va là-dedans et pis on y va quoi...

Première infirmière : Et pis on est seule !

Or, bien qu'ils puissent avoir leur utilité, le bon-sens ou l'expérience personnelle ont leurs limites et constituent des bases fragiles, voire biaisées, pour accompagner ces parents. S'il est nécessaire d'éviter la stigmatisation, comme nous l'avons vu, il est important d'éviter de banaliser les enjeux spécifiques qui caractérisent la parentalité en situation de toxicodépendance.

Une infirmière en petite enfance : On peut partir avec des aprioris. Pour moi, si je vivais seule, ce serait difficile. Et avec toute l'ouverture, tout ce que vous voulez, vous y allez en disant, ah ça doit être difficile ! Et parfois, non, pas du tout. Là, je me suis rendue compte qu'en fait c'était... Ben voilà, j'avais mis trop de moi-même dans l'interprétation d'une situation. Donc il faut vraiment être très en retrait.

Sans écarter la part subjective de l'intervention professionnelle, les résultats de cette recherche montrent qu'il est nécessaire de se donner les moyens de doter les professionnels de ressources leur permettant de prendre la distance nécessaire pour accompagner la PST. Cela suppose de reconnaître que cet accompagnement ne relève pas que de l'expérience partagée, mais demande une expertise spécifique fondée sur des connaissances qui relèvent de différents champs d'expertise (le travail social, la psychologie et la psychiatrie, la génétique, la toxicologie, le développement de l'enfant, la sociologie, le droit, etc.).

Une infirmière en psychiatrie : Parce qu'il y a quelque chose d'inné dans la parentalité : « Voilà, moi j'ai été papa, on m'a pas appris, je l'ai fait tout seul ». Et je pense que, accompagner des parents toxicomanes, pour eux-mêmes être parents avec leur psychopathologie, leurs difficultés, etc., c'est pas si simple. Et on se posait la question actuellement au [centre où je travaille] de se dire, mais comment on peut améliorer ça et comment on peut travailler un petit peu pour sensibiliser aussi les partenaires ? Et de se dire, ben non, il n'y a pas que du sensitif.

Or, ces connaissances scientifiques n'ont de sens que si elles sont mises en discussion avec l'expertise acquise à travers l'expérience des différents professionnels, ainsi que celle des parents concernés, qui disposent eux aussi de connaissances souvent très pointues sur les réalités qu'ils vivent et qui constituent une ressource précieuse pour construire un accompagnement adapté.

Il n'en reste pas moins qu'un tel accompagnement comporte ses limites, comme tout accompagnement professionnel, limites qu'il s'agit de reconnaître. La complexité des situations et les limites personnelles, institutionnelles et politiques ne permettent pas toujours aux professionnels d'agir comme ils le souhaiteraient ou alors certains choix s'avèrent, a posteriori, ne pas avoir été les plus adéquats. Mais surtout, il s'agit de reconnaître qu'un accompagnement réussi n'a peut-être pas pour résultat de régler toutes les difficultés de ces

familles. Mais il peut leur fournir les ressources pour tenir, réussir à être parent du mieux qu'ils peuvent malgré des trajectoires qui restent fragiles.

Un AS du SPJ : On rêve toujours que notre intervention va faire un truc formidable et puis que ceux qui sont toxicomanes ne le seront plus et qu'elles deviendront des mamans parfaites et tout ça. Et c'est pas vrai. Nous des fois, on permet juste de survivre, de tenir, de continuer, de faire un petit bout de chemin, en espérant que l'enfant va aller le mieux du monde. Mais c'est pas... les résultats... entre l'investissement du monstre réseau et le résultat, il faut accepter que c'est pas toujours tellement formidable. Des fois c'est bien. Et puis des fois, on se vautre. Même en étant bien compétent, bien intentionné, des fois on passe complètement à côté parce qu'on n'a pas de collaboration en amont, parce qu'on a des ennuis avec nos enfants, enfin je sais pas, on est des êtres humains.

Les échanges entre professionnels permettent de partager la responsabilité de décisions pour lesquelles des doutes continuent de subsister. Des formes de supervision peuvent aussi permettre aux professionnels de prendre de la distance par rapport à des situations qui restent fragiles et dont l'issue n'est jamais jouée d'avance. Léveillé et Bouchard (2010 : 353) plaident pour augmenter le pourcentage du temps passé à la supervision clinique, de manière à permettre aux professionnels d'échanger autour d'histoires familiales complexes et de leur permettre de prendre de la distance par rapport à des situations souvent chargées sur le plan émotif.

Un pédiatre : La situation que je suis actuellement, l'enfant a été en famille d'accueil pendant 3-4 mois. Et puis après, il y a eu un retour progressif chez ses parents. Et ça a été difficile pour le bébé un moment donné ces aller-retour entre ses parents et la famille d'accueil. Avec le SPJ, un moment donné, c'est devenu évident qu'on a dû soit choisir l'un ou l'autre. Mais constamment naviguer entre les deux, c'était pas bon pour l'enfant. Elle mangeait plus avec la famille d'accueil et tout ça. En fait, c'est le bébé qui a montré la voie à prendre. Finalement, le bébé est retourné chez la maman. On est deux ans et demi plus tard et puis les problèmes sont toujours là, sont d'actualité. On se demande si, avec en plus la violence récurrente... Et puis c'est complexe, parce qu'il y a des consommations, il y a de l'alcoolisme, il y a de la précarité.

CONCLUSION.

PARENTALITÉ À TEMPS PARTIEL OU PARENTALITÉ ACCOMPAGNÉE ? ENTRE GESTION DE RISQUES ET PRISE DE RISQUES

L'analyse des discours des professionnels interrogés a permis de mettre en évidence la façon dont ils comprennent la PST, ainsi que leur appréciation du danger dans ce contexte. Nous avons ensuite pu mettre en lumière les défis auxquels ils sont confrontés dans leur accompagnement de la PST, ainsi que les pratiques qu'ils mettent en œuvre pour le faciliter.

Au terme de cette analyse, on constate que si les défis auxquels ils sont confrontés sont (plus ou moins) transversaux, leurs pratiques rendent compte de positionnements professionnels divers, qui sont fondés moins sur le domaine d'intervention que sur la manière dont les professionnels comprennent la PST et jugent que cette situation met plus ou moins en péril le développement de l'enfant et/ou du parent. L'analyse montre que ces positionnements s'inscrivent moins sur un continuum entre protection de l'enfance ou protection du parent que sur un continuum entre une tendance à favoriser une posture qu'on pourrait nommer de « gestion des risques » d'un côté et de l'autre, une tendance privilégiant une posture de « prise de risques »¹⁰.

Précisons que les pratiques d'un professionnel peuvent changer dans le temps. En outre, la plupart des postures professionnelles oscillent toujours entre la gestion et la prise de risques. Toutefois la plupart du temps, les professionnels ont tendance à privilégier l'un ou l'autre pôle qui fait plus sens à un moment donné de leur trajectoire professionnelle, en fonction de leurs représentations, mais aussi de leur mission, du cadre institutionnel dans lequel ils s'inscrivent, ainsi que du contexte socio-politique, entre autres.

¹⁰ Ces appellations sont inspirées des travaux de Michel Parazelli, Professeur à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal.

Dans une logique de « **gestion de risques** », l'accompagnement de la PST est compris comme une manière de gérer les risques associés à la toxicodépendance, dans le but d'assurer la sécurité de l'enfant. Les pratiques professionnelles qui s'inscrivent dans cette logique donnent la prépondérance à un principe de sécurité défini a priori et en fonction de critères (le plus) objectivement établis. La prise d'urine peut constituer par exemple un indicateur qui semble, aux yeux de plusieurs intervenants, un élément objectif témoignant de la présence d'une consommation active, considérée comme incompatible avec la capacité à offrir un environnement sécuritaire pour l'enfant. Les compétences parentales sont surtout examinées dans leur dimension pratique, à travers les gestes observables et la capacité pratique à assumer la prise en charge d'un enfant (hygiène, nourriture, soins, etc.). Or, selon une infirmière en psychiatrie, des indicateurs plus qualitatifs, mais non moins observables, liés notamment au développement de l'enfant, rendent mieux compte de l'évaluation de ce qui pourrait compromettre le développement de l'enfant.

Une infirmière en psychiatrie: C'est pour ça que je disais, accompagnons au maximum ces enfants avec des regards de professionnelles de la petite enfance, parce que effectivement, elles ont l'habitude de voir l'évolution des enfants, s'il y a des interactions avec les autres, les aspects sociaux, s'il arrive à échanger. Je pense que c'est des meilleurs indicateurs que des prises d'urine ou des choses comme ça. Maintenant, je dis pas que la prise d'urine n'a pas de sens. Je dis juste que pour moi, ça a plus de sens vraiment de s'axer sur le comportement de l'enfant et sur l'accompagnement de ces mères pour qu'on arrive à enlever certains parasites.

Une telle posture ne nie pas forcément l'importance d'encourager et viser le plus possible à maintenir un lien entre parents et enfants, mais l'accompagnement de la PST privilégié va plutôt dans le sens de mettre en place les conditions pour permettre une « *parentalité à temps partiel* ». En d'autres termes, il s'agit de distinguer les moments où la personne, considérée d'abord comme toxicodépendante, peut être parent et ceux où elle ne peut pas l'être. Dans cette perspective, la parentalité est considérée comme un ensemble de pratiques concrètes, réalisées souvent de manière délimitée dans le temps et qui peuvent être encadrées et sécurisées.

Les postures tendant plutôt vers une logique de « **prise de risques** » favorisent un accompagnement de la PST qui tient compte des conditions à la fois objectives et subjectives de la parentalité, en prenant le risque de considérer la personne comme parent avant de la considérer comme une personne toxicodépendante. Si l'on considère que la parentalité ne se réduit pas à des pratiques objectivement observables (même si celles-ci sont importantes), mais comme une expérience subjective continue, l'idée de parentalité à temps partiel perd son sens. Il s'agit de considérer la personne comme à la fois parent *et* en situation de toxicodépendance, sans dissocier ces deux expériences, qui ne le sont pas non plus dans l'expérience subjective des personnes. Cela n'implique pas de nier que l'expérience de la toxicodépendance peut fragiliser ou compliquer celle de la parentalité, mais de considérer que la personne ne se réduit pas à ses difficultés. Cette posture conduit à reconnaître et valoriser ses compétences, tout en la soutenant de manière à minimiser les effets de ses difficultés sur la relation de parentalité. En outre, il s'agit de garantir les conditions permettant l'implication des parents (et des enfants) dans leur accompagnement. Dans ce sens, on peut parler de « parentalité accompagnée » plutôt que de « parentalité à temps partiel ».

Comme l'expriment certains répondants, une telle posture tente de reconnaître qu'il n'y a ni « *la bonne place* » pour ces enfants, ni « *la recette* » pour les accompagner, eux et leurs parents, mais qu'il s'agit de définir avec les parents, les enfants et les acteurs concernés l'accompagnement le plus adapté pour chaque situation. Une pédopsychiatre exprime cette posture de prise de risques en décrivant l'accompagnement de ces personnes comme un « pari », celui de faire confiance aux parents et à leurs ressources, tout en devant composer avec ses propres craintes, mais aussi celles des autres, de ne pas avoir pris la bonne décision.

Une pédopsychiatre : Moi j'ai des fois l'impression que c'est un pari. On dit : « Ok, on va voir ce que ça va donner et faire aussi confiance un peu aux gens et à leurs ressources ». Mais il y a tout ça, on gère aussi nos propres angoisses, l'angoisse de la sage-femme qui dit : « Vous êtes complètement cinglés de la laisser sortir ! ». Ou au contraire, quand on signale : « Vous êtes des monstres de signaler ! ».

Une telle posture suppose de composer avec des situations qui ne sont pas toujours idéales, mais qui peuvent néanmoins comporter un potentiel constructif à la fois pour le parent et pour l'enfant. La présence d'un lien affectif jugé suffisamment solide (expérience de la parentalité) permet de prendre le risque qu'il y ait parfois des défaillances sur le plan pratique. Un pédiatre estime qu'à l'inverse, priver l'enfant de l'expérience de la parentalité au nom de défaillances sur le plan pratique risque de compromettre davantage le développement de l'enfant.

***Un pédiatre :** Moi je pense que c'est toujours très difficile d'expliquer aux jeunes parents ou mamans qu'on a des doutes sur sa capacité de répondre aux besoins de son enfant. C'est toujours des moments très très difficiles. On sent la douleur pour une mère d'entendre ça, l'effet potentiellement aussi dévastateur à long terme pour le lien qu'elle pourrait établir. C'est pour ça que je pense que des fois, on peut savoir que la situation, elle est pas idéale. Mais choisir quand même de laisser aller les choses telles qu'elles se passent, parce qu'on sent qu'il y a quand même ce lien qui est là. Le lien, c'est vraiment le plus important, même si on n'est pas toujours ad hoc. Mais si au fond le lien d'amour qu'il y a avec l'enfant est là, je pense que ça va être une chose sur laquelle l'enfant peut se construire, malgré les difficultés. Et puis finalement, même avec un parent qui est par moment défaillant, c'est quelque chose sur laquelle on peut se construire. Alors que si on n'a pas de lien de ce type-là, comme l'enfant qui reste trop longtemps dans les foyers, etc., je pense qu'à long terme, la situation, elle pourra être plus compliquée pour l'enfant. Donc d'arriver à dire à une maman : « Ecoutez, en ce moment, voilà, nous avons des doutes. Nous, notre rôle, c'est de protéger votre enfant. Donc on prend cette décision. Mais c'est important de maintenir le lien avec votre enfant malgré tout ce que vous entendez et ce que vous ressentez, etc. ».*

Cette posture permet en même temps de considérer que le parent reste parent, même s'il n'a pas la garde de son enfant. Dans cette perspective, il n'est pas question d'être ou ne pas être parent, mais de trouver la meilleure manière de l'être en fonction des difficultés et des ressources à disposition à un moment donné, tout en considérant que ces modalités sont dynamiques et qu'elles sont souvent amenées à changer dans le temps.

***Une Juge de Paix :** C'est pas la durée [de la garde] qui fait qu'on est parent ou pas, c'est une prise de responsabilité. Je crois que c'est ça qu'on veut. Enfin moi, en tout cas, c'est ce que j'essaie d'expliquer en disant : « Mais même si je retire la garde, vous restez parent. Ça n'a rien à voir. Et même si je vous retire l'autorité parentale, c'est quand même vous qui avez fabriqué cet être ». Mais après, ce qu'ils peuvent entendre et dans le concret, ben là, c'est le problème. Mais je crois que notre but à tous, c'est qu'ils puissent être parents, d'une façon ou d'une autre. Et puis qu'ils perdent pas, qu'ils perdent pas ce sentiment d'être parent. Enfin moi, en tout cas, pour moi c'est important. Mais voilà, après, je suis dans mes sphères et puis c'est facile, mais...*

Dans cette posture de prise de risques, la parentalité est moins perçue comme menacée par la toxicodépendance que comme une opportunité pour s'en sortir. L'idée est qu'à trop vouloir mettre l'accent sur la gestion des risques liés à la toxicodépendance, on risque d'occulter le potentiel constructif que peut offrir l'expérience de la parentalité.

***Une pédopsychiatre :** De pouvoir leur offrir cette expérience de normalité entre guillemets et qu'elles soient considérées comme de futures mamans, des femmes enceintes, ça peut être effectivement un tremplin. Dans tout le challenge de la maternité, c'est ça, c'est d'essayer de prendre un autre virage. Après, ben voilà, le produit des fois est bien plus fort que tout et on les perd. Mais enfin moi c'est comme ça que je vois cette histoire. C'est de se dire, on pourrait, dans ce moment-là de la maternité, ouvrir une autre porte et peut-être frayer un autre chemin et surfer un peu sur l'arrivée de l'enfant pour que les choses puissent ensuite se mettre en place un peu différemment.*

Les résultats de cette recherche montrent que, à la fois du point de vue des mères et des professionnels rencontrés, les relations qui semblent le plus faciliter l'accompagnement de la PST sont celles qui tendent davantage vers la prise de risques que la gestion de risques. Cette posture peut s'incarner dans des pratiques très diverses et qui s'inscrivent dans des contextes professionnels et institutionnels qui permettent de prendre plus ou moins de risques, et pas toujours les mêmes risques. Léveillé et Bouchard (2010 : 356) ont également pu constater au Québec une conception différentielle du risque parmi les professionnels, qui participe à ralentir le rapprochement des réseaux d'intervention. Comme l'observe Molénat, « introduire la dimension subjective dans l'objectivité nécessaire du soin somatique bouscule les repères habituels » (2013 : 203). Chamberland et Trocmé

(2010 : 367) constatent eux aussi que souvent, l'énergie des intervenants qui accompagnent des familles vulnérables « vise davantage à évaluer et gérer les risques plutôt qu'à mobiliser les ressources familiales et communautaires ».

Les expériences des personnes rencontrées dans le cadre de cette enquête montrent qu'il est possible d'adopter une posture de « prise de risque » dans tous les champs professionnels et contextes institutionnels, même si c'est à des degrés divers et sous des formes différentes. Mais qu'elle est possible à condition d'arriver à dépasser une lecture dichotomique de l'accompagnement de la PST en termes de protection de l'enfant au détriment du parent ou vice-versa. Il s'agit de prendre le risque de situer au cœur de l'accompagnement la relation de parentalité, comprise comme une relation qui articule à la fois le bien du parent et de l'enfant.

CONCLUSION

Ce processus de recherche-intervention s'inscrit dans la continuité de projets qui visent à soutenir la mobilisation de parents en situation de toxicodépendance dans le canton de Vaud. L'objectif de recherche était de mieux comprendre les enjeux de la PST et de son accompagnement, du point de vue des mères et des professionnels concernés et de formuler des recommandations pour l'améliorer. L'objectif d'intervention était de soutenir la mobilisation des mères, de permettre à des professionnels de différents champs de confronter leurs points de vue. Les résultats issus de cette recherche devraient permettre, dans un deuxième temps, l'élaboration d'un outil permettant de soutenir la PST et son accompagnement.

Cinq mères en situation de toxicodépendance ont pu être rencontrées à deux reprises, au cours de deux entretiens collectifs, puis à la fin de l'analyse pour une séance de discussion de résultats. Dix-huit professionnels de différents domaines d'intervention ont également été interrogés, en entretien collectif, ou, lorsque ça n'a pas été possible, en entretien individuel ou en duo. Huit d'entre eux ont participé à la séance de discussion de résultats.

En ce qui concerne la **dimension intervention**, les effets d'une telle démarche peuvent être multiples, notamment en termes de sensibilisation et de pistes permettant la discussion de ce sujet, mais ils ne sont pas toujours observables et certains peuvent se manifester à plus long terme. Par ailleurs, si certains effets sur le plan collectif peuvent être observés à travers des dynamiques de groupe, les effets sur le plan individuel sont difficilement dissociables d'une série d'autres facteurs. On peut néanmoins souligner quelques effets observables de la démarche, et ce, à plusieurs niveaux. Tout d'abord, en ce qui concerne le soutien à la mobilisation des mères concernées, nous avons veillé tout au long du processus à mettre en place et adapter les conditions leur permettant de rester sujets de ce projet et d'éviter de les en désapproprier, tout en clarifiant la répartition des rôles selon les expertises de chacune des personnes impliquées. Le rôle d'explication et de relais joué par la TSHM a été à ce titre fondamental. En effet, ce processus mettait en jeu des logiques d'acteurs différentes (mères, professionnels, chercheuse, TSHM, CoPil), tout comme les rythmes de travail, les attentes implicites ou explicites ou encore les modalités utilisées. De ce fait, il a fallu sans cesse veiller à clarifier les positions de chacun et le sens des choix effectués, de manière à ne pas créer des malentendus ou reproduire des schémas d'exclusion et de stigmatisation que nous cherchions justement à dénoncer.

L'implication d'une représentante des mères au sein du CoPil a été à ce titre révélatrice des difficultés qui peuvent se poser lorsqu'on cherche à réaliser une démarche participative. En effet, malgré des efforts pour préparer les séances, pour adapter le vocabulaire utilisé et créer des conditions permettant à l'ensemble des membres de ce comité d'avoir une réelle prise sur le pilotage de la recherche, il lui est arrivé de se sentir perdue au cours de séances. D'autres membres du groupe (professionnels) ont peut-être pu aussi avoir de telles impressions, mais le risque lorsqu'il s'agit de personnes déjà fragilisées et que de telles expériences contribuent davantage à renforcer un sentiment d'incompétence ou de ne pas se sentir à sa place qu'à renforcer leur pouvoir d'agir. Mais grâce à la persévérance de cette représentante des mères, à son implication et au sérieux avec lequel elle a assumé son rôle, ainsi qu'à l'implication et la vigilance de l'équipe et une bonne communication au sein de celle-ci, ce ressenti a pu s'exprimer et s'expliquer et les conditions de participation ont pu être adaptées, le cas échéant. Cette expérience a notamment montré l'importance de toujours inviter au moins deux personnes consommatrices de drogues à un comité ou à une rencontre, comme le suggèrent par exemple les *Recommandations pour l'inclusion de personnes utilisatrices de drogues* (ADDICQ, 2012).

En ce qui concerne les professionnels impliqués, bien que ceux qui ont participé à l'enquête soient pour la plupart des acteurs déjà sensibilisés ou intéressés par cette question, les entretiens de groupe ont constitué une occasion, certes unique et limitée, d'échanger leurs points de vue et leurs pratiques et d'amorcer un échange qui tente de dépasser les positions dichotomiques entre protection de l'enfance et accompagnement de la toxicodépendance. En outre, ces entretiens ont permis de personnaliser les contacts entre ces professionnels, ce qui constitue, comme on l'a vu, un élément qui peut contribuer à améliorer la collaboration entre eux. Plus largement, cette démarche a permis d'entretenir et nourrir le débat sur le sujet de l'accompagnement de la PST, comme en témoigne par exemple l'organisation d'une journée sur ce thème par Addiction Valais (décembre 2015).

Sur le plan de la **production de connaissances**, bien qu'on ne puisse pas considérer que l'échantillon soit représentatif en raison, notamment, de sa taille modeste et du fait qu'il soit limité au canton de Vaud, plusieurs résultats de cette recherche confirment, approfondissent ou affinent les résultats d'autres études sur le sujet. Sans prétendre à l'exhaustivité, ils offrent toutefois des pistes pour prendre une certaine distance dans un débat qui peine souvent à dépasser les réactions émotionnelles et pour jeter les bases permettant d'améliorer l'accompagnement de la parentalité en situation de toxicodépendance. Ces résultats montrent que si le canton de Vaud dispose de beaucoup de ressources sur lesquelles cet accompagnement pourrait prendre appui, les représentations de la parentalité et du danger que représente la toxicodépendance constituent les obstacles majeurs au développement de pratiques en adéquation avec les besoins de ces familles. Du fait notamment de l'importante charge émotionnelle associée à ce sujet, les positions professionnelles ont souvent tendance à se cristalliser et on observe une organisation de l'intervention fondée de façon prépondérante sur une représentation dichotomique de cet accompagnement, opposant souvent bien de l'enfant et bien de la personne toxicodépendante. Ces éléments constituent des freins majeurs au développement d'un accompagnement multidisciplinaire et centré sur la parentalité en tant que relation articulant protection de l'enfance et accompagnement du parent. C'est à partir de ce constat que sont proposées les recommandations dans le chapitre suivant.

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations, issues des résultats de cette recherche, ont été élaborées sur la base des séances de discussions collectives des résultats réalisées avec les participants de la recherche (mères et professionnels séparément), ainsi qu'avec le COPIL.

1. Accompagner la relation de parentalité plutôt que soutenir des parents ou des enfants séparément

Les résultats montrent que le soutien à la parentalité en situation de toxicodépendance se fait encore de manière cloisonnée : on soutient soit l'enfant, soit le parent et la réconciliation des deux semble difficile. S'intéresser à la relation de parentalité qui unit les parents et les enfants permet de dépasser ce cloisonnement (renforcer les collaborations interdisciplinaires entre professionnels). Par ailleurs, Karsz (2014) propose de parler d'accompagnement plutôt que de soutien à la parentalité. L'idée de soutien de la fonction parentale part de la prémisse des défaillances parentales. Parler d'accompagnement plutôt que de soutien permet de passer d'une logique de prise en charge à une logique de prise en compte. Les résultats montrent l'importance de prendre en compte les spécificités de chaque situation, les différentes dimensions de la parentalité de Houzel (tâches pratiques, identité, expérience subjective), les ressources et besoins des parents et des enfants, sans stigmatisation.

2. Former, informer et soutenir les professionnels concernés

L'enquête révèle l'existence chez les professionnels de méconnaissances, peurs et stigmatisations qui empêchent d'envisager des possibilités d'accompagnement de la parentalité adaptées à chaque situation. L'ensemble des acteurs s'accorde sur l'importance de mettre en place des formations spécialisées (formations interdisciplinaires mises en place par des centres de formation reconnus) et des supports (ex : supervisions, interventions) **adaptés** aux besoins des différents acteurs concernés. Les résultats montrent un besoin de sensibiliser et informer les professionnels, d'une part, sur les différentes dimensions de la parentalité (Houzel) et d'autre part, sur les risques réels de la toxicodépendance.

3. Mettre en place les conditions permettant une participation active des familles (parents-enfants) dans leur accompagnement

Les résultats montrent que si les conditions sont favorables, l'accompagnement peut être co-construit avec les parents et les enfants. La co-construction de l'accompagnement favorise sa réussite. Ces conditions sont la possibilité pour les parents d'investir de sens l'accompagnement, la confiance, la continuité du lien et la valorisation des ressources et compétences des familles sans les surévaluer. Les résultats montrent également les nombreux avantages de commencer l'accompagnement avant la naissance de l'enfant et de l'adapter au cours des trajectoires (prendre en compte le caractère dynamique de la parentalité). Une collaboration parents-réseaux ni étouffante ni invalidante facilite la participation des parents (diminuer la taille des réseaux, centrer la relation parents-professionnels autour de quelques professionnels significatifs, préparer les réseaux, parler un langage commun, convenir d'un leadership, fixer des objectifs clairs etc.).

4. Formaliser les collaborations interinstitutionnelles sur les plans politique, organisationnel et institutionnel

Les résultats indiquent que si plusieurs changements proviennent d'initiatives individuelles de professionnels, la responsabilité de l'accompagnement ne doit pas reposer uniquement sur les individus. C'est pourquoi il est important de conventionner et de formaliser les collaborations interdisciplinaires et interinstitutionnelles au niveau cantonal, organisationnel et institutionnel, de clarifier et articuler les rôles des différents professionnels concernés et d'assurer une cohérence entre les différents axes d'accompagnement, sans oublier de favoriser l'accès aux services pour les familles provenant des régions vaudoises périphériques. Si de nouvelles structures sont créées, favoriser des lieux permettant l'accompagnement conjoint des parents et des enfants (ex : accueil/hospitalisation mère-enfant, centres de jour).

BIBLIOGRAPHIE

- Alary, J. (dir.) (1988). *Solidarités. Pratiques de recherche-action et de prise en charge par le milieu*. Montréal, Canada : Boréal.
- Alvarez, C. & Prats, V. (2010). *Enfants en bas âge de parents toxicodépendants. Processus de connexions interinstitutionnelles*. Rapport de synthèse non publié. Suisse : SPJ Vaud et Rel'ier (Le Relais).
- Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec (ADDICQ). (2012). *Recommandations pour l'inclusion des personnes utilisatrices de drogues*. 12 mai 2012. Document en ligne : <http://www.linjecteur.ca/addicq/>
- Colombo, A. (2015). *S'en sortir quand on vit dans la rue. Trajectoires de jeunes en quête de reconnaissance*. Montréal, Canada : PUQ.
- Colombo, A., Pulzer, N. & Parazelli, M. (à paraître). Représentations sociales des sans-abri. La mobilisation des Enfants de Don Quichotte à Paris. *Déviance et société*.
- Chamberland, C. & Trocmé, N. (2010). Des défis à relever pour assurer l'avenir des enfants en contexte de protection. Dans C. Chamberland, S. Léveillé & N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger – Parents à aider*. (p. 361-383). Montréal, Canada : PUQ.
- Corbeil, Ch. & Marchand, I. (2006). Penser l'intervention féministe à l'aune de l'approche intersectionnelle : défis et enjeux. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(1), 40-57.
- Csupor, I. & Ossipow, L. (2012). Des pauvres, partenaires d'une recherche sur l'aide sociale ? Asymétrie dans la constitution des partenariats et dans la restitution des résultats. *Pensée Plurielle*, 2(30-31), 139-151.
- D'Alessandri, S., Axilais, M.-C. & Al. (1998). *Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande*. Rapport d'une enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes. Lausanne, Suisse : Groupe de travail Femmes et Dépendances.
- Dentan, A., Alvarez, C. & Nicod, B. (2000). Un réseau d'accompagnement des mères toxicomanes et de leurs enfants. *Dépendances*, 9, 20-24.
- Dentan, A. & Alvarez, C. (2001). *Enfants en bas-âge de parents toxicodépendants. Rapport interne : propositions d'outils de travail*. Rapport non publié. Suisse : SPJ Vaud.
- Duschesne, S. & Haegel, F. (2004). *L'enquête et ses méthodes. L'entretien collectif*. Paris, France : Nathan/SEJER.
- Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Pelletier, G., Jacques, I. & Gagnon, V. (2013). Programme Jeunes-Parents : intervention en dépendance dans un contexte d'intervention de protection de la jeunesse. Dans Ch. Plourde, M. Laventure, M. Landry & C. Arsenault (dir.), *Sortir des sentiers battus. Pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants* (p. 247-260). Québec, Canada: Presses de l'Université Laval.
- Grégoire, M. (2010). Les pères addictés. *Psychotropes*, 3(16), 47-56.
- Hardy, A.-Ch. (2011). Donner, recevoir et rendre. Réflexion sur les règles de l'échange sociologique. *Interrogations*, 13, 112-130.
- Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris, France : Les éditions du Cerf.
- Houzel, D. (dir.) (2007). *Les enjeux de la parentalité*. Ramonville Saint-Agne, France : Erès.
- Jeammet, Ph. (2006). Réflexions sur la parentalité. *Adolescence*, 24(1), 69-77.
- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales: un domaine en expansion. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (p. 47-78). Paris, France : PUF.
- Karsz, S. (2004). *Pourquoi le travail social ? Définition, figures, clinique*. Paris, France : Dunod.
- Karsz, S. (2014). *Mythe de la parentalité, réalité des familles*. Paris, France : Dunod.
- Lafortune, D. & Gilbert, S. (2013). Défis cliniques dans l'intervention auprès de jeunes parents en situation de précarité psychosociale : éclairage psychodynamique sur un mode relationnel paradoxal. *Bulletin de psychologie*, 5(527) 371-384.
- Lambooy, B. (2009). Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches sur un même concept. *Devenir*, 1(21), 31-60.

- Laot, F. (2002). Recherches en travail social: l'échelle européenne. *Vie sociale*, 2, 1-17.
- Laventure, M., Charbonneau, R., Sarrazin, G. & Bertrand, K. (2013). Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales : quand la dépendance et la parentalité se côtoient. Dans : Ch. Plourde, M. Laventure, M. Landry & C. Arsenault (dir.), *Sortir des sentiers battus. Pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants* (p. 29-50). Québec, Canada : PUL.
- Le Boterf, G. (1983). « La recherche-action : une nouvelle relation entre les experts et les acteurs ? ». *Pour*, 90, 39-46.
- Lejeune, C. & Simmat-Durand, L. (2003). *Grossesse et substitution. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés.* (Rapport). Paris, France : OFDT.
- Léveillé, S. & Bouchard, V. (2010). Prendre le risque d'intervenir, ensemble. Forum sur les politiques sociales. Dans : C. Chamberland, S. Léveillé & N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger – Parents à aider* (p. 345-360) Montréal, Canada : PUQ.
- Luttenbacher, C. (1998). La mère toxicomane et l'enfant : incidence des représentations sur la prise en charge. *Psychotropes*, 4(2), 21-34.
- Molénat, F. (2000). *Grossesse et toxicomanie*. Paris, France : Erès.
- Molénat, F. (2001). *Naissances : pour une éthique de la prévention*. Paris, France : Erès.
- Molénat, F. (2013). « La qualité des liens entre parents et professionnels : clé d'un accompagnement adéquat de l'enfant dans son développement ? ». *Contraste*, 37, 185-207.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, USA : Sage Publications.
- Neyrand, G. (2013). *Soutien à la parentalité et contrôle social*. Bruxelles, Belgique : Yapaka.be.
- Paillé, P. (2006). « Qui suis-je pour interpréter? ». Dans P. Paillé (dir.), *La méthodologie qualitative. Postures de recherche et travail de terrain* (p. 99-123). Paris, France : Armand Collin.
- Parazelli, M., Hébert, J., Huot, F., Bourgon, M., Gélinas, C., Laurin, C., Lévesque, S., Rhéaume, M. & Gagnon S. (2003). Les programmes de prévention précoce : fondements théoriques et pièges démocratiques. *Service social*, 50(1) 81-121.
- Prats, V. & Baechler, D. (2011). *Femmes en marge : un genre à part ?* (Rapport de recherche). Lausanne, Suisse : Rel'ier et EESP.
- Saliba Sfeir, Ch. (2013). *Parentalité, addiction et travail social*. Paris, France : L'Harmattan.
- Sellenet, C. (2009). « Approche critique de la notion de 'compétences parentales' », *Revue internationale de l'éducation familiale*, 2(26), 95-116.
- Simard, G. (1989). *La méthode du « focus group ».* Animer, planifier et évaluer l'action. Laval, Canada : Mondia.
- Simmat-Durand, L. (2007). La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Déviante et société*, 31(3), 305-330.
- Simmat-Durand, L., Genest, L. & Lejeune, C. (2012). Les séparations des mères consommatrices de substances psychoactives de leurs enfants : résultats dans une cohorte rétrospective française. *Psychotropes*, 3(18), 123-149.
- Soulinac, R. & Corquette-Krokar, M. (2003). Paternité et toxico-dépendance. *Dialogue*, 4(162), 93-100.
- Tamur, N. (2013). *Parentalité et toxicomanie : point de vue des travailleurs sociaux*. Travail de bachelor présenté à Fribourg, Suisse : Haute école de travail social Fribourg.
- Wellenstein, A. (2010). Prise en charge de la mère toxicomane. Sélection bibliographique. *Psychotropes*, 3(16), 67-75.

Photo de couverture, suggérée par une mère ayant participante (funambule) :

<http://www.impeccablemichelcastanier.com/2016/02/le-rendez-vous-du-funambule-sentimental-0.html>

ANNEXE 1 : GUIDES D'ENTRETIENS

Discussions avec les mères– guide

☞ Deux ou trois discussions de 2h dans le cadre du Café des Mamans

Discussion 1 : Quelles sont vos relations avec les professionnels ?

Préparation : penser à une situation positive et une négative avec des professionnels (tous domaines d'intervention confondus)/ amener une photo ou un objet ou une couleur qui symbolise ces situations

Questions :

- Pouvez-vous raconter une expérience positive que vous avez eue avec un professionnel ? En quoi est-elle positive pour vous ? En quoi vous a-t-elle aidé à être parent comme vous le souhaitez ?
- Pouvez-vous raconter une expérience négative que vous avez eue avec un professionnel ? En quoi est-elle négative pour vous ? En quoi vous a-t-elle empêché d'être parent comme vous le souhaitez ?
- Y a-t-il d'autres éléments qui facilitent ou entravent l'exercice de votre parentalité ? (en lien avec les services existants et les professionnels qui y travaillent)
- Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans le système d'accompagnement de la PST pour faciliter l'exercice de votre parentalité ?
- Comment pensez-vous que les professionnels attendent que vous soyez en tant que mère ? Etes-vous d'accord avec ces attentes ? Pensez-vous pouvoir/vouloir y répondre ? Comment, pourquoi ?

Discussion 2 : Qu'est-ce qu'être parent en situation de toxicodépendance ?

Préparation : apporter un objet qui symbolise pour elles leur parentalité

Questions :

- En quoi cet objet symbolise-t-il pour vous votre parentalité ? (Que veut dire être parent pour vous ? Comment faites-vous concrètement pour être parent ?)
- (Pensez-vous pouvoir être le parent que vous aimeriez être pour votre enfant ?)
- Pouvez-vous raconter une situation avec votre/vos enfant/s dont vous êtes fière ? Pourquoi ?
- Pouvez-vous raconter une situation avec votre/vos enfant/s dont vous n'êtes pas fière ? Pourquoi ?
- Quelle image pensez-vous que votre/vos enfant/s a/ont de vous ? Pourquoi ? Expliquez.
- Etes-vous contente qu'il-s ai-en-t cette image de vous ? Pourquoi ? Si non, quelle image aimeriez-vous qu'il-s ai-en-t de vous ? Comment cette image pourrait-elle changer ?
- Qu'est-ce qui facilite (pourrait faciliter) l'exercice de votre parentalité ? (toxicodépendance, relations avec vos proches, relations avec les professionnels,... ?)
- Qu'est-ce qui l'entrave ou pourrait l'entraver ? (Evt : raconter un événement où c'était difficile d'être parent comme vous l'aimeriez)

Focus-groupe avec les professionnels – guide d'entretien

- Entretien de groupe enregistré d'env. 2h avec des professionnels entourant les PST

Introduction :

- Rappel du contexte et des objectifs de la recherche
- Explication des règles d'éthique et de confidentialité
- Demande pour enregistrement et explication déroulement entretien
- Tour de table des participant-e-s (lien avec la PST)

Comment comprennent-ils la PST ?

1. Quelles sont, selon vous, les spécificités de la parentalité en situation de toxicomanie ? (par rapport à la parentalité en général, par rapport à la problématique de la toxicomanie, par rapport à d'autres publics...)
2. Quelles sont les spécificités dont vous tenez compte, personnellement, dans votre intervention (par rapport aux autres publics auprès desquels vous intervenez) ?
3. Quels sont, selon vous, les besoins de ces mères ?
4. Rencontrent-elles, selon vous, des obstacles dans leur accès à l'aide ? Lesquels et comment les expliquez-vous ?
5. Estimez-vous avoir une bonne connaissance de leurs besoins ? Expliquez.

Quelles pratiques mettent-ils en place ? (individuellement et collectivement)

6. Comment répondez-vous à ces besoins dans votre pratique personnelle d'intervention ?
7. Est-ce que les pratiques que vous mettez en œuvre sont décidées par l'institution où vous travaillez ou cela relève-t-il de votre initiative personnelle ?
8. Quelles sont les modalités d'accompagnement qui « marchent » le mieux pour ces mères ? Comment l'expliquez-vous ?
9. Quels sont, à votre avis, les avantages de l'accompagnement que vous leur offrez ? Pourquoi ?
10. Quelles en sont, à votre avis, les limites ? Pourquoi ?
11. Comment pensez-vous que votre accompagnement pourrait être amélioré ? (au niveau personnel, institutionnel, autre ?)
12. Comment se passe la collaboration avec ces mères ? Quelles sont les modalités qui favorisent ou pas cette collaboration ? Comment l'expliquez-vous ?
13. Collaborez-vous avec d'autres professionnels pour mettre en œuvre votre accompagnement ? Qui sont ces professionnels ?
14. Sur quelle base/dans quels cas décidez-vous de faire appel à d'autres professionnels ? Le faites-vous systématiquement ou au cas par cas ?
15. En général, êtes-vous satisfait-e de ces collaborations ? (au niveau personnel et au niveau de la réponse qu'elles permettent d'apporter aux besoins des mamans) En quoi, pourquoi ?
16. A votre avis, comment ces collaborations pourraient-elles être améliorées (pour mieux répondre aux besoins des mamans) ?
17. Estimez-vous avoir une bonne connaissance du réseau de professionnels susceptibles de répondre aux besoins de ces mères ?
18. A votre avis, ce réseau est-il à même de répondre à leurs besoins ? Si oui, en quoi ? Si non, en quoi ?
19. Comment pensez-vous que l'accompagnement collectif qui est offert aux mamans en ST pourrait-il être amélioré ?
20. Aimerez-vous ajouter quelque chose ?

Merci pour votre participation !

ANNEXE 2 : LISTE DES INSTITUTIONS AYANT PARTICIPÉ AUX FOCUS-GROUPES

	Domaine d'intervention	Institution
1	Protection jeunesse	SPJ, Office régional de protection des mineurs du Centre du canton de Vaud (ORPM)
2	Protection jeunesse	SPJ, Accueil familial
3	Médical, mères	Polyclinique d'addictologie du Département de psychiatrie du CHUV (anciennement Centre Saint-Martin)
4	Médical, mères	Gynécologie, CHUV
5	Pédopsychiatrie	Supea
6	Juridique	Cabinet d'avocats
7	Juridique	Justice de Paix
8	Visites médiatisées	La Pouponniere et l'Abri
9	Visites médiatisées	Point rencontre de la Fondation jeunesse et famille
10	Foyers pour enfants	Les Clarines (Chardonne)
11	Travail social hors murs	AACTS (Vevey)
12	Psychiatrie (accueil mères-enfant)	Hôpital de Cery, département de psychiatrie du CHUV
13	Mères, addictologie	Fondation du Levant, CAP
14	Infirmière petite enfance	AVASAD
15	Infirmière petite enfance	AVASAD
16	Pédiatre	Spécialiste FMH en pédiatrie
17	Infirmière scolaire	Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire du canton de Vaud
18	Médecin généraliste	

ANNEXE 3 : PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE POUR LES PARTICIPANTS

Recherche-intervention sur la parentalité en situation de toxicomanie (PST) Mandat de la Fondation Le Relais, Lausanne

Présentation de la recherche

Afin de poursuivre le processus communautaire conduit par le Rel'Aids favorisant l'implication des mères toxicomanes, la Fondation Le Relais a souhaité mettre sur pied un projet de recherche-intervention, dans le double but de mieux comprendre la réalité vécue par les mères toxicomanes et la façon dont elles sont accompagnées par les professionnel-le-s, tout en continuant à soutenir leur mobilisation dans les projets qui les concernent. Il s'agit d'une démarche de recherche-intervention qui vise à identifier et comprendre les dimensions de la parentalité en situation de toxicomanie, du point de vue des mères et des professionnel-le-s qui interviennent auprès d'elles. A partir des résultats de cette recherche, Le Relais souhaite créer un outil (almanach, brochure,...) destiné aux acteurs concernés : une partie de l'outil pourra être destiné aux parents en situation de toxicomanie et l'autre aux professionnel-le-s (professionnel-le-s du réseau concerné, médecins, soignant-e-s, thérapeutes, sociaux/les, etc.) dans le but de faciliter l'accompagnement de ces parents.

Les objectifs de cette recherche sont de :

- 4) saisir comment les professionnel-le-s qui interviennent auprès des mères en situation de toxicomanie comprennent la parentalité en situation de toxicomanie (PST) (représentations) et les pratiques qu'ils/elles développent pour accompagner cette parentalité ;
- 5) comprendre les différentes dimensions de la PST pour les mères qui la vivent et leur rapport aux professionnel-le-s qui les accompagnent dans cette réalité ;
- 6) créer un outil d'intervention permettant de faciliter le soutien à la parentalité en situation de toxicomanie destiné aux professionnel-le-s et aux mères/parents.

La recherche est menée par Annamaria Colombo Wiget, Professeure à la Haute école fribourgeoise de travail social (HES-SO), en collaboration étroite avec Patricia Fontannaz, travailleuse sociale hors murs, qui anime notamment le « Café des Mamans ». Un groupe de pilotage valide les orientations générales de la recherche et garantit les conditions de sa réalisation. Il est composé notamment de Jean-Claude Pittet (directeur, Le Relais), Martine Monnat (Médecin cantonal adjointe, Département de la santé et de l'action sociale, Service de la santé publique, Populations vulnérables), Caroline Alvarez (SPJ, Unité de pilotage de la prévention – Petite enfance), Olivier Duperrex (Pédiatre, Unité de promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire et médecin référent pour le centre de référence pour les infirmières petite enfance), Marie Savary (Déléguée des affaires régionales, Lausanne Région), une représentante des mères du Café des Mamans.

Méthodologie

- 1) Pour récolter le point de vue des professionnel-le-s, **des entretiens collectifs sont menés avec des professionnel-le-s** intervenant directement auprès des mères en situation de toxicomanie (domaines de la protection de l'enfance, du médical, de la pédopsychiatrie, du juridique, des visites médiatisées et du travail social hors mur). L'objectif de ces entretiens est de saisir comment ces professionnel-le-s comprennent la parentalité en situation de toxicomanie, d'une part, et d'autre part, quelles pratiques ils/elles mettent en œuvre. Les entretiens, d'une durée de deux à trois heures, auront lieu à Lausanne avec la chercheuse, accompagnée d'une collaboratrice de la Haute école de travail social de Fribourg (pour les aspects techniques). **Chaque professionnel-le participe à un seul entretien.** Ces entretiens, enregistrés, feront l'objet d'une transcription par une personne indépendante de la HEF-TS et ils seront analysés par la chercheuse. Celle-ci s'engage à respecter l'anonymat des participant-e-s.

Il est demandé aux participant-e-s de **se préparer à l'entretien collectif** en reprenant les dossiers de suivi concernés par cette thématique, afin de se remémorer les trajectoires de suivi, les événements marquants, les difficultés et éléments facilitants, les questionnements et réflexions, ainsi que les réponses apportées.

- 2) Parallèlement, une série de discussions ont lieu dans le cadre du « Café des Mamans » avec des mères en situation de toxicodépendance de manière à récolter leur **point de vue**: Que signifie être maman en situation de toxicomanie ? Quels sont leurs relations avec les professionnel-le-s qui les accompagnent ?
- 3) Ces données récoltées feront l'objet d'une analyse et d'une confrontation avec la littérature existante.

Cette démarche de récolte de données donnera lieu à un rapport de recherche, qui pourra servir de base à l'élaboration de l'outil d'intervention à l'intention des professionnel-le-s et des parents en situation de toxicodépendance. Une validation des résultats de la recherche avec les participant-e-s est prévue.

ANNEXE 4 : EXEMPLE D'AGENDA D'UNE MÈRE EN SITUATION DE TOXICODÉPENDANCE

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Sem. 9	10h Dentiste 11h 12h ORP	11h prise d'urine	✓	15h Pédiatre		
1	2	3	4	5		
Sem. 10						
14h prise d'urine		✓		✓		
7	8	9	10	11	12	
Sem. 11						
9h30 ST-Martin	⊙		⊙ 10h prise d'urine	✓		
14	15	16	17	18	19	
Sem. 12						
✓	11h prise d'urine	18h Vernissage à la Grèche	14h RDV SPJ	Vendredi Saint ☹️ ☹️ ☹️		
21	22	23	24	25	26	
Sem. 13						
Lundi de Pâques ☺️ ☺️ ☺️			11h prise d'urine			
28	29	30	31			

* jour Noël seulement dans certains cantons / Région