

JANVIER | 2018

TRAVAIL DE BACHELOR POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME BACHELOR OF ARTS
HES-SO EN TRAVAIL SOCIAL

HAUTE ÉCOLE DE TRAVAIL SOCIAL – HES-SO//VALAIS – WALLIS

COMMENT LES TRAVAILLEURS SOCIAUX PERMETTENT AUX MERES SOUFFRANT
D'ADDICTION DE DEVELOPPER LEURS COMPETENCES PARENTALES AFIN
QU'ELLES PUISSENT REpondre AUX BESOINS DE LEUR·S ENFANT·S ?



http://actu.last-video.com/en-photos-la-vie-dune-enfant-de-2-ans-avec-ses-parents-drogues-et-toxicomanes_12973.html

REALISE PAR :

MARION MORISOD, BAC, 14
ANAÏS CARRE-LLOPIS, BAC 14

RESPONSABLE :

SUSANNE LORENZ

SIERRE, LE 29.01.2018

MOTS CLÉS

Toxicomanie, parentalité, intérêts de l'enfant, accompagnement, représentations

RÉSUMÉ

Cette recherche empirique s'articule autour de l'intervention des professionnels auprès des mères toxicodépendantes afin qu'elles puissent répondre aux besoins de leur·s enfant·s.

La toxicomanie et la parentalité ne semblent pas faire bon ménage au sein de notre société. Ces deux aspects engendrent des questionnements autour de l'éducation des enfants par des parents toxicodépendants. En parallèle, l'intervention des professionnels du travail social amène une autre dimension dans ce genre de situation. Afin de mieux saisir les enjeux de ces trois concepts à savoir la parentalité, la toxicomanie ainsi que l'accompagnement des travailleurs sociaux, nous nous sommes basées sur les propos d'auteurs spécialisés dans chacun des domaines nommés ci-dessus. Ceci fera donc l'objet de notre partie théorique.

Concernant la partie exploratoire, une recherche de type qualitative a été menée auprès de huit travailleurs sociaux, éducateurs et assistants sociaux, venant de trois services distincts. Nous les avons interrogés sur l'accompagnement qu'ils prodiguent à ces mères dépendantes afin qu'elles puissent répondre aux besoins de leur·s enfant·s. La récolte de données est intéressante et très riche. Nous constatons que bien que les professionnels travaillent avec des missions et un positionnement différents, certains points communs émergent de leur discours. Nous découvrons également les enjeux de l'accompagnement des mères dépendantes ainsi que les outils utilisés par les travailleurs sociaux afin de permettre une évolution favorable des situations.

Les résultats démontrent le processus par lequel passent les professionnels avec ces mères ainsi que les difficultés auxquelles les deux sont confrontés dans la réalité de l'action.

REMERCIEMENTS

Au terme de notre travail de Bachelor, nous désirons remercier toutes les personnes qui ont contribué et qui nous ont soutenues de près ou de loin, dans la démarche et la réalisation de ce travail. Sans elles, ce projet n'aurait pas pu voir le jour.

Tout d'abord, nous tenons particulièrement à remercier notre directrice de travail de Bachelor, Madame Susanne Lorenz qui s'est montrée disponible, engagée et nous a accompagnées tout au long de ce processus. Les rencontres ponctuelles et ses précieux conseils nous ont permis de rester concentrées, de garder un bon rythme et d'effectuer les ajustements nécessaires.

Nous tenons également à remercier les travailleurs sociaux qui nous ont accordé une partie de leur temps afin de répondre à notre interview. Finalement, nous remercions toutes les personnes de notre entourage qui nous ont soutenues et encouragées par leurs conseils, leurs relectures et leurs remarques pertinentes.

"La règle d'or de la conduite est la tolérance mutuelle, car nous ne penserons jamais tous de la même façon, nous ne verrons qu'une partie de la vérité sous des angles différents".

Gandhi

PRÉCISIONS

Les opinions données dans le cadre de ce travail n'engagent que leur auteur.

Pour une meilleure aisance ainsi que pour faciliter la lecture de notre travail, la forme masculine utilisée sera à considérer au sens général et comme incluant les deux genres.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	7
1.1. CONTEXTE	7
1.2. QUESTION DE DEPART	8
1.3. QUESTION DE RECHERCHE	8
1.4. OBJECTIFS DE RECHERCHE	9
1.5. STRUCTURE DU TRAVAIL	9
2. CADRE THEORIQUE	11
2.1. TOXICOMANIE	11
2.1.1. CONCEPT DE DEPENDANCE	11
2.1.2. CONCEPT D'ADDICTION	12
2.1.3. CONCEPT DE TOXICOMANIE	16
2.1.4. MANIERE DE CONCEVOIR LA SORTIE DE LA TOXICODEPENDANCE	17
2.1.5. TOXICOMANIE : UN PHENOMENE MULTIDIMENSIONNEL	18
2.1.6. RELATION ENTRE LE TOXICOMANE ET LE PRODUIT	19
2.1.7. REPRESENTATIONS SOCIALES DES SUBSTANCES PSYCHOTROPES	20
2.2. LA PARENTALITE	21
2.2.1. DEFINITION DE LA FAMILLE	21
2.2.2. HISTOIRE DE LA FAMILLE	23
2.2.3. DEFINITION DE LA PARENTALITE	25
2.2.4. MODELE DE BELSKY – DETERMINANTS DE LA PARENTALITE	29
2.2.4.1 Observations du modèle de Belsky	31
2.2.5. LA PARENTALITE SELON HOUZEL	34
2.2.6. PARENTALITE ET CADRE LEGAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANT	38
2.2.7. SOUTIEN A LA PARENTALITE	40
2.2.8. PRESTATIONS SOCIO-EDUCATIVES	42
2.3. PARENTALITE ET TOXICODEPENDANCE	44
2.3.1. ROLE DU VECU FAMILIAL EN LIEN AVEC LA TOXICODEPENDANCE	44
2.3.2. CARACTERISTIQUES LIEES A LA MATERNITE POUR UNE FEMME TOXICODEPENDANTE	46
2.3.3. LES DIFFICULTES QUE RENCONTRENT LES MERES TOXICODEPENDANTES	47
2.3.4. CONSEQUENCES DE LA CONSOMMATION DE LA MERE TOXICODEPENDANTE SUR LES ENFANTS	49
2.3.5. L'ATTACHEMENT PARENT-ENFANT	49
2.4. ACCOMPAGNEMENT DU PROFESSIONNEL	51
2.4.1. DEFINITION DU TRAVAILLEUR SOCIAL	52
2.4.1.1. L'éducateur social	52
2.4.1.2. L'assistant social	52
2.4.2. DEFINITION DE L'ACCOMPAGNEMENT	53
2.4.3. AXES D'INTERVENTIONS	53
2.4.3.1. Approche systémique	54
2.4.3.2. Approche centrée sur la personne	54
2.4.3.3. Axe d'intervention centré sur la mère toxicodépendantes	56
2.4.3.4. Axe d'intervention centré sur les besoins de l'enfant	57
2.4.3.5. Axe d'intervention centré sur l'accompagnement familial	58
3. METHODOLOGIE	60
3.1. LE TERRAIN DE RECHERCHE	60
3.2. L'ECHANTILLON	61
3.3. TRAITEMENT DES DONNEES	63
3.3.1. PRISE DE CONTACT AVEC L'ECHANTILLON DEFINI	63

3.3.2. CHOIX DE L'OUTIL	63
3.3.3. CONSTRUCTION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN	64
3.3.4. L'ETHIQUE DE NOTRE RECHERCHE	65
3.3.5. DEROULEMENT DES ENTRETIENS	66
3.3.6. OBSERVATIONS DES ENTRETIENS	67
4. ANALYSE DES DONNEES	68
4.1. INTRODUCTION	68
4.2. PROFIL DES PROFESSIONNELS	68
4.2.1. INFORMATIONS GENERALES	68
4.2.1.1. Formations	69
4.2.1.2. Missions des travailleurs sociaux	69
A. Contexte de travail	70
B. Aide contrainte	71
C. Orientation : éducateurs sociaux et assistants sociaux	72
D. Travail en réseau	72
E. Intervention familiale	73
4.2.2. PROFIL DES MERES TOXICODEPENDANTES ACCOMPAGNEES	74
4.2.2.1. Age	75
4.2.2.2. Histoire de vie et situation des mères toxicodépendantes	75
A. Situation relationnelle avec le père de l'enfant et/ou avec le partenaire de la mère toxicodépendante	76
B. Participation sociale	77
C. Situation financière	78
4.2.2.3. Vulnérabilités et difficultés des mères toxicodépendantes	79
A. Jugements de la société	79
B. La fragilité psychique des mères toxicodépendantes	80
C. Difficultés relationnelles	81
D. Devenir mère, une source d'angoisse	81
E. La crainte de dévoiler la vérité aux professionnels	82
F. La difficulté à se construire en tant que femme	83
G. L'évolution des enfants et la culpabilité des mères toxicodépendantes	84
4.2.2.4. Ressources des mères toxicodépendantes	85
A. Prise de conscience du rôle de mère	85
B. Acceptation des limites des mères toxicodépendantes	86
C. Entourage des mères toxicodépendantes	86
4.2.3. ACCOMPAGNEMENT DU TRAVAILLEUR SOCIAL	88
4.2.3.1. Accompagnement du professionnel et ses enjeux	88
A. Les différents outils d'intervention des travailleurs sociaux	88
B. Collaboration avec la mère et/ou avec ses partenaires	90
4.2.3.2. Modalités d'intervention	90
A. Cadre de l'accompagnement	90
B. Ajustements de l'intervention des professionnels	92
C. Regard des professionnels sur la possibilité d'être mère et toxicodépendante	94
D. Travail sur le lien mère-enfant	98
E. Bénéfices de l'accompagnement	100
4.2.3.3. Difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux	101
A. Difficultés et déni des mères face à la banalisation de leur consommation	101
B. Enjeux de la relation entre mères toxicodépendantes et professionnels	102
C. Attentes des mères toxicodépendantes et besoins de l'enfant	104
D. Limites ou opportunités dues au cadre institutionnel	105
5. VERIFICATION DES HYPOTHESES ET SYNTHESE	107
5.1. HYPOTHESE I	108

5.2. HYPOTHESES II	109
5.3. HYPOTHESE III	110
5.4. HYPOTHESE IV	111
6. PARTIE CONCLUSIVE	114
6.1. CHOIX DE LA THEMATIQUE	114
6.2. MOTIVATIONS ET INTERETS PROFESSIONNELS	114
6.3. REFLEXIONS	115
6.4. OUVERTURE	116
6.5. LIMITES DE LA RECHERCHE ET PERSPECTIVES	117
6.6. BILANS DU PROCESSUS D'APPRENTISSAGE	118
6.6.1. BILAN METHODOLOGIQUE	118
6.6.2. BILAN PROFESSIONNEL	119
6.6.3. BILAN PERSONNEL	120
7. ANNEXES	121
7.1. PLANNING TRAVAIL DE BACHELOR	121
7.2. LETTRE POUR LA DIRECTION	122
7.3. DOCUMENT POUR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX	124
7.4. ACCORD DE CONFIDENTIALITE	125
7.5. GRILLE D'ENTRETIEN	126
7.6. TABLEAU RECAPITULATIF	129
7.7. ARTICLES DE LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT	133
BIBLIOGRAPHIE	134
OUVRAGES	134
ARTICLES	135
DOCUMENTS	138
SITES INTERNET	138
TEXTES DE LOI	140
ILLUSTRATIONS	140

1. INTRODUCTION

À travers ce travail de recherche, nous nous sommes immergées dans la thématique de l'accompagnement du travailleur social auprès des mères toxicodépendantes afin de pouvoir répondre aux besoins de leur·s enfant·s. Dans le but d'enrichir notre pratique professionnelle, nous nous sommes interrogées sur le rôle et la fonction de l'assistant social et de l'éducateur social dans le suivi de ces mères.

Le choix de notre thématique a été comme une évidence pour nous. En effet, nous avons effectué notre première formation pratique en Amérique latine et avons découvert des situations familiales fragiles notamment avec des problèmes de toxicodépendance. Nous avons travaillé avec des familles vivant dans une grande précarité et dont les parents étaient consommateurs. Nous avons pu constater l'impact négatif que cela avait sur le développement des enfants présents dans ces familles.

À notre retour en Suisse, nous savions que cette problématique ne se traduisait pas de la même manière étant donné le contexte sociohistorique différent. Cependant, il nous a paru intéressant de soulever cette thématique dans le cadre de la Suisse. De plus, elle reste peu abordée actuellement, c'est pourquoi nous avons souhaité comprendre comment se construit l'accompagnement des mères toxicodépendantes afin qu'elles puissent répondre aux besoins de leur·s enfant·s.

1.1. CONTEXTE

L'usage des substances psychotropes n'a pas toujours eu une image négative au sein de notre société. Cependant, nous pouvons observer que de nos jours, la toxicomanie est un problème social. Dans notre société gravitent beaucoup de préconstruits. Nous pouvons constater qu'elle juge incompatible le fait d'être toxicomane et d'assumer son rôle parental en même temps. Il nous semble donc important de comprendre d'une part, quelles sont les attentes de la société envers les parents d'aujourd'hui et d'autre part, de faire un pas en arrière afin de comprendre d'où viennent ces préconstruits concernant la toxicomanie et comment pouvons-nous amener une vision différente du rôle parental exercé par une mère souffrant d'addiction.

Le classement juridique d'un produit s'inscrit dans un fait social et culturel. Toutes les drogues nommées comme « illicites », ne l'ont pas toujours été. Dans son ouvrage « Sociologie de la drogue » (2009), Bergeron Henri, sociologue français, donne l'exemple de l'héroïne qui était à l'origine un médicament, ou encore l'exemple de l'opium qui était à la base un plaisir culturel. La distinction entre licite et illicite doit être examinée d'un point de vue sociohistorique en tenant compte du lieu d'origine, de l'apparition et de la fonction symbolique du produit.

Toutefois, les représentations et l'acceptation d'une substance par la société peuvent varier même si le produit est classé comme illicite. La nuance se fait surtout selon le mode de la consommation. Par exemple, lorsque la cocaïne est ingérée par voies nasales durant une soirée ou pour améliorer ses performances, la société portera un regard moins stigmatisant que pour une personne qui consomme du crack¹ pour en inhaler la vapeur, car par ce mode de consommation, les effets sur le psychisme sont multipliés (Drogue et dépendance, 2017)².

1.2. QUESTION DE DEPART

Afin de débiter notre travail de recherche, différents articles et ouvrages nous ont permis de mieux cibler ce que nous souhaitions approfondir. Les premières lectures nous ont amenées sur les risques que provoque la consommation de substances psychotropes lors d'une grossesse et sur la recherche à devenir sobre lors de la grossesse. Ces recherches nous ont permis de prendre connaissance du sujet, de voir sous plusieurs angles la problématique de la dépendance et les conséquences répercutées sur les enfants. Nous avons par la suite cheminé vers la compréhension de l'accompagnement des parents toxicodépendants et plus précisément afin de comprendre comment le travailleur social pouvait accompagner ces personnes en renforçant le lien parents-enfants. Nous nous sommes rendu compte qu'il était difficile de nous baser sur le lien parent-enfant, car c'est un aspect subjectif et qu'il est difficilement évaluable.

Nous nous sommes retrouvées face à de nombreuses informations, à une palette de sujets différents, mais complémentaires. Après réflexion, nous avons décidé de nous intéresser à la question de l'accompagnement du travailleur social afin de pouvoir développer nos connaissances théoriques ainsi que des aptitudes que nous pourrions appliquer dans notre avenir professionnel.

1.3. QUESTION DE RECHERCHE

Après avoir lu différents ouvrages et articles concernant notre thématique, nous nous sommes questionnées quant à l'accompagnement du travailleur social. En effet, nous voulions comprendre comment les professionnels accompagnaient les mères toxicodépendantes dans l'appropriation de leur rôle parental, percevoir à partir de quel moment la consommation devient problématique et à risque pour le développement de l'enfant, comment joindre l'intervention liée à la toxicodépendance et celle de la protection de l'enfant sans s'y opposer, discerner les enjeux et les difficultés auxquels la mère toxicodépendante doit faire face envers les professionnels et envers la société.

¹ Mélange de cocaïne, bicarbonate de soude et ammoniac

² <http://www.drogues-dependance.fr>

Afin d'énoncer le plus exactement possible notre question de recherche, nous avons placé au centre trois notions qui nous semblaient importantes : la toxicomanie, la parentalité et l'accompagnement du professionnel. Ceci nous a amenées à définir la question de recherche :

Comment les travailleurs sociaux permettent aux mères souffrant d'addiction de développer leurs compétences parentales afin qu'elles puissent répondre aux besoins de leur·s enfant·s?

1.4. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Notre objectif principal est de comprendre l'intervention des professionnels et la posture qu'ils adoptent face à ces mères toxicodépendantes. Nous avons décidé dans notre travail de nous focaliser sur les éducateurs sociaux et les assistants sociaux comme nous nous dirigeons chacune dans une de ces orientations. Nous partons du principe que les interventions de l'éducateur social et de l'assistant social sont distinctes tout en étant complémentaires. C'est pourquoi nous marquons bien la différence dans nos objectifs.

Nous avons tout d'abord défini les objectifs théoriques qui nous ont permis de nous instruire sur les différents thèmes abordés dans ce travail pour ensuite définir les objectifs de terrain qui nous ont permis de cibler notre échantillon de professionnels que nous souhaitons interviewer.

1.5. STRUCTURE DU TRAVAIL

L'organisation de ce travail débute par une première partie qui comprend l'explication du choix de notre thématique ainsi que nos motivations. Cette partie inclut également la définition du contexte et de nos objectifs concernant notre travail. Nous y développons la manière dont nous avons construit notre problématique en prenant en compte nos questionnements.

La deuxième partie est composée de la partie théorique qui comprend trois notions principales qui sont la toxicomanie, la parentalité ainsi que l'accompagnement du travailleur social.

La troisième partie comprend la méthodologie qui présente le processus de préparation de notre partie empirique. Nous y avons abordé les points tels que le terrain de recherche, l'échantillon ou encore la construction de la grille d'entretien.

La quatrième partie met en lumière l'analyse de notre recherche empirique basée sur les informations récoltées durant les entretiens.

Enfin, nous reprenons les hypothèses émises au début de notre travail dans le but de pouvoir les vérifier en nous basant sur la partie analyse ainsi que les concepts théoriques.

2. CADRE THEORIQUE

Dans le cadre de ce travail, nous nous sommes documentées sur divers concepts qui interviennent dans notre problématique à savoir la toxicomanie, la parentalité ainsi que l'accompagnement des professionnels. Les diverses lectures d'articles et d'ouvrages nous ont permis de nous familiariser avec notre thème et de composer notre cadre théorique.

2.1. TOXICOMANIE

Nous allons développer différentes notions autour de la toxicomanie de manière certes non exhaustive, mais qui nous amènerons à une compréhension théorique et générale de ce phénomène avant de nous pencher sur les questions de la parentalité ainsi que de l'accompagnement des travailleurs sociaux envers les mères toxicodépendantes.

En ce sens, nous allons tout d'abord évoquer les notions de dépendance, pour ensuite développer le concept d'addiction, afin d'arriver sur la notion de toxicomanie.

2.1.1. CONCEPT DE DEPENDANCE

Afin de comprendre l'évolution de la notion de « dépendance », nous nous sommes tout d'abord penchées sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), qui décrit les caractéristiques principales de la dépendance à une substance comme étant :

« [...] un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à la substance. Il existe un mode d'utilisation répétée qui conduit, en général, à la tolérance, au sevrage et à un comportement de prise compulsive. » (DSM-IV, 2003, p. 221)

Cette notion de « dépendance à une substance » est distinguée avec la notion d' « abus d'une substance ». Le DSM-IV (2003) décrit l'abus d'une substance comme étant :

« [...] un mode d'utilisation inadéquat d'une substance mis en évidence par des conséquences indésirables, récurrentes et significatives, liées à cette utilisation répétée. [...] À la différence des critères de Dépendance à une substance, les critères pour l'Abus de substance n'incluent pas la tolérance, le sevrage ou un mode compulsif d'utilisation, mais, seulement, les conséquences néfastes de l'utilisation répétée. » (DSM-IV, 2003, p. 229)

Afin de comprendre l'évolution de cette notion, nous nous sommes ensuite penchées sur le DSM-V, créé en 2013, qui ici, regroupe la dépendance et l'abus de substance sous le nom

de « troubles liés à une substance » insérant tous les stades confondus soit l'usage, l'abus et la dépendance qui avant, étaient des notions distinguées dans le DSM-IV.

Conformément à la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10, nous pouvons parler de dépendance lorsque trois ou plus des critères suivants sont présents :

- Désir puissant de consommer
- Difficulté à contrôler la consommation
- Parfois syndrome de sevrage physique, lors d'arrêt ou de réduction de la consommation
- Tolérance accrue (la dose doit être augmentée pour obtenir le même effet)
- Désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation
- Poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives (Addiction Suisse)

Nous trouvons intéressant de rappeler que du point de vue de la génétique, Philip Gorwood (2008), psychiatre et chercheur français spécialisé dans la génétique des comportements (cité par Hautefeuille 2008), démontre une inégalité entre individus devant le risque de dépendance. Il exprime qu'en plus des facteurs génétiques qui affaiblissent le seuil de vulnérabilité, l'environnement joue également un rôle important sur cette fragilité ainsi que les traits de caractère de chacun d'entre nous.

Afin de bien comprendre la différence entre la notion de toxicomanie, la notion de dépendance et la notion d'addiction, nous nous sommes appuyées sur la théorie de Joyce Mc Dougall (1996), psychanalyste née en Nouvelle-Zélande. Dans ses recherches, elle explique la notion d'addiction comme étant plus générale que la toxicomanie. Selon elle, ce concept d'addiction est moins centré sur le produit toxique, et prend davantage en compte le comportement du sujet.

2.1.2. CONCEPT D'ADDICTION

Pour comprendre cette notion d'addiction, nous sommes revenues à l'origine de ce mot. Étymologiquement, le terme « addiction » vient du mot latin « addictus », qui fait référence à un acte juridique par lequel une personne ayant des dettes était « addictée » à une autre personne soit, mise en dépendance, mise en esclavage jusqu'au règlement de sa dette. En anglais, le terme anglo-saxon du 16^{ème} siècle « to be addict » a une connotation morale dans le sens de se vouer à une pratique, s'adonner à une mauvaise habitude. Cette notion d'addiction fait ensuite référence à la perte de contrôle, puis se dirige finalement vers une signification médicale et psychopathologique (Institut Limousin de Formation & Communication, 2011).

En 1935, la notion d'addiction est vue comme la maladie de l'âme et la maladie du cerveau. Les individus de cette époque voient l'addiction comme une forme d'allergie qui rend les sujets vulnérables et impuissants devant l'alcool ou la drogue. Le traitement à cette période est l'acceptation de cette impuissance en se remettant à Dieu (Institut Limousin de Formation & Communication, 2011).

Dès 1970, Claude Olivenstein, psychiatre français, cité par Institut Limousin de Formation & Communication, 2011), propose un modèle bio-psycho-social de l'addiction. Il décrit la nature de l'addiction comme étant la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel. Pour la première fois, une approche donne un rôle important au contexte socioculturel. Ce changement de perspective a modifié la manière de penser l'addiction et n'a plus été remis en question depuis. Ce phénomène d'addiction est donc en corrélation avec les évolutions de notre temps moderne et les coutumes de nos sociétés.

Nous savons que le concept d'addiction a été appréhendé à partir de différents points de vue tels que la vision neurobiologique, la vision psychanalytique, la vision psychologique, la vision sociologique. En effet, les recherches sur les addictions sont partagées entre les spécialistes des mécanismes de la maladie addictive et les spécialistes qui analysent le sens de ces conduites. Nous comprenons que ces différents modèles ne sont donc pas singuliers, mais peuvent être complémentaires. Nous n'avons certes pas effectué une recherche détaillée pour chacune de ces approches, mais il nous semblait tout de même important d'effectuer une brève description de chacune d'entre elles afin de mieux comprendre la complexité de l'addiction.

Concernant la vision neurobiologique, nous nous sommes appuyées sur la théorie de Jean-Pol Tassin (2007), neurobiologiste français :

« Cela fait une vingtaine d'années qu'il a été établi que tous les produits qui déclenchent une dépendance chez l'homme (amphétamine, cocaïne, morphine, héroïne, cannabis...) augmentent la libération d'un neuromodulateur, la dopamine, dans une zone précise du cerveau. Cette libération entraîne une sensation de satisfaction due à l'activation simultanée de plusieurs aires cérébrales participant au « circuit de la récompense », un ensemble de structures qui définit à chaque instant l'état physique et psychique dans lequel se trouve l'individu. Il est vraisemblable que l'installation de la dépendance est due à la modification, par la drogue, de la cinétique et de l'amplitude de cette production de dopamine. » (Tassin, 2007.p.91)

Tassin (2007) rappelle que les recherches actuelles démontrent qu'il y a non seulement la dopamine qui a un rôle dans le processus de dépendance, mais également la noradrénaline et la sérotonine. Selon Tassin, il y a un processus d'interaction entre ces trois neuromodulateurs. Il explique que les neurones noradrénergiques et sérotoninergiques

réagissent de façon automatique aux stimuli environnementaux et lorsque le toxicomane rencontre de nouvelles émotions, ceci provoquerait une sensation de malaise dont seule la drogue lui permettrait de rendre l'événement supportable. Ce recours à la drogue signe alors la dépendance.

De son côté, J. McDougall (1996), psychanalyste néo-zélandaise, citée par Brusset, (2004), reprend à sa manière les modèles de Winnicott qui apportent une compréhension à la notion de l'objet d'addiction. Elle rappelle que Winnicott voit dans l'attachement de l'enfant ce type d'objet d'addiction « transitionnel » qui permet de rassurer l'enfant durant l'absence de sa mère. L'enfant peut prendre des objets d'addiction (lolette, nounours, etc.), un phénomène de transition ainsi que des comportements ou des images :

« L'idée centrale est que la quête addictive est la recherche dans le monde externe d'une solution au manque d'introjection d'un environnement maternant. Par rapprochement avec la pathologie psychosomatique, elle écrit : "Les objets addictifs (ou "objets transitoires") ne résolvent que momentanément la tension affective, car ce sont des solutions somatiques et non psychologiques, censées remplacer la fonction maternante primaire manquante". » (McDougall, 1996, p. 235, cité par Brusset, 2004, p. 413)

Concernant la vision psychologique, nous nous sommes appuyées sur la théorie de Pierre Couteron (2006), psychologue clinicien français et président de la Fédération Addiction. Cet auteur met en avant que l'addiction est autant une maladie que « l'expression d'une difficulté sociale et d'un questionnement singulier ». Il souligne que « c'est une maladie qui a du sens autant dans la singularité de l'histoire du sujet que dans la complexité de son rapport au monde. Elle doit donc être soignée, mais aussi comprise et accompagnée dans ses dimensions sociales, familiales, psychiques. » (Couteron, 2006, p. 13-14)

Ce psychologue français rajoute :

« Sortir d'une addiction, c'est revenir au monde. Et revenir au monde, c'est se poser la question de la place que l'on peut y trouver. Chacun a son trajet, sa trajectoire. Mais pour cela, encore faut-il que le monde soit attractif, désirable. Encore faut-il pouvoir en transmettre un bon usage. » (Couteron, 2006, p. 18)

Concernant la vision psychosociale, nous avons relevé le modèle de Stanton Peel (1985). Ce psychologue et psychothérapeute construit sa théorie d'addiction en se basant sur des études d'alcool, de drogue et également d'addictions interpersonnelles. Son modèle s'oppose complètement au modèle médical de l'addiction. En effet, Peel (1985) fait appel à des concepts comportementaux et cognitifs et s'inspire du constructivisme social. Selon lui, l'addiction est un ajustement de l'individu à son environnement :

« Les substances ont pour effets d'atténuer les sensations de douleur et la perception des difficultés de la vie chez l'individu, tout en le rendant moins capable d'affronter ces difficultés. C'est ainsi que se déclenche le cycle de l'assuétude. » (Peel, 1985)

Stanton Peel (1985) souligne bien le fait que l'addiction se génère à partir des problèmes de vie du sujet, des conditions dans lesquelles il se trouve, et donc que la dépendance n'est pas causée par la substance en soi. C'est l'effet produit par cette substance, chez cette personne et dans ces circonstances qui vont aboutir à une dépendance. Le cercle vicieux commence quand la personne consomme pour supprimer une angoisse, ce qui provoquera une diminution à faire face à la vie.

Voici l'image du cycle de la dépendance, tirée de la théorie de Stanton Peel (1985) :

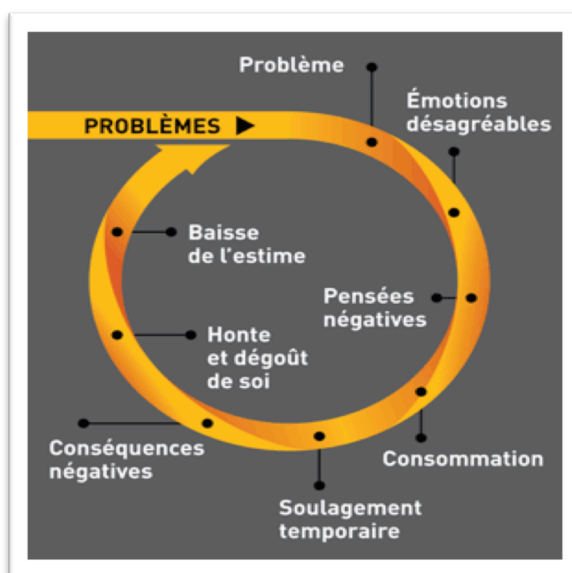


FIGURE 1 : CYCLE DE LA DEPENDANCE

Selon Peel (1985), afin de décrire l'entière réalité de l'addiction, il serait nécessaire de prendre en compte des facteurs qui ne seraient pas biologiques en incluant les désirs irrépessibles ainsi que la tolérance et le manque. Il met en avant sept groupes de facteurs non biologiques qui sont les suivants : culturels, sociaux, environnementaux, ritualistiques, développementaux, cognitifs, personnels.

Finalement, nous souhaitons relever le concept organisateur de Goodman (1990), psychiatre américain, tiré de son livre « British Journal of Addiction ». Il met en avant différents critères d'addiction :

1. Impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement
2. Tension interne croissante avant d'engager le comportement
3. Plaisir ou soulagement au moment de la réalisation du comportement
4. Perte de contrôle pendant que le comportement est en train d'être réalisé

5. Présence au minimum de 5 caractéristiques suivantes :

- Préoccupations fréquentes pour le comportement ;
- Engagement plus long ou intense que prévu ;
- Efforts répétés pour réduire ou arrêter ;
- Temps considérable passé à réaliser le comportement ou à se remettre de ses effets ;
- Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales, du fait du comportement ;
- L'engagement dans le comportement empêche de remplir les obligations familiales, sociales, professionnelles.

En conclusion, nous nous apercevons de la complexité qu'il y a derrière la notion d'« addiction ». Les différentes approches neurobiologiques, psychanalytiques, psychologiques et sociologiques nous le prouvent, et démontrent que c'est une problématique multiaxiale et que le suivi se doit d'être transdisciplinaire.

Nous comprenons donc que la dépendance fait référence à une substance, alors que l'addiction fait référence à un comportement qui relève d'une dépendance comme les pratiques sexuelles, la boulimie alimentaire, l'alcoolisme, le jeu, le tabac, les drogues, etc.

Finalement, nous relevons que l'objet de l'addiction n'est donc pas la substance, mais l'expérience que fait la personne dépendante avec ce comportement. En ce sens, nous réalisons bien toute la complexité que demande l'accompagnement de ces personnes dépendantes ainsi que l'importance de considérer autant les éléments physiques, émotionnels, cognitifs et environnementaux. Rappelons que dans notre recherche, nous allons uniquement prendre en compte les addictions aux substances déclarées comme étant illicites.

2.1.3. CONCEPT DE TOXICOMANIE

Le terme « toxicomanie » porte en lui-même sa définition. Il s'agit d'une relation entre une conduite maniaque³ et un produit toxique⁴, assimilée dans un rapport de destruction du sujet.

Philippe Kong (2011), psychanalyste français, met en avant le terme « toxicomanie » avec les deux axes apparents qui sont la manie et le rôle de la substance toxique. Il explique que la manie s'éteint lorsque le toxicomane a sa substance entre les mains. Il rajoute que la manie est cet instant où l'individu se retrouve face à une angoisse de la disparition de la substance toxique. Ce qui est déterminant à travers cette rencontre entre le produit et le

³ Conduite maniaque : « Symptômes et critères précis de la manie (étymologie : du grec "mania" : folie) composante spécifique du trouble bipolaire 1. » (DSM-IV, 2013)

⁴ Produit toxique : « Qui provoque un empoisonnement, une intoxication. » Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2012) : <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/toxique>

sujet, c'est surtout ce que véhicule l'objet pour la personne qui le consomme. Philippe Kong (2011) explique que « le toxique sert au toxicomane à rendre possible une rencontre réelle, une rencontre du sujet avec son réel » (Kong, 2011, p. 94). Le désir fondamental du sujet qui se tourne vers les substances est d'atteindre un état de jouissance.

En parallèle, Philippe Lekeuche (2006), professeur de psychologie clinique à l'Université de Louvain, distingue la notion de « toxicomanie » à celle de « dépendance ». Il met en avant que si « dans toute toxicomanie, il y a de la dépendance, toute dépendance n'est pas toxicomaniacale » (Lekeuche, 2006, p. 286). Il souligne que tout être humain est dépendant de beaucoup d'éléments tels que les besoins vitaux : manger, boire, dormir. Pour lui « la dépendance fait partie de notre condition humaine et c'est un mythe de rêver à une espèce d'autonomie absolue » (Lekeuche, 2006, p. 286). Il distingue cependant les dépendances dites « normales » à celles dites « pathologiques ». La distinction se fait lorsque ces dépendances « détruisent toute liberté et conduisent à un véritable esclavage mettant en danger la vie physique et psychique de celui qui y est enchaîné » (Lekeuche, 2006, p. 286).

Selon ce professeur de psychologie clinique, Philippe Lekeuche (2006), dans la toxicomanie essentielle, la spécificité de la fonction maternelle serait défectueuse. Il explique qu'à travers le lien primordial à l'enfant, la fonction maternelle « n'a pas su l'aider à construire une parexcitation de telle sorte que le petit enfant se trouve débordé par l'urgence de ses besoins pulsionnels » (Lekeuche, 2006, p. 299). Voici un résumé de la théorie de Lekeuche, qui distingue « toxicomanie essentielle » à « toxicomanie symptomatique » :

« Dans la "toxicomanie essentielle", qu'il faut distinguer des "toxicomanies symptomatiques" s'inscrivant dans des structures psychotique, névrotique ou perverse, la base existentielle du sujet sur laquelle repose sa thymie (« humeur » ou Stimmung) est trouée. Une brèche profonde et archaïque s'est produite dans le lien primordial au maternel de telle sorte que le corps n'a pas su trouver sa clôture. La fonction de la drogue est de colmater cette brèche et de servir de prothèse. Ces sujets, très semblables sur certains points aux psychotiques, relèvent cependant d'une organisation pulsionnelle plutôt psychopathique. » (Lekeuche, 2006, p. 301)

2.1.4. MANIÈRE DE CONCEVOIR LA SORTIE DE LA TOXICODÉPENDANCE

Nous nous sommes appuyées sur l'approche rénovée des « sorties de la toxicodépendance », de Marc-Henry Soulet (2010), sociologue français. En effet, il rappelle les différents changements opérés ces dernières années en matière de toxicodépendance dont la principale étant la manière dont on arrête d'être dépendant. Il rappelle qu'auparavant c'étaient les institutions qui changeaient les personnes :

« Cesser d'être toxicodépendant était le résultat d'une inculcation institutionnelle qui forçait *alius* (celui qui est aliéné par le produit) à devenir *alter* (celui qui devient autre). » (Soulet, 2010, p. 78)

Selon ses propos, ce changement de vie devait s'opérer en cessant toute consommation, ce qui provoquait un réel changement identitaire : « je dois devenir autre pour devenir moi-même » (Soulet, 2010, p. 78). Alors qu'à ce jour, sortir de la toxicodépendance ne nécessite pas de changer de vie, mais de la modifier pour harmoniser ses actions, ses sentiments et ses pensées. Soulet explique qu'il s'agit de composer avec son histoire de vie, et la manière dont elle agit sur soi.

2.1.5. TOXICOMANIE : UN PHENOMENE MULTIDIMENSIONNEL

Nous l'avons compris, il n'est pas possible de réduire la toxicomanie à une causalité simple. Sylvie Angel (2003), psychiatre et thérapeute familiale ainsi que Pierre Angel (2003), professeur de psychopathologie à l'Université de Paris et psychiatre, définissent la toxicomanie de cette manière :

« Lorsque l'on parle de toxicomanie, et non pas, vaguement d'usage de drogues (licites ou illicites), on ne fait pas seulement qu'évoquer la dépendance à une substance chimique, mais surtout le fait que cette dépendance soit devenue le centre – à la fois le but et le moyen de toute l'existence psychique et sociale du sujet. Tel est le comportement proprement addictif. » (Angel & Angel, 2003, p.22)

Des recherches confirment que la toxicomanie est un phénomène multidimensionnel, dont Angel S. et Angel P. (2003) en décrivent trois dimensions principales : pharmacologique, sociologique et psychopathologique en mettant en avant les trois facteurs suivants :

1. Les propriétés pharmacodynamiques de la substance en cause, en tenant compte de la quantité consommée, la fréquence de son usage et le mode de consommation ;
2. La nature du milieu socioculturel au sens large et du milieu familial en particulier, généralement présent dans les milieux marginaux, dont les parents présentent certaines caractéristiques telles que trouble de la personnalité, consommations excessives de drogue-alcool ou relations parents-enfants dysfonctionnelles ;
3. Les caractéristiques personnelles et les antécédents du sujet, avec l'histoire personnelle de la personne qui a eu généralement un passé douloureux entre abandons, ruptures, attachements excessifs, échecs scolaires à répétition.

En ce sens, nous comprenons la complexité de cette problématique. En effet, lorsqu'un professionnel accompagne une mère toxicodépendante, il est primordial de prendre la personne dans sa globalité avec son vécu personnel, son histoire de vie, son contexte socio-économique, sa culture et son environnement.

Patricia Michaud (2017) cite la recherche de Marion Forel (2017), cheffe de projet prévention auprès d'Addiction Suisse, qui souligne la difficulté à connaître le nombre d'enfants qui ont un parent toxicomane : « A l'heure actuelle, il existe très peu de chiffres et d'études à ce sujet »⁵. Une difficulté à la création de ces statistiques étant le tabou présent autour de la consommation de substances qui sont, pour la plupart, illégales en Suisse.

2.1.6. RELATION ENTRE LE TOXICOMANE ET LE PRODUIT

Joyce McDougall (2004), psychanalyste, rappelle que malgré cette visée première de l'idée que l'individu est esclave de son objet, elle souligne qu'une personne addictive cherche avant tout la quête de plaisir et non pas le désir de se faire du mal :

« [...] l'objet d'addiction est investi de qualités bénéfiques, voire d'amour : objet de plaisir à saisir à tout moment pour atténuer des états affectifs autrement vécus comme intolérables. En tant que tel, cet objet est perçu, du moins dans un premier temps, comme bon; à l'extrême, comme ce qui donne sens à la vie.» (Mc Dougall, 2004, p. 511-512)

Mc Dougall (2004) explique que la conduite addictive est poussée par :

« Un besoin de se débarrasser aussi rapidement que possible des sentiments d'angoisse, de colère, de culpabilité ou de tristesse qui font souffrir, voire des sentiments en apparence agréables ou excitants mais qui sont vécus inconsciemment comme défendus ou dangereux.» (Mc Dougall, 2004, p. 514)

La relation que le toxicomane entretient avec le produit est une métaphore avec les relations qu'il a avec le monde, ses amis, sa famille. Nous comprenons alors que la dépendance est une problématique du lien, que ce soit envers les personnes qui l'entourent, envers la société et envers la liberté recherchée (Angel & Angel, 2003).

En ce sens, le sevrage n'est pas juste un arrêt de consommation du produit, mais destructeur des liens que le toxicodépendant a avec le produit, mais aussi avec ses proches ainsi qu'avec la société (Angel & Angel, 2003). Même durant ces périodes d'abstinence, généralement la personne ne démontre pas une volonté d'amélioration dans ses relations ni avec le produit ni avec sa famille. Ceci veut dire qu'un arrêt occasionnel de consommation du produit toxique ne représente pas une évolution positive. À travers le sevrage, les rechutes font partie du processus et c'est ce qui sera significatif dans l'histoire individuelle du toxicomane. Un patient alcoolique a bien imaginé le sens de la rechute qui touche également les personnes toxicodépendantes :

⁵ Largeur (Michaud, 1999-2017) : <https://largeur.com/?p=4892>

« L'alcool, c'est comme la bicyclette. Même si tu as marché à pied depuis des années, si tu reprends ton vélo, tu te remets tout de suite à pédaler. Tu es abstinent : si tu reprends un verre, tu boiras tout comme avant. » (Monjauze, 2008, p. 9).

L'abstinence provoque un manque. L'intensité des symptômes physiques et psychiques que provoque le manque est à la hauteur des craintes de perdre les liens familiaux. Si le phénomène de manque n'existait pas, l'abstinence perdrait tout son sens (Angel & Angel 2003).

2.1.7. REPRESENTATIONS SOCIALES DES SUBSTANCES PSYCHOTROPES

Marc Perreault (2009), anthropologue français, a étudié les représentations et les statuts des usages des psychotropes. Il est l'auteur de l'article sur lequel nous nous sommes appuyées intitulé : « Rites, marges et usages des drogues : représentations sociales et normativité contextuelle ». Il met en avant le fait que les substances psychotropes ont, depuis toujours, fait partie de l'environnement de l'homme. Les fonctions et les contextes d'usage ont toutefois évolué. Dans la période néolithique, la consommation des substances psychotropes était considérée comme sacrée, teintée de symbolisme permettant d'entrer dans le monde supranaturel.

En parallèle, le professeur assistant en psychologie sociale, Ioannis Katerelos (2003), développe la théorie des représentations sociales de la drogue dans son article : « Représentation sociale de la drogue chez les jeunes Grecs ». Il théorise quatre dimensions au regard de la société qui touche l'usage de drogues soit :

- Une perception morale qui donne une image négative au consommateur de drogue, car son comportement serait hors des normes légales ;
- Une perception sociale qui représente le toxicomane comme victime de la société. L'environnement social ne lui aurait pas offert des opportunités suffisamment grandes, ce qui l'aurait conduit vers une porte derrière laquelle se trouvent différentes substances psychotropes pour sortir de cette impasse ;
- Une perception juridique qui considère la consommation de drogues comme un acte qui violerait la loi de la société ;
- Une perception médicale qui considère la personne consommant des substances psychotropes comme étant malade physiquement ou psychologiquement et qui nécessiterait un suivi médical.

Ceci démontre que les drogues sont un fait social complexe, car elles représentent des évaluations morales propres à chaque société et non basées sur des faits scientifiques.

Dans l'article « L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis ; un enjeu pour la prévention », L. Dany et T. Apostolidis (2002) soulignent l'expansion des nouvelles informations concernant les drogues qui viennent se confronter aux représentations préexistantes. Cette confrontation d'informations engendre différents débats sur le danger des substances psychoactives. Par représentations sociales, ils définissent « [...] l'ensemble organisé des connaissances, des croyances, des opinions, des images et des attitudes partagées par un groupe à l'égard d'un objet social donné. » (Dany et Apostolidis, 2002, p. 336). De plus, ils expriment l'importance du contexte sociétal dans lequel la personne se trouve :

« Le rapport aux substances psychoactives s'inscrit dans un contexte social et culturel porteur de sens : le consommateur (ou le non-consommateur) n'existe pas seul, mais en relation avec le système socioculturel dont il est issu. » (Dany et Apostolidis, 2002, p. 336).

Ensuite, nous nous sommes appuyées sur les propos de Jean-Pierre Couteron (2010), psychologue clinicien, responsable de la consultation spécialisée en addictologie du CEDA qui décrit la notion de « société addictogène ». En effet, il explique la transformation de la société vers une individualisation. Il met en perspective ce vers quoi la société tend, c'est à dire vers un désir d'immédiateté et d'instantanéité, de performance, d'amélioration de soi. Il explique que justement, la drogue réalise tous ces aspects et devient une réponse adaptative aux exigences de notre société (Couteron, 7^{ème} congrès national des internes en psychiatrie, 2010).

Être en bonne santé est devenu un idéal souhaitable telle une norme comportementale. Selon l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1947). En partant de cette définition, nous comprenons bien que chaque société a un ensemble de croyances, d'attitudes, d'idées préconçues de ce que veut dire le « bien-être ». Ces représentations sociales permettent de donner une grille de lecture à l'ensemble de la population qui généralement ne peut pas associer drogue avec santé. La nature des substances psychotropes semble représenter un caractère sombre pour la plupart des personnes. Une étiquette de « drogué », « malade », « marginal » ou « junkie » est souvent attribuée aux personnes consommant des substances psychotropes.

2.2. LA PARENTALITE

2.2.1. DEFINITION DE LA FAMILLE

Nous pensons qu'il est important de clarifier le terme de « famille ». En effet, lorsque nous nous sommes intéressées à sa définition nous avons remarqué qu'il y a un grand nombre de

descriptions à ce sujet. De ce fait, nous avons souhaité présenter celle de George Peter Murdock, anthropologue américain, qui nous paraissait être générale et englober toutes les informations trouvées à ce sujet :

« La famille est un groupe social caractérisé par la cohabitation, la coopération et la procréation. Elle inclut des adultes des deux sexes, dont deux au moins entretiennent des relations sexuelles socialement approuvées, ainsi qu'un ou plusieurs enfants – enfantés ou adoptés – issus de cette union »⁶.

Selon cet auteur, le terme « famille » réunit donc des individus a priori de même descendance. La famille symbolise la continuité qui est assurée par l'intermédiaire de la procréation. Le principe reste simple ; les couples font des enfants, qui eux-mêmes, auront leurs propres enfants, ainsi s'inscrit une lignée familiale. Nous pouvons observer une évolution de la famille au fil du temps qui est en lien avec différents changements qui se produisent au sein de notre société. Ces changements se situent à plusieurs niveaux tels que dans les domaines des relations conjugales ainsi que de la définition du rôle de l'homme et de la femme, de l'éducation donnée aux enfants et dans la vision que donne la société de la famille (Saliba Sfeir, 2013).

Nous trouvons le concept de « famille » dans toutes les sociétés : « [...] L'approche historique de la famille montre la diversité des formes familiales. Elles ont existé à toutes les époques et en toutes sociétés. » (Saliba Sfeir, 2013, p. 11), « [...] la famille est « *un phénomène universel* », répandu chez les humains depuis des millénaires, bien avant sa consécration moderne et religieuse en Occident par le christianisme. » (Vallon, 2006, p. 156-157). Les sociétés sont guidées par une culture qui leur est propre ainsi que des valeurs qui dirigent leurs actions. En ce sens, le concept de famille se met en mouvement lorsque des changements s'opèrent au sein d'une société (Saliba Sfeir, 2013). Voici une citation tirée de l'article « Évolution sociohistorique de la famille » qui cite un passage de l'ouvrage d'Émile Durkheim « La méthode sociologique »: « La famille humaine est une institution culturellement définie et variable selon les sociétés » (Weiss, 2010, p. 23). Il y a donc une corrélation entre l'évolution des familles ainsi que les changements présentés par une société donnée (Saliba Sfeir, 2013).

Nous pouvons aujourd'hui répertorier plusieurs types de familles. Certains sont encore d'actualité et d'autres ont presque disparu. L'évolution de la société a fait émerger de nouveaux types de familles qui correspondent au mode de vie d'une société à une époque donnée. Voici quelques exemples⁷:

⁶ Le monde politique : <http://www.lemondepolitique.fr/culture/la-famille.htm>

⁷ Evolution de la famille : <http://tpeevolutiondelafamille.e-monsite.com/pages/monoparentales-recomposees-aujourd-hui-les-modeles-familiaux-sont-nombreux.html>

- Famille souche : composée des grands-parents, des parents ainsi que des enfants vivant sous le même toit ;
- Famille nucléaire : composée des parents et des enfants ;
- Famille monoparentale : composée d'un des parents ainsi que des enfants ;
- Famille recomposée : composée de parents chacun séparé et qui se sont remariés. Ils vivent tous ensemble avec leurs enfants respectifs dans un même foyer;
- Famille homoparentale : composée de deux parents du même sexe ainsi que de leurs enfants.

Dans nos cultures, nous pouvons constater que ces types de familles ont, pour certains d'entre eux évolué. Prenons l'exemple de la famille souche qui était le modèle traditionnel il y a quelques décennies, aujourd'hui, dans notre société occidentale, ce modèle n'est plus d'actualité. La famille nucléaire est devenue le modèle traditionnel. Pour l'instant ce modèle prime sur les autres. Cependant, le taux de divorces étant en pleine expansion, la famille nucléaire se voit menacée et peu à peu remplacée par la famille monoparentale ainsi que par la famille recomposée (Kellerhals, 2005).

2.2.2. HISTOIRE DE LA FAMILLE

Au début du 20^{ème} siècle, le schéma qui prédomine est celui du « pater familias » qui met en avant l'autorité du père au sein de la famille constituée des parents et des enfants. Ce concept d'autorité vise à donner une légitimité, un pouvoir décisionnel à une ou plusieurs personnes.

Durant l'époque romaine, le concept d'autorité était déjà très marqué. En effet, les Romains vénéraient et avaient un respect absolu envers les anciens qui représentaient l'autorité. Dans la Grèce antique, les chefs régnaient par la violence et non par l'autorité. Les personnes se voyaient obligées de suivre les ordres par peur d'en subir les conséquences si tel n'était pas le cas. Au sein des familles, le même système était appliqué et personne ne contredisait les ordres du chef de famille. Durant le 20^{ème} siècle, le concept d'autorité s'atténue peu à peu avec le développement du monde moderne. L'autorité n'est plus reconnue telle qu'elle était et les modèles d'autorités sont remis en question par la société.⁸

En ce sens, bien que de nos jours cette autorité soit toujours exercée, mais de manière différente au sein de notre société, nous pouvons encore observer quelques petits vestiges du passé notamment au niveau du fonctionnement familial :

« Néanmoins, le modèle du pater familias hante encore la civilisation française dans ses principes de pouvoir, de contrôle et de domination masculine. La référence reste toujours l'image de la famille traditionnelle, dite normale, dont le

⁸ Dans le monde moderne, l'autorité a disparu : <http://www.idixa.net/Pixa/pagixa-1102060101.html>

chef est le père et la figure de l'autorité comme un héritage indissociable de notre représentation sociale de la famille. » (Saliba Sfeir, 2013, p. 13)

Dans ce schéma du « pater familias », les conjoints avaient chacun un rôle bien défini au sein de la famille. Le père s'occupait de la gestion de la vie familiale autant au niveau du patrimoine, du lieu de vie qu'au niveau des relations sociales. La femme, elle, s'occupait du maintien du foyer familial, des soins ainsi que de l'éducation des enfants. Les différences entre les deux sexes étaient bien marquées. Le divorce n'était pas une possibilité envisageable en raison de l'image très négative qu'il véhiculait au sein de la société, sans compter sur le fait qu'il mettait la femme dans une situation très inconfortable financièrement. L'autorité est au centre du fonctionnement familial, dès lors, les enfants devaient obéir sans contestations. Les châtiments corporels tout comme l'intimidation faisaient partie intégrante de l'éducation. Les parents ne témoignaient pas ou très peu d'affection à leurs enfants en raison du risque élevé de mortalité de l'enfant durant cette période. Il fallait se préparer à la dure réalité de la vie (Saliba Sfeir, 2013 ; Delay & Frauenfelder, 2013).

Vers le milieu du 20^{ème} siècle, nous assistons à des événements qui sont porteurs de changements tant au niveau de la société qu'au sein des familles. Voici quelques exemples :

- **Le développement des soins médicaux** : il permet une baisse de mortalité chez les adultes et les enfants. La construction d'hôpitaux ainsi que le développement d'un système de santé et d'assurance permettent de soigner les maladies et de les prévenir ;
- **L'apparition de la contraception** : donne aux femmes la possibilité de choisir la maternité. Avec leur conjoint elles ont le choix de devenir parents ou non. Dès lors, elles possèdent un contrôle sur leur corps;
- **Le changement du droit familial** : l'autorité parentale devient conjointe ce qui signifie que les parents ont le même pouvoir décisionnel face à leur enfant. « La puissance paternelle, base de la famille patriarcale est abolie [...] et remplacée par la notion d'autorité parentale. L'autorité parentale assoit l'égalité entre hommes et femmes, modifie leur rôle éducatif [...] » (Saliba Sfeir, 2013, p. 15) ;
- **La considération de l'enfant** : « Une valeur supérieure est attribuée à l'individu-enfant. Un primat est donné à son éducation et à son épanouissement. » (Saliba Sfeir, 2013, p. 15)

Ces changements viennent chambouler le fonctionnement de la famille patriarcale et engendrent une modification des structures familiales : « Nous serions ainsi passés de la famille patriarcale romaine à la famille paternelle, puis à la famille conjugale, pour arriver à l'idée du couple parental, ce couple ultime censé survivre au désamour du couple conjugal. »

(Saliba Sfeir, 2013, p. 36-37). À partir des années 1970, les premiers divorces commencent à émerger ce qui implique une restructuration de l'espace familial dans les foyers touchés. Néanmoins, la focale reste sur l'enfant qu'il faut à tout prix protéger. De ce fait, les enfants prennent une place plus importante au sein de la famille. Ils sont beaucoup mieux considérés et font l'objet de l'amour de leurs parents. En outre, l'éducation change de focale. La nouvelle méthode éducative se veut plus douce, basée sur la confiance et l'autonomie et elle peut se négocier entre l'enfant et ses parents. Elle est défendue par certains psychologues qui mettent en avant la théorie qu'une éducation trop sévère aurait des effets négatifs à long terme sur l'enfant. En ce sens, les châtiments corporels sont bannis et remplacés par des approches plus pédagogiques telles que la réflexion.

L'évolution de la société possède une forte influence sur le mode de vie des personnes. Elle représente une sorte de dictat qu'il faut suivre pour s'intégrer. Celui qui procède de manière différente se retrouve catégorisé et devient déviant aux yeux de celle-ci. (Saliba Sfeir, 2013 ; Delay & Frauenfelder, 2013, Marquet 2001).

2.2.3. DEFINITION DE LA PARENTALITE

Nous avons souhaité présenter la définition de la parentalité que donne le comité national de soutien à la parentalité du 10 novembre 2011, car elle nous paraît très complète et reflète la fonction et les enjeux de celle-ci:

« La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant. »

Dans cette définition, il est intéressant de constater qu'être parent met en lien plusieurs aspects tels que les relations sociales, le cadre légal, la culture, la filiation, etc. La parentalité va au-delà des liens biologiques puisque comme cité dans la définition ci-dessus : « [...] Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. [...] » (Comité national de soutien à la parentalité, 2011). Ce lien entre l'enfant et l'adulte peut se créer par la naissance de son propre enfant, par l'adoption, mais aussi par l'accueil d'un enfant au sein d'une famille. La finalité de la parentalité reste la même dans ces cas, elle fait appel aux compétences parentales que les parents doivent apprendre à mettre en œuvre

(Sellenet, 2007). Ces compétences parentales sont principalement de prendre soin d'éduquer et d'accompagner un enfant depuis sa naissance jusqu'à l'âge adulte afin qu'il soit en mesure de s'intégrer dans une société donnée et qu'il y trouve sa place. Néanmoins, si les parents venaient à déroger au code sociétal en élevant leur-s enfant-s dans une optique différente, ceux-ci seraient considérés comme déviants de cette même société. En ce sens, la pression exercée sur les parents est relativement élevée (Roskam, Galdiolo, Meunier, Stiévenart, 2015).

La société joue un grand rôle dans l'accomplissement de la parentalité puisqu'il y a des règles de base implicites et explicites que chaque personne doit suivre. De plus, elle influence la parentalité en donnant une image générale des « bons parents » et « des mauvais parents ». Au sein de chaque société, il y a des attentes face aux parents qui élèvent leur-s enfant-s. La parentalité fait référence « [...] à un ensemble de fonctions sociales. » (Lamboy, 2009). Compte tenu des nombreux changements auxquels les familles font face, les fonctions parentales changent pour répondre à cette évolution. Prenons un exemple significatif concernant l'émergence des familles monoparentales. De nos jours, nous pouvons observer une augmentation du pourcentage de divorces ce qui a pour incidence d'augmenter le nombre de familles monoparentales. En 2016, l'Office Fédéral de la Statistique enregistrait un total de 17'028⁹ divorces sur l'année. Cette problématique aurait tendance à inquiéter les politiques de par la précarité que ce genre de situation peut engendrer. De ce fait, le parent pourrait être considéré comme un facteur de risque pour son ou ses enfant-s en raison de sa situation précaire qui ne permettrait pas de subvenir aux besoins de ceux-ci (Sellenet, 2007). Nous trouvons également d'autres types de familles telles que les familles homoparentales ou encore les familles recomposées. Dans chacune d'elles, les parents doivent réaménager leur parentalité au sein de la nouvelle famille afin de trouver un équilibre (Coordination des ONG pour les Droits de l'Enfant, 2011 ; Lamboy, 2009).

Le lien qu'entretiennent les parents avec leur-s enfant-s est guidé par les règles imposées au sein de la société qu'elles soient de nature juridique ou sociale. Par exemple, les règles juridiques représentent les droits et les devoirs qu'ont les parents envers leur-s enfant-s. En Suisse, c'est le Code civil qui régit le droit de la famille et qui s'occupe de fixer ces différents points. La famille et la société se construisent l'une avec l'autre. La famille a pour rôle de transmettre à l'enfant un code de conduite et une certaine éducation approuvée implicitement par la société dans laquelle il grandit.

Enfin, voici une définition de la parentalité tirée du dictionnaire critique d'action sociale et citée dans l'article « Soutenir la parentalité : pourquoi et comment » de Béatrice Lamboy (2009) p. 34 qui nous illustre les points abordés ci-dessus:

⁹ Office fédéral de la statistique ; « Mariages, partenariats et divorces » (2016) : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/mariages-partenaires-divorces.html>

« La parentalité apparaît comme un terme spécifique du vocabulaire médico-psycho-social qui désigne d'une façon très large la fonction d'être parent, en y incluant à la fois des responsabilités juridiques telles que la loi les définit, des responsabilités morales telles que la socio-culture les impose, et des responsabilités éducatives » (Lamboy, 2009, p.34).

Nous pouvons constater que cette lecture de la parentalité correspond à un contexte donné et à la vision qu'impose une société donnée. Lorsque ces deux éléments seront soumis à des changements, les paramètres de la parentalité seront forcément influencés. En outre, nous pouvons également présenter une autre lecture de la parentalité avec une focale différente, celle de la psychologie. Cette focale appartient à la personne puisque nous allons parler du processus interne de la parentalité. Nous allons débiter par un petit retour en arrière avec pour but de comprendre les racines de la parentalité.

La parentalité est un néologisme qui a été créé par la psychanalyste Therese Benedek dans les années 1950 et repris, en 1961, par le psychanalyste français Paul-Claude Racamier (Sellenet, 2007 ; Lamboy, 2009). Le terme de « parenthood », en français parentalité, indique selon Benedek cité par Catherine Sellenet (2007) p. 11, dans son ouvrage « La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept » « [...] le processus de développement psychoaffectif commun aux deux géniteurs du fait de la conception d'un enfant. ». De plus, Benedek définit le concept de cette manière : « [...] être parent n'est ni un donné biologique ni un donné social, mais le fruit d'un processus complexe de maturation psychologique. » (Sellenet, 2007, p. 11). En ce sens, nous pouvons comprendre la parentalité comme un processus d'évolution psychologique de l'adulte vers une nouvelle étape de sa vie (Lamboy, 2009).

Gérard Poussin (1999), psychologue, met en avant le fait que la parentalité découle d'un besoin faisant partie des étapes du développement d'une personne qui peut être le désir d'enfant. Il explique que la parentalité est un processus qui se déploie jusqu'au moment où le sujet devient parent. La transition vers celle-ci commencerait déjà durant la grossesse surtout pour les futures mères avec le concept « caregiving system ». Celui-ci représente : « [...] le pattern de comportements de soin et d'éducation attendus chez les parents et autres donneurs de soin [...] » (Roskam ; Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p. 116).

Dans cette perspective, l'auteur explique que la parentalité se construit également à partir des expériences vécues par le futur parent. En outre, elle évolue en même temps que l'enfant grandit, et ce, jusqu'à la sortie du nid familial. En effet, lors du développement de l'enfant, différentes étapes vont survenir et les parents vont devoir s'ajuster en fonction de celles-ci. Cela implique que la parentalité est en constant mouvement. Gérard Poussin se questionne sur le fait de savoir « [...] si la parentalité jaillit en quelque sorte de la sexualité avec la rencontre des deux partenaires, ou si elle a des racines plus anciennes. » (Poussin, 1999, p. 23). Il différencie alors l'homme et la femme et explique que sexuellement le processus est différent :

« Chez la femme, l'intégration de la parentalité et de la sexualité se fait à travers la grossesse. Le désir de la mère de prendre le bébé, de faire corps avec lui représente une continuation de la symbiose psychologique. L'identification de l'enfant est autorisée par la régression qui favorise la répétition d'un comportement maternel conservé sous forme de traces mnésiques depuis la petite enfance. [...] Chez l'homme le lien avec la psychologie de la naissance est moins évident. Cependant, dans de nombreuses espèces animales, la tâche de procurer sécurité et nourriture appartient majoritairement aux mâles, ce qui tendrait à montrer que la paternité n'est pas seulement un fait de « culture » [...] » (Poussin, 1999, p. 23-24).

En ce sens, il explique que le désir d'enfant passe par la sexualité chez l'homme et la femme, car l'acte permet de concevoir un enfant. Durant la grossesse vient le désir d'exercer la parentalité plus concrètement pour la mère puisque c'est elle qui porte l'enfant. Néanmoins, le père vivrait ce désir de parentalité, mais de manière différente. Plusieurs hypothèses sont émises par d'autres psychologues et psychanalystes mettant en lien le désir d'un enfant, la sexualité et le développement des parents étant petits. Cependant, nous n'allons pas nous attarder sur cette question, néanmoins très intéressante, mais qui sort de notre thématique.

Au fur et à mesure que l'enfant se développe, il passe par différents stades. L'enfant évolue, gagne en autonomie et ne demande plus la même attention. Les parents se trouvent alors dans une étape intermédiaire durant laquelle ils vont devoir réajuster l'exercice de leur parentalité afin de continuer à accompagner leur enfant. Cette période intermédiaire peut être vécue comme un deuil de la parentalité. Les parents arrivent alors à une autre forme de parentalité qui leur permettra de continuer à accompagner leur enfant dans cette nouvelle étape qui s'ouvre à eux. Prenons l'exemple d'un enfant qui arrive en âge scolaire. L'enfant ne nécessitera plus autant d'appui de ses parents, car il va développer une certaine autonomie qui lui permettra de gérer des situations par lui-même. Ceci peut représenter un grand impact sur les parents puisqu'ils passent du stade où l'enfant dépendait complètement d'eux au stade durant lequel l'enfant commence à se détacher. Un autre exemple très représentatif du deuil de la parentalité est celui de l'entrée d'un enfant dans la période de l'adolescence. Cette étape fait appel à de nouvelles compétences de la part des parents :

« Mais avec la fin de la période dite « de latence », nouveau changement. Le corps de l'enfant se transforme dans sa structure et même dans sa fonction puisque la sexualité génitale réapparaît. Les problèmes sexuels se posent avec une nouvelle acuité, et les parents doivent faire un autre deuil : celui de la prétendue innocence de l'enfant. » (Poussin, 1999, p. 319)

En outre, cette étape peut également faire résonance chez les parents en fonction de ce qu'eux-mêmes ont vécu durant cette période. Il peut arriver que les parents adoptent des comportements préjudiciables à leur enfant :

« La mère frigide par exemple, psycho-sexuellement infantile, insiste non seulement pour maintenir un statut asexuel pour elle-même, mais également pour ses enfants. Elle est aveugle aux indices de leur puberté et révoltée à l'idée qu'ils puissent envisager une hétérosexualité adulte. » (Poussin, 1999, p. 31)

Selon Gérard Poussin (1999), nous donc émettre qu'avant même l'arrivée de l'enfant, le processus de parentalité débute. La parentalité se construit au fur et à mesure que le terme de la grossesse approche et fait appel au vécu des parents durant leur enfance. En effet, ces souvenirs représentent un modèle positif ou négatif sur lequel ils peuvent s'appuyer. Finalement, la parentalité est vécue différemment par l'homme que par la femme puisqu'ils n'ont pas la même fonction dans la conception de l'enfant. Néanmoins, une fois l'enfant né, le rôle parental est incombé aux deux parents.

En conclusion, nous pouvons faire le lien entre la construction sociale et culturelle que nous avons développée dans les paragraphes ci-dessus ainsi que le processus de parentalité vécu par les parents à l'intérieur d'eux-mêmes. En effet, le rôle parental est exigeant et guidé par le contexte dans lequel les parents vivent. Ils n'ont pas une liberté absolue, néanmoins, ils bénéficient d'une marge de manœuvre. Nous pouvons également dire que ces deux lectures de la parentalité sont liées. Elles évoluent en même temps et s'influencent mutuellement. Les parents ont des devoirs envers leur-s enfant-s qui font partie d'une prescription sociale, de ce que la société désire. En ce sens, cet aspect n'est pas naturel donc pas inné chez les parents. Ils vont se plier à un mode de faire qui sera socialement souhaité et duquel ils vont se satisfaire.

2.2.4. MODELE DE BELSKY – DETERMINANTS DE LA PARENTALITE

La parentalité peut s'exercer de différentes manières. Si nous observons plusieurs familles, il est possible de constater qu'elles utilisent des stratégies diverses afin de pallier une situation problématique avec leur-s enfant-s. En ce sens, nous pouvons penser qu'il y a des facteurs qui interviennent dans cette parentalité et qui justifient le fait de l'exercer d'une façon bien précise tels que le vécu des parents, la société dans laquelle ils vivent ou encore l'entourage. Les solutions trouvées par les parents pour éduquer leur-s enfant-s peuvent diverger en fonction des éléments cités ci-dessus. Cette diversité nous paraît très intéressante c'est pourquoi nous souhaitons développer ce point de manière plus approfondie.

Nous nous sommes basées sur le modèle de Belsky cité dans l'ouvrage « Psychologie de la parentalité : Modèles théoriques et concept fondamentaux » de Isabelle Roskam, Sarah

Galdiolo, Jean-Christophe Meunier et Marie Stiévenart (2015). Ce modèle identifie les facteurs qui déterminent la manière dont un parent va exercer son rôle parental. Ce modèle permet a priori d'organiser les démarches d'accompagnement et de soutien à la parentalité. En ce sens, il donne une vue d'ensemble en prenant en compte 3 facteurs déterminants : les caractéristiques du parent, de l'enfant et du contexte qui les entoure. Belsky met un ordre d'importance concernant ces 3 facteurs: « Les caractéristiques du parent telles que son histoire personnelle ou ses traits de personnalité seraient plus déterminantes que les caractéristiques de l'enfant qui seraient elles-mêmes plus déterminantes que le contexte. » (Roskam ; Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p. 136). Ainsi, nous pouvons comprendre quels sont les différents enjeux qui gravitent autour de la parentalité.

Dans un premier temps nous allons définir ces différents déterminants afin de comprendre à quoi ils font référence. Dans un deuxième temps, nous reprendrons ces différents concepts afin de les mettre en lien et d'observer quelle est leur influence sur la parentalité. Voici les trois déterminants développés par Belsky :

A. LES DETERMINANTS LIES AUX CARACTERISTIQUES DU PARENT

« Les facteurs parentaux concernent les expériences vécues par le parent lorsqu'il était enfant, la qualité des relations entretenues avec ses propres parents depuis l'enfance, particulièrement le pattern d'attachement, les comportements éducatifs auxquels il a été exposé en tant qu'enfant ou encore son niveau d'éducation. » (Roskam ; Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p.135-136)

Les expériences vécues par le parent lorsqu'il était enfant sont déterminantes dans l'éducation de leur-s propre-s enfant-s. En fonction de la vision qu'ils ont de leur éducation, les parents créeront leur propre éducation en décidant de s'appuyer ou non sur les exemples qu'ils ont eus. Ce choix éducatif est lié aux ressentis des parents durant leur propre enfance. Néanmoins, il ne faut pas oublier que la réalité n'est pas autant simple et que quand bien même, une expérience a été mal vécue, le parent pourrait la reproduire avec son enfant.

B. LES DETERMINANTS LIES AUX CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT

« Les facteurs liés à l'enfant concerne son tempérament ou ses traits de personnalité, la présence éventuelle d'un déficit développemental ou de problème de santé ou encore le genre. » (Roskam ; Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p. 136)

Le tempérament de l'enfant ainsi que son état de santé et sa personnalité ont une influence sur le mode éducatif mis en place par les parents. De plus, cela fait appel à des résonances chez les parents qui peuvent elles aussi influencer cette éducation.

C. LES DETERMINANTS LIES AUX CARACTERISTIQUES DU CONTEXTE DANS LEQUEL LE PARENT EXERCE SON ROLE

« Enfin, les facteurs contextuels concernent le support et les stressés présents dans l'environnement, par exemple les ressources financières, l'habitation familiale, le nombre d'enfants dans la fratrie, l'accès au marché du travail, le réseau social composé de la famille élargie et des amis, la relation conjugale, l'accès aux ressources comme les milieux de garde ou de loisirs pour les enfants ou encore les attentes sociales en lien avec la culture d'appartenance. » (Roskam ; Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p.136)

2.2.4.1 Observations du modèle de Belsky

Comme nous l'avons dit dans le point 2.4 «Déterminants de la parentalité - Modèle de Belsky» : « [...] Belsky (1984) a conféré un rôle proximal très fort à la personnalité du parent en tant que facteur déterminant les comportements éducatifs. » (Roskam, Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p.143). Néanmoins, bien que les déterminants liés aux caractéristiques des parents aient une grande influence sur la parentalité, Belsky souligne également que « [...] la parentalité est déterminée de façon multiple. Elle résulterait de nombreuses sources d'influences. » (Roskam, Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p.136). Ces sources d'influences peuvent être les caractéristiques de l'enfant ainsi que le contexte dans lequel les parents vivent. Il est fort de constater que, outre le fait qu'il y ait une partie plus personnelle qui guide cette parentalité, d'autres enjeux viennent s'additionner et exercent également une influence.

Concernant le facteur « personnalité des parents », plusieurs études empiriques basées sur le modèle de « Cinq Facteurs » ou « Big Five » ont été effectuées afin mettre en relation « [...] les traits de personnalité des parents évalués [...] et leurs pratiques éducatives à l'égard de leurs enfants. » (Roskam, Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p.143). Ce modèle des « Cinq Facteurs » permet de déterminer les traits qui font partie de la personnalité et qui représentent des enjeux quant à la parentalité. Il s'appuie sur cinq traits principaux qui sont l'Extraversion, l'Agréement de contact, le caractère Conscientieux, la Stabilité émotionnelle ainsi que l'Ouverture à l'expérience. Une analyse effectuée en 2009 par Prinzie, Stams, Deković, Reijntjes & Belsky (2015) cités par Isabelle Roskam ; Sarah Galdiolo ; Jean-Christophe Meunier et Marie Stiévenart dans leur ouvrage «Psychologie de la parentalité » permettent de constater quelques observations intéressantes :

«Les adultes obtenant des scores élevés en Neuroticisme (ou faible en terme de Stabilité émotionnelle) se présentent plus stressés, anxieux, tendus et nerveux ; leur humeur est plus labile. Cette tendance envers une émotionnalité négative peut entraver la manière dont le parent initie et maintient une interaction positive avec l'enfant de même qu'elle peut limiter la capacité du parent à déceler les signaux émotionnels de l'enfant. [...] Les parents instables émotionnellement

peuvent également avoir davantage tendance à attribuer des intentions négatives à l'enfant lorsque celui-ci se conduit de manière indésirable. Ces attributions hostiles peuvent être à l'origine d'une parentalité sévère ou punitive.» (Roskam ; Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p. 143-144)

« *L'Agrement de contact* se réfère à l'empathie démontrée par les individus, tant dans leur manière de penser leurs relations aux autres que dans les comportements qu'ils adoptent. [...] Les parents ayant des scores élevés sur ce trait sont enjoués et caractérisés par une grande amabilité et une empathie naturelle ; ils se montrent chaleureux et protecteurs ; leurs attributions concernant les comportements de l'enfant sont positives. » (Roskam ; Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p. 144)

Nous pouvons constater une multitude de facteurs personnels liés aux parents qui influent sur leur parentalité et leurs comportements éducatifs. Néanmoins, il ne faut pas oublier que les facteurs tels que les déterminants liés aux enfants ainsi que le contexte restent présents et qu'ils vont également exercer une influence. Par exemple, le tempérament de l'enfant va engendrer une réaction chez ses parents qui peut se manifester de différentes manières en fonction du stimulus donné par l'enfant : «[...] un enfant irritable favorisera chez ses donneurs de soin des comportements d'évitement. » (Roskam ; Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p. 172) ou encore :

« Au contraire, un enfant au tempérament facile élicitera chez les personnes de son entourage des occasions d'interactions multiples. Les affects positifs manifestés agissent comme des renforcements qui augmentent la probabilité que les donneurs de soin s'adonnent à des échanges avec l'enfant. » (Roskam ; Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p. 172)

En outre, à cela s'ajoutent les éléments liés au contexte. En fonction de l'environnement dans lequel se trouvent les parents, ils auront plus ou moins de ressources pour pallier à leur rôle.

Premièrement, il y a le niveau d'études des parents qui est lié avec le travail qu'ils exercent ainsi que le salaire perçu. En ce sens, la situation financière d'une famille peut avoir une influence sur les comportements parentaux en fonction de son état. Si le niveau de vie des parents est bon, ils auront accès à des ressources telles que des activités extrascolaires pour leur-s enfants-, des activités en famille comme les vacances ou encore des institutions externes pour la garde des enfants. Ces moments permettent aux familles de relâcher la pression du quotidien et de renforcer les liens. De plus, ils ne subissent pas de pression concernant l'aspect financier. Les parents peuvent alors déterminer et choisir ce qui leur paraît bénéfique pour leur-s enfants- puisqu'ils ont les moyens de le faire ainsi que de se consacrer à la qualité du lien qu'ils entretiennent avec leur-s enfant-s. Dans le cas contraire,

une famille avec peu de moyens est vite rattrapée par l'inquiétude de pouvoir faire vivre convenablement ses membres. Ceci peut impliquer une organisation de famille peu stable ou très chargée s'il y a une accumulation d'activités professionnelles par les parents. Ensuite, l'accès aux activités extérieures se voit vite limité. Ce genre de situations peut engendrer une source de stress au sein de la famille qui prend le pas sur la relation entre parents et enfant-s. Nous pouvons donc constater que la situation économique d'une famille liée au niveau d'étude des parents représente un facteur important concernant les comportements éducatifs parentaux. En outre, Jacques Lautrey (2015) cité par Isabelle Roskam ; Sarah Galdiolo ; Jean-Christophe Meunier et Marie Stiévenart dans leur ouvrage «Psychologie de la parentalité » démontre que :

« [...] les valeurs d'obéissance et de respect des normes étaient plus présentes dans les milieux socioéconomiques plus bas tandis que les valeurs d'autonomisation et de performance étaient plus caractéristiques des niveaux socioéconomiques supérieurs. » (Roskam ; Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p. 177)

Ce passage nous démontre bien les différences de focales entre les parents de classes sociales distinctes.

Deuxièmement, il y a la situation conjugale au sein du couple : « La relation conjugale peut être considérée comme un déterminant des comportements parentaux dans la mesure où le couple conjugal constitue une source potentielle de support pour chacun des parents. » (Roskam ; Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p. 177). Les relations entre les parents sont très importantes, car elles influent sur les relations qu'entretient chaque parent avec leur-s enfants-. Un autre aspect de la relation de couple est l'accueil d'un enfant. Les parents passent alors par une étape durant laquelle « [...] la satisfaction conjugale tend à diminuer [...] » (Roskam ; Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p. 178). En effet, l'arrivée d'un enfant au sein du couple demande une restructuration de la famille et du quotidien ainsi que des rôles de chacun : « De ce fait, elle engendre une moindre satisfaction conjugale et par là même, elle influence le bien-être du parent, ses affects et émotions ou encore le stress parental éprouvé. » (Roskam ; Galdiolo ; Meunier ; Stiévenart, 2015, p. 178). Dans ce paragraphe nous parlons de familles dont les parents sont en couple et appréhendent la situation ensemble. Néanmoins, n'oublions pas que dans d'autres modèles de familles tels que les familles monoparentales, les familles recomposées, etc., la dynamique est tout autre et des facteurs différents peuvent entrer en ligne de compte. Béatrice Lamboy cite un passage de la « Conférence de la famille » de 1998 dans son article qui illustre bien les difficultés rencontrées :

« L'exercice de la parentalité devient aujourd'hui de plus en plus difficile notamment pour les jeunes couples, les familles monoparentales, les familles recomposées, les familles issues de l'immigration. Différents facteurs sont à

l'origine de cette situation: les modifications des relations intergénérationnelles, le développement du travail à temps plein ou atypique des mères hors du foyer familial, la précarité de l'emploi, les difficultés de logement, les conflits conjugaux, l'évolution des mentalités et des représentations surtout.» (Lamboy, 2009, p. 38)

Dans ce point « Observations du modèle de Belsky », nous avons développé les déterminants qui sont susceptibles d'influencer la parentalité tout en sachant que pour chaque déterminant, divers facteurs interviennent. Ces éléments sont interdépendants bien que chacun ait ses propres particularités. Si un des éléments bouge, cela aura une influence sur les autres. En fonction de ce qui se trouve dans chacun d'eux la configuration de la parentalité peut se modifier de façon positive ou négative et aura des effets sur les enfants.

2.2.5. LA PARENTALITE SELON HOUZEL

Il nous est paru intéressant d'aborder les trois axes de la parentalité selon Didier Houzel (2000), pédopsychiatre et psychanalyste français, afin de mieux comprendre cette notion.

« Nous avons été conduits à définir trois dimensions de la parentalité, qui certes sont toujours conjointes, mais qui se situent à des niveaux d'expérience différents. Ces trois dimensions, nous les avons nommées : *exercice de la parentalité, expérience de la parentalité et pratique de la parentalité*. Chacune de ces dimensions définit un point de vue sur la *parentalité* qui, dans la réalité, n'est pas dissociable des autres points de vue. Il serait erroné d'isoler dans la réalité concrète un aspect qui se référerait exclusivement à l'une de ces trois dimensions. » (Geissmann & Houzel, 2000, p. 294)

Bien que ces dimensions soient indissociables, il est important de comprendre qu'elles n'englobent pas les mêmes aspects. Nous allons présenter un schéma que nous avons construit mettant en scène les trois dimensions de la parentalité selon Didier Houzel. Nous pouvons observer dans le schéma que les flèches vont dans les deux sens, ceci symbolise le fait que chacune de ces dimensions est influencée par les deux autres. Si un changement s'opère dans l'une d'elles, des répercussions se porteront sur l'ensemble du schéma. Le développement de chacune de ces dimensions est expliqué ci-dessous.

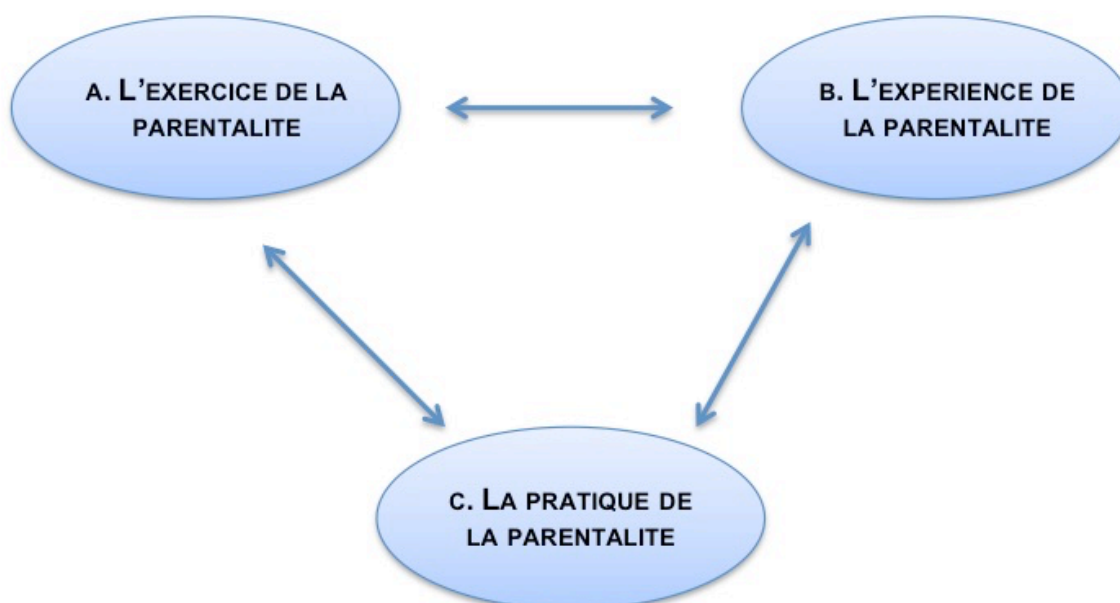


FIGURE 2 : DIMENSIONS DE LA PARENTALITE DE DIDIER HOUZEL

A. L'EXERCICE DE LA PARENTALITE

Selon Houzel (2000), cette dimension implique les droits et les devoirs des parents lorsqu'ils accueillent un enfant. Le fait d'être parent représente une grande responsabilité. Les parents élèvent leur-s enfant-s dans une société où des normes et des règles font partie d'un cadre juridique donné ce qui les limite dans leurs champs d'action. Ils ont comme devoir principal d'exercer une autorité parentale. En ce sens, ce sont eux qui vont prendre des décisions dans l'intérêt de leur-s enfant-s, et ce jusqu'à leur majorité. Les domaines réglés par l'autorité parentale sont l'éducation, la protection et le développement de l'enfant (Geissmann & Houzel, 2000 ; Sellenet, 2007).

Comme nous l'avons développé dans le point 2.2. « Histoire de la famille », il y a un certain nombre de changements qui influent sur la manière d'exercer la parentalité. Prenons l'exemple d'aujourd'hui, où l'enfant est considéré comme un être qui a des droits et qui peut les faire valoir. De ce fait, tout un système de protection de l'enfant s'est construit en ce sens. Les parents doivent alors se soumettre à ces lois sous peine de subir des conséquences si toutefois elles n'étaient pas respectées (Sellenet, 2007). En revanche cela n'a pas toujours été le cas. En effet, au 19^{ème} siècle, l'enfant n'était pas considéré comme aujourd'hui. La question de la protection de l'enfant s'établit peu à peu à la fin du 19^{ème} siècle « comme catégorie d'action publique » (Delay ; Frauenfelder, 2013, p. 182). À cette époque, un paradoxe subsistait tout de même entre protéger l'enfant qui était menacé dans son développement et discerner les enfants qui pouvaient potentiellement devenir dangereux de par la classe sociale à laquelle ils appartiennent. Cette classe sociale est celle des paysans

en exode vers les lieux ruraux. Arrivées en ville, ces personnes vivaient dans des conditions très précaires :

« De nombreux philanthropes, médecins, économistes ou théologiens de l'époque nous donnent l'image d'une « masse flottante » vivant « au jour le jour » dans une anomie totale, une pauvreté « scandaleuse » prenant la forme du paupérisme de masse et d'une désorganisation profonde des liens familiaux. » (Delay ; Frauenfelder, 2013, p. 182)

Cette précarité impliquait qu'il n'y avait pas un grand contrôle sur les enfants puisque les parents travaillaient pour assurer la survie de la famille. À partir de ce moment, l'enfant devient un être à protéger, car il est considéré comme vulnérable. La problématique sociale de l'enfant en phase de devenir dangereux doit être prise à la source. Il faut trouver une solution pour les classes sociales défavorisées afin d'éviter la reproduction d'une mauvaise éducation. La mise en place de la scolarité obligatoire permet à l'État de s'immiscer dans la vie de famille et d'avoir un contrôle sur les enfants. Au final, nous pouvons constater que les préoccupations liées aux enfants sont expliquées par l'éducation reçue dans un contexte défavorisé (Delay ; Frauenfelder, 2013).

En Suisse, les parents sont soumis principalement au Code civil qui régit le droit de la famille. Un des aspects importants est l'autorité parentale qui est la responsabilité et le pouvoir décisionnel qu'ont les parents envers leur-s enfant-s jusqu'à leur majorité. De plus, la société joue également un grand rôle avec les normes implicites auxquelles les parents doivent se plier sous peine d'être marginalisés. En ce sens, ils ont le devoir d'élever leur-s enfant-s et de veiller à leur bon développement au sens de l'article 302 al.1 du Code civil suisse. Le Code civil répertorie les droits et les devoirs des parents envers les enfants. Cela dit, il y a des instances qui veillent à ce que ces droits et devoirs soient respectés. Ces instances portent le nom de Justice de paix ou encore APEA en fonction des différents cantons. Si une instance estime qu'il faut mettre des mesures de protection en place, car elles considèrent un enfant en danger dans son milieu familial, ce sont ces services cantonaux qui prendront le relais et qui vont agir sur le terrain dans le but d'améliorer la situation. (Sellenet, 2007 ; Fontannaz & Colombo, 2016).

B. L'EXPERIENCE DE LA PARENTALITE

Cette dimension fait appel à l'expérience consciente et inconsciente de devenir parents ainsi que de remplir des rôles parentaux. L'expérience de la parentalité est une représentation que se font les parents et qui est liée à la naissance de leur-s futur-s enfant-s. En ce sens, cette représentation est imaginaire et laisse libre cours aux émotions liées à cette parentalité et aux perceptions qui en découlent. Les psychologues avancent le fait que la dimension psychique d'un parent est un point très important dans la parentalité. Voici une citation tirée de l'ouvrage de Catherine Sellenet « La parentalité décryptée : pertinence et dérives d'un

concept » (2007) qui cite Martine Lamour, psychiatre et Marthe Barraco, psychologue-clinicienne et thérapeute pour enfants et familles:

« La parentalité peut se définir comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leurs enfants à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique. C'est un processus maturatif. » (Sellenet, 2007, p. 29)

Nous pouvons constater que cette définition n'aborde pas les facteurs tels que la culture ou encore la situation socio-économique des personnes. Elle est purement liée à la dimension psychique d'un individu. Durant le temps de « [...] gestation parentale [...] » (Sellenet, 2007, p. 29-30), les parents entament un grand changement dans leur vie respective. Un grand nombre de facteurs vont venir se greffer à cette période qui va conditionner l'expérience de la parentalité chez les futurs parents. Outre la dimension psychique, la vision de la parentalité présente dans la société ainsi que les règles liées à celles-ci ont également une influence sur les parents. Nous pouvons faire un lien avec le point 2.2.4 « Modèle de Belsky-Déterminants de la parentalité ». En effet, nous observons que dans l'expérience de la parentalité, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte à savoir la dimension psychique de l'individu, la culture ainsi que le contexte dans lequel vit cet individu. Dans le « Modèle de Belsky », nous avons les déterminants liés aux parents qui s'apparentent en partie à la dimension psychique et au vécu du parent puis nous avons les déterminants liés au contexte qui s'apparentent à la culture et l'environnement des parents dans l'expérience de leur parentalité (Sellenet, 2007 ; Geissmann & Houzel, 2000).

C. LA PRATIQUE DE LA PARENTALITE

Cette dernière dimension correspond aux actions concrètes que mettent en œuvre les parents afin de prendre en charge leur-s enfant-s. Ces différentes actions peuvent représenter autant bien les soins physiques ou psychiques que l'éducation ou la socialisation des enfants (Geissmann & Houzel, 2000 ; Sellenet, 2007).

« Par *pratique de la parentalité*, nous désignons les tâches quotidiennes que les parents ont à remplir auprès de l'enfant. [...] Rappelons qu'on entend ici par *soins* non seulement les soins physiques, qui ont bien sûr toute leur importance, mais également les soins psychiques. » (Geissmann & Houzel, 2000, p. 303).

N'oublions pas que la pratique de la parentalité s'insère dans un contexte donné. De ce fait, les facteurs qui influencent cette pratique sont nombreux et en lien avec les aspects culturels et la vision de la société. Nous pouvons nous rendre compte à ce stade que les déterminants développés dans le point 2.4. « Déterminant de la parentalité - Modèle de Belsky » intervient dans les 3 axes présentés par Houzel. En ce sens, la pression exercée sur les parents est

relativement forte et les attentes envers eux sont élevées. Il y a une sorte de « [...] recherche de la performance parentale. » (Sellenet, 2000, p. 30)

En conclusion, nous pouvons dire que l'exercice de la parentalité est lié au contexte juridique ainsi qu'aux règles et normes de la société. L'expérience de la parentalité est issue en partie du contexte social, culturel et économique duquel les parents sont issus, et enfin la pratique de la parentalité elle, est influencée par le contexte familial ainsi que par les représentations véhiculées dans notre société (Sellenet, 2007).

2.2.6. PARENTALITE ET CADRE LEGAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANT

Il nous semble important de développer la dimension du cadre légal à savoir la protection de l'enfance. Cette thématique est essentielle dans le cadre des interventions professionnelles. En ce sens, l'objectif de ce point est de mettre en lumière le cadre légal concernant la protection de l'enfance. En outre, nous allons parler des lois qui régissent la protection de l'enfant et des conséquences ou des bénéfices que cela peut apporter dans certaines situations. Nous rappelons qu'il existe plusieurs mesures de différents degrés afin de pallier des situations où l'enfant pourrait se retrouver en danger. Afin de poser le cadre légal de manière compréhensive, rappelons qu'en Suisse, le système se présente de cette manière :

Nous avons une Constitution fédérale de la Confédération suisse qui définit la structure et l'organisation de l'État. Elle pose également les règles de base du système suisse et elle est supérieure à toutes les autres lois.

Toutefois, la Suisse se caractérise par un régime fédéraliste où les cantons sont souverains. Ils ont aussi leur propre constitution, le parlement et leurs propres lois qui eux, ne peuvent pas aller contre le droit fédéral de manière générale. En Suisse, il existe 26 cantons qui sont soumis à la Constitution. Chaque canton doit donc établir une loi cantonale d'application du droit fédéral lorsque cela est nécessaire. C'est le cas notamment pour le droit civil et le droit pénal (Kucholl & al, 2013).

Au sein de notre hiérarchie des pouvoirs, n'oublions pas l'importance du droit international qui prime, en principe, sur le droit national sauf certaines exceptions.

En ce sens, la Suisse a signé la Convention relative aux droits de l'enfant le 1^{er} mai 1991 et l'a ratifiée le 24 février 1997. Les pays adhérant à cette Convention sont d'accord sur le fait que la famille est une « [...] unité fondamentale de la société et milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres et en particulier des enfants, [...] » (Préambule, Convention relative aux droits de l'enfant, 1989). En outre, ils considèrent qu'il est très important de préparer l'enfant à sa vie future dans la société et de l'éduquer « [...] dans l'esprit des idéaux proclamés dans la Charte des Nations Unies, et en particulier

dans un esprit de paix, de dignité, de tolérance, de liberté, d'égalité et de solidarité [...] » (Préambule, Convention relative aux droits de l'enfant, 1989). Les États partis considèrent donc que l'enfant nécessite une protection spéciale en raison de son développement qui n'est pas encore arrivé à maturité et qui ne peut, par conséquent, pas encore se protéger seul.¹⁰

Depuis la ratification de la Convention relative aux droits de l'enfant, on parle de plus en plus de la notion d'intérêt supérieur de l'enfant qui est le bien de l'enfant. L'article 3 est un droit subjectif reconnu à l'enfant. Nous retrouvons cette notion d'intérêt supérieur de l'enfant dans les services de protection de l'enfant. Le curateur en charge d'un dossier doit mettre l'enfant au centre de toute décision et explorer les impacts positifs et négatifs qui en découlent.

Nous pouvons donc considérer que l'article 3 alinéa 1 et l'article 12 sont liés et s'appuient mutuellement sur le fait que l'enfant puisse s'exprimer. En effet, ces articles permettent d'avoir un autre regard sur une situation afin de prendre une décision qui est dans son intérêt à lui et non dans son supposé intérêt.

Au niveau de la Constitution, nous avons l'article 4 qui précise:

« 1. Les enfants et les jeunes ont droit à une protection particulière de leur intégrité et à l'encouragement de leur développement.

2. Ils exercent eux-mêmes leurs droits dans la mesure où ils sont capables de discernement. »

En outre, il existe également d'autres lois et règlements d'application en vigueur concernant la protection de l'enfant. Par règlements d'applications, nous entendons les règlements qui permettent d'appliquer une loi. Voici quelques exemples :

- Les articles 307 à 311 du Code civil suisse : Ces articles prévoient différentes mesures qui peuvent aller de la simple surveillance au retrait de l'autorité parentale qui est la mesure la plus forte, lorsque l'enfant est menacé dans son développement et que ses parents ne sont pas en mesure de le protéger.
- Loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant : Cette loi fixe le pouvoir des autorités de protection de l'enfant et de l'adulte de chaque canton.
- Ordonnance sur le placement d'enfants: Cette loi concerne les placements d'enfants hors du domicile. Elle aborde quelles sont les autorités compétentes pour prendre la décision d'un placement et quels sont les critères à respecter.

¹⁰ Nations Unies ; Droit de l'Homme ; Haut-Commissariat ; Convention relative aux droits de l'enfant : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

Afin de justifier une intervention au sein d'une famille, il y a deux conditions primordiales qui doivent être présentes selon le Code civil suisse, plus précisément selon l'article 307 al.1: le développement de l'enfant doit être menacé et les parents ne sont pas en mesure d'y remédier par eux-mêmes.

Au niveau cantonal, chaque canton possède une loi en matière de protection de l'enfant. Il est évident que les buts et les objectifs de ces lois cantonales restent les mêmes. De plus, elles suivent les lignes directrices des lois internationales ainsi que des lois fédérales. Les instances chargées d'appliquer ces lois concernant la protection de l'enfant sont des autorités supérieures qui ont des noms différents en fonction des différents cantons.

Dans les cantons de Fribourg ainsi que le canton de Vaud ce sont les « Justice de paix ». Dans le canton du Valais ainsi que le canton du Jura ce sont les « APEA » (Autorité de Protection de l'Enfant et de l'Adulte).¹¹

2.2.7. SOUTIEN A LA PARENTALITE

Le soutien à la parentalité permet de veiller qu'en cas de défaillance, des mesures soient mises en place. En effet, si un large panel de prestations a vu le jour ou est en train d'être élaboré, c'est bien parce qu'il y a un besoin qui s'est accru :

« Depuis une vingtaine d'années se développent dans de nombreux pays et continents (que ce soit en Europe, aux États-Unis ou en Australie) des dispositifs qualifiés d'«accompagnement des parents», de «soutien à la parentalité», de parenting support ou parenting programs, selon l'expression retenue. On assiste également à un processus d'institutionnalisation de ce domaine d'action publique émergeant avec l'apparition de textes fondateurs et de dispositifs institutionnels.»
(Daly & Martin, 2013, p. 120)

La parentalité est source d'inquiétude en raison de l'augmentation de certains événements qui mettent les familles dans des situations considérées comme à risque. Béatrice Lamboy l'explique dans le contexte de son article « Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? » (2009) :

« Elle serait le reflet d'une « inquiétude politique » (Kertudo, 2005) générée par deux aspects : les mutations familiales d'une part (augmentation du nombre de divorces, de familles monoparentales, de familles recomposées, de naissance

¹¹ Loi en faveur de la jeunesse, canton du Valais : https://legvs.vs.ch/sites/legvs/FR/20/law/850_4/pdf
Loi sur l'enfance et la jeunesse, canton de Fribourg : <https://bdlf.fr.ch/frontend/versions/3332?locale=fr>
Loi sur la protection des mineurs, canton de Vaud : http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv_site/doc.pdf?docId=5890&Pvigueur=&Padoption=&Pcurrent_version=9999&PetatDoc=vigueur&Pversion=&docType=loi&page_format=A4_3&isRSV=true&isSJL=true&outformat=pdf&isModifiante=false

hors mariage, de couples biactifs ; diminution du nombre de mariages, de la fécondité, de la fonction et du rôle du père...) et d'autre part, un certain nombre de problèmes sociaux perçus comme en augmentation (insécurité, incivilité, délinquance, consommation de drogues, absentéisme...) » (Lamboy, 2009, p. 35-36)

Nous pouvons constater que les problèmes cités dans celle-ci sont toujours d'actualité. Néanmoins, les prestations de soutien à la parentalité ont clairement évolué afin de proposer diverses solutions.

Nous pouvons observer plusieurs institutions ou services qui proposent des prestations diverses afin de pallier à tout type de situation. En Suisse, le soutien à la parentalité fait partie d'une politique publique. Par politique publique nous entendons :

«Une politique publique se définit comme un ensemble de décisions juridiques et d'actions, cohérentes et ciblées vers des objectifs, que les acteurs privés, corporatistes ou étatiques, prennent ou appliquent dans le but de résoudre un problème social.

Chaque politique publique vise à résoudre un problème public, reconnu comme tel à l'agenda gouvernemental. Elle représente donc la réponse du système politico-administratif à un état de la réalité sociale jugé politiquement inacceptable. Elle est débattue dans le processus décisionnel démocratique. »¹²

Dans le système suisse, aujourd'hui, nous tendons plus vers un soutien à la parentalité qu'un retrait de garde de l'enfant à ses parents. Pour ce faire, l'état passe des contrats de prestations avec des institutions ou des unités qui proposeront des prestations de soutien à la parentalité. Dans cette optique, divers professionnels entrent en jeu selon les besoins des familles. Les contrats de prestations sont propres à chaque canton. En ce sens, nous pouvons retrouver ces prestations identiques dans chaque canton et d'autres qui sont plus spécifiques.

¹² Politique publique : <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=598>

2.2.8. PRESTATIONS SOCIO-EDUCATIVES¹³

Le panel de prestations de soutien à la parentalité est large et va de l'accompagnement durant la grossesse au placement de l'enfant en foyer. En outre, les prestations de soutien à la parentalité se déclinent par canton. Certaines prestations peuvent se trouver uniquement dans un canton spécifique ou dans plusieurs. Voici un panel des prestations les plus fréquemment rencontrées :

A. FAMILLES D'ACCUEIL

Le rôle des familles d'accueil est d'accueillir un ou plusieurs enfant-s afin de leur offrir un cadre qui ressemble le plus possible à la vie de famille. Les périodes de placement peuvent être plus ou moins longues en fonction de la situation familiale des enfants accueillis. Le système des familles d'accueil est très répandu dans les cantons de Suisse romande.

B. POINT RENCONTRE

Le point rencontre offre un lieu neutre et sécurisé afin que des parents puissent exercer leur droit de visite en compagnie de leur-s enfant-s par le biais d'un accompagnement par des professionnels. Cette prestation est utilisée en dernier recours lorsqu'aucune autre alternative n'est possible.

Le point rencontre est actuellement mis en place dans l'ensemble des cantons romands à savoir : Fribourg, Neuchâtel, Valais, Vaud, Jura et Genève.

C. AEME- ACCUEIL EDUCATIF MERE-ENFANT

Cette prestation est spécifique au canton de Vaud. C'est un lieu d'accueil pour toutes mères présentant une vulnérabilité à un moment donné de leur vie (mères se retrouvant seules, mères avec des problèmes d'addictions, mères subissant des violences conjugales, etc.). Les causes amenant ces mères dans ces lieux d'accueil peuvent être multiples, telles qu'une rupture sociale, un isolement, une instabilité ou des carences affectives. Elles sont accueillies avec leur-s enfant-s (de 0 à 2 ans). La durée de l'accueil représente une période entre un et deux ans.

¹³ Réseau vaudois : CART. (2016). *Fondation la Rambarde - Relais parental, cours du module d'approfondissement*. Lausanne : EESP. Non publié
CORMINBOEUF & SIGRIST. (2016). *Service AEMO-Fribourg, cours du module d'approfondissement*. Lausanne : EESP. Non publié
SEILER, J-C. (2016). *L'accueil de jour extrafamilial, cours du module d'approfondissement*. Lausanne : EESP. Non publié
VOUMARA, M. & BEGUIN, C. (2016). *Prestations Infirmière de la petite enfance, cours du module d'approfondissement*. Lausanne : EESP. Non publié

D. INFIRMIERE DE LA PETITE ENFANCE

Ce sont des infirmières qui interviennent à domicile afin de soutenir les parents dans les soins à donner à leur-s enfant-s. Elles peuvent intervenir à différents moments de la vie des parents. D'une part, elles peuvent suivre une femme durant sa grossesse afin de lui apporter un soutien, des conseils ou l'aider à la préparation de l'arrivée du bébé. Le père fait également partie de l'encadrement s'il est présent. D'autre part, elles peuvent accompagner les parents après la naissance de leur-s enfant-s, en leur donnant des conseils et en leur expliquant les gestes à adopter pour s'occuper d'un nourrisson. En outre, elles focalisent leur intervention sur les demandes et besoins des parents. Elles cherchent à mobiliser les ressources et les compétences parentales.

Les infirmières de la petite enfance proposent leurs services dans les cantons de Fribourg, Vaud, Valais et Genève.

E. AEMO- ACTION EDUCATIVE EN MILIEU OUVERT

L'AEMO fait partie des prestations les plus sollicitées. Les travailleurs sociaux œuvrent soit sous mandat d'un juge soit sans mandat officiel. Ils accompagnent les familles dans leur situation de vie et apportent un soutien aux parents afin de leur donner des outils pour palier aux problèmes rencontrés. Les interventions peuvent durer plus ou moins longtemps en fonction de l'évolution de la famille.

Tous les cantons romands proposent cette prestation.

F. FONDATION LA RAMBARDE – RELAIS PARENTAL

Cette prestation est également spécifique au canton de Vaud puisque c'est la Fondation « La Rambarde » qui a mis sur pied un poste afin d'accompagner les parents dans toutes situations problématiques. Le but est de partir du besoin du ou des parent-s tout en collaborant avec les instances administratives telles que le service de protection de l'enfant. Dans cette prestation, la focale est mise sur le parent et non sur les enfants.

G. ACCUEIL EXTRA-FAMILIAL

Ce sont des lieux qui accueillent les enfants et les parents en dehors du domicile familial afin qu'ils puissent rencontrer d'autres parents qui affrontent également des soucis et qu'ils puissent partager ensemble. De plus, les professionnels qui les accompagnent sont des travailleurs sociaux, des psychologues et des professionnels étant formés dans la systémique ce qui leur permet de faire un suivi plus approfondi. Ce système est en vigueur dans tous les cantons romands.

H. GROUPE DE PAROLES POUR LES PARENTS

Les groupes de paroles réunissent des parents rencontrant toutes sortes de problèmes avec leur-s enfant-s. Ces groupes donnent aux parents un espace de parole et de partage entre eux. Ils sont conduits par des professionnels qui guident la séance. Ces groupes de paroles spécifiques sont organisés par le biais d'une association qui se trouve dans le canton de Vaud.

Nous avons cité quelques prestations socio-éducatives qui nous semblaient les plus importantes pour le soutien à la parentalité. Cependant, il existe d'autres prestations ainsi que d'autres mesures pour traiter une situation. Toutes ces prestations sont généralement appliquées de la plus légère à la plus conséquente. En premier lieu, le but est de proposer des prestations de soutien à la parentalité afin d'améliorer la situation dans l'intérêt de tous.

2.3. PARENTALITE ET TOXICODEPENDANCE

Dans l'article « Avis sur les mères toxicomanes » du Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec, les auteurs Bel, Bellerose, Blaquièrre et co. (1999) mettent en avant différentes caractéristiques liées à la maternité. Tout d'abord, ils affirment que dans la majorité des cas, les grossesses des femmes toxicodépendantes ne sont pas prévues, mais qu'elles s'en rendent compte trop tard pour recourir à un avortement. De plus, ils énoncent les carences affectives importantes des femmes toxicodépendantes. Selon les auteurs, le bébé pourrait être surinvesti émotionnellement, car c'est lui qui pourrait donner enfin un sens à la vie de la femme, un statut social, un statut d'adulte et une identité importante.

Par ailleurs, la venue du bébé peut également être source d'angoisse et d'insécurité à l'idée d'assumer les responsabilités parentales. De plus, l'attitude des proches, renforcée par le regard stigmatisant de la société, pourrait consolider cette perception qu'elles ne pourront pas être de bonnes mères. Nous allons dans la suite de ce chapitre aborder différentes dimensions telles que l'histoire familiale des mères toxicodépendantes, les caractéristiques de leur grossesse, les difficultés que rencontrent ces mères, les conséquences sur leur enfant et l'attachement mère-enfant.

2.3.1. ROLE DU VECU FAMILIAL EN LIEN AVEC LA TOXICODEPENDANCE

Les personnes toxicodépendantes présentent généralement des antécédents familiaux défailants qui pourraient provoquer la recherche d'un refuge dans la consommation de substances afin d'anesthésier un quotidien douloureux. Dès le début de leur consommation, c'est un cercle vicieux qui se met en place entre le rapport de la personne dépendante avec son produit et son entourage (Angel & Angel, 2003).

Dans les familles où il y a présence de toxicodépendance, l'entourage de la personne dépendante pense que les problèmes relationnels sont dus au produit toxique. Ce serait la drogue qu'il faudrait éliminer comme c'est elle qui perturbe la relation intrafamiliale (Angel & Angel, 2003).

C'est à ce moment que généralement l'entourage appelle à l'aide et s'adresse à des professionnels spécialistes en toxicodépendance en imaginant « sauver » leur proche en le plaçant en institution pour qu'il se trouve dans un espace sans drogue et en imaginant pouvoir couper cette partie « malsaine ». Sauf que l'illusion tombe en s'apercevant que c'est ce produit qui organise et maintient la famille. La drogue représente un bénéfice pathologique (Angel & Angel, 2003).

La question de comment guérir de la drogue prend alors tout son sens. Nous n'allons pas dans ce travail évoquer les techniques de sevrage, mais essayer de comprendre quel est le sens donné par les mères là où la drogue sera devenue organisatrice de ce système et comment les accompagner pour qu'elles puissent répondre aux besoins de leur-s enfant-s. Cependant, il est important de savoir que différents professionnels ont des avis divergents sur le sens du sevrage. Certains affirment qu'il est possible de rompre le lien avec le produit, d'autres s'opposent à cette idée en affirmant qu'il n'y a pas de rupture possible, car le lien entre le produit et le toxicomane est résistant. Ils affirment que le produit fait partie à part entière du système familial et avec lequel il faut apprendre à vivre. Les recherches démontrent que certains toxicodépendants croient au sevrage et d'autres non. D'où la complexité de chaque situation, car la personne dépendante peut se trouver avec une idée à un moment précis, et l'enjeu du professionnel est de le rejoindre là où elle se trouve (Angel & Angel, 2003).

Nous comprenons alors la difficulté d'abandonner sa consommation de substance pour la personne toxicodépendante. En effet, elle pourrait continuer à vivre avec, bien que son entourage ne l'entende pas de cette manière. Parfois, le projet de mettre au monde un enfant peut apparaître source de motivation afin d'arrêter sa consommation (Esquivel, 1994 ; Morissette & Venne, 2009 ; Angel & Angel, 2003).

Comme vu précédemment avec les auteurs Roskam, Galdiolo, Meunier et Stiévenart (2015) dans le chapitre « Parentalité », autant les hommes que les femmes ont une représentation individuelle de ce qu'est le fait de devenir parent. Cette perception est intimement liée au vécu d'une personne dans sa famille. Devenir parents ravive donc les souvenirs, qu'ils soient bons ou mauvais, qu'une personne a de son enfance et de la manière dont elle l'a vécue :

« On sait aussi que l'identité de mère ou de père se construit à partir des images parentales qui leur restent. Pour ces raisons, il convient de voir comment ils sont disposés à s'engager auprès de l'enfant et comment ils le feront en fonction de leur histoire personnelle et du rapport qu'ils ont entretenu avec leurs parents.

Ces informations donnent des indications sur leur préparation à jouer leur rôle de parent et permettent de comprendre le doute de certains quant à leur capacité d'être bon parent. » (Morissette & Venne, 2009, p. 30)

Le processus de maternité est facilité par le fait de vivre physiquement la grossesse et l'accouchement. A contrario, le processus de paternité est plus difficile et incertain, car les pères ont une fonction symbolique durant la grossesse et ils doivent se montrer présents, apporter un soutien à la future mère et démontrer une stabilité sociale. De plus, l'entourage de la future mère joue un rôle important durant la grossesse. En effet, les personnes proches peuvent s'avérer être des ressources importantes (Esquivel, 1994).

Dans le cas des femmes toxicomanes, elles ont généralement des repères familiaux qui restent très négatifs : « [...] des mères consommatrices d'alcool ou de drogues ont vécu plusieurs situations d'adversité dans leur enfance, comme avoir un parent consommateur excessif ou qui maltraiterait ses enfants ou en abusait. » (Morissette & Venne, 2009, p. 31). Ceci implique donc que l'identité qu'elles vont devoir se créer en tant que mères pourrait être perturbée par les mauvais souvenirs qu'elles gardent de leurs expériences. De plus, ces aspects touchent également au processus de parentalité qui débute à partir de la grossesse.

Les futures mères toxicodépendantes rencontrent également une autre difficulté dans leur rôle de parent qui est celle de la comparaison avec leur mère concernant l'éducation qu'elles donnent à leur-s enfant-s. Le risque est qu'elles se voient jugées par leur propre mère sur leurs compétences parentales (Morissette & Venne, 2009).

2.3.2. CARACTERISTIQUES LIEES A LA MATERNITE POUR UNE FEMME TOXICODEPENDANTE

La grossesse chez une femme toxicodépendante ne diffère pas de celle des autres mères comme l'expliquent Pauline Morissette (2010), professeure titulaire à l'École de service social de l'Université de Montréal et Marielle Venne (2010), travailleuse sociale au Centre des naissances du Centre hospitalier de l'Université de Montréal dans leur ouvrage « Parentalité, alcool et drogue : un défi multidisciplinaire » :

« L'annonce de la grossesse les met devant une même réalité et les mêmes sentiments que les autres mères : bien-être, joie, ambivalence et doute quant à leurs capacités d'assumer le bien-être de l'enfant à naître et de subvenir à ses besoins après la naissance. » (Morissette & Venne, 2010, p. 52)

Néanmoins, des recherches démontrent que les mères toxicodépendantes sont plus anxieuses et apeurées quant à la santé de leur bébé et ceci leur laisse un sentiment de culpabilité dû à leur consommation de substances (Morissette & Venne, 2009). Le fait qu'une femme toxicodépendante soit enceinte, peut l'amener à réévaluer sa relation avec le produit

consommé et à diminuer les doses voire, dans certains cas, à arrêter durant la période de grossesse. L'arrivée de l'enfant peut également provoquer une chute de consommation pour la mère, car elle se rend compte que s'occuper de son enfant n'est pas simple et pourrait ne pas se sentir suffisamment à la hauteur. Térésa Esquivel (1994) cite Sainte Fare Gargnot dans son travail « Les enfants de parents toxicomanes » :

« [...] l'enfant apparaît comme l'aboutissement d'un mouvement de maturation psychique de bon augure. Plutôt qu'un simple succédané de la drogue, il apparaît comme une possibilité de dépassement de l'enlèvement fatal où mène la drogue grâce à l'affirmation du Désir. » (Esquivel, 1994, p. 382)

Elle continue en affirmant :

« Mais si l'enfant à naître est porteur d'espoir, il est aussi source d'exigences et l'ambivalence maternelle se manifestera à travers une succession de périodes de sevrage et d'intoxication. [...] la reprise de la consommation est fréquente après la naissance de l'enfant. [...] Les données de la littérature indiquent également que la désillusion qui suit l'accouchement - ravivant l'angoisse d'abandon et ceci d'autant plus que le père fait souvent défaut - peut précipiter le recours aux drogues. » (Esquivel, 1994, p. 382)

Du côté du père, Morissette et Venne (2009) rappellent l'étude de McMahon, Winkel, Suchman et Rounsaville (2007) :

«[...] beaucoup de pères consommateurs n'ont pas eu de modèles parentaux positifs et que les expériences ainsi vécues influencent la manière dont ils joueront leur rôle de père. » (Morissette & Venne, 2009, p. 31)

De ce fait, dans une majorité des cas, les pères restent absents de la relation avec la mère et l'enfant. Notons que s'ils sont présents, ils ne vivront pas la parentalité de la même manière que la mère. Il est important de prendre en compte qu'il y a des différences évidentes entre les hommes et les femmes à l'arrivée d'un enfant comme nous l'avons développé dans le chapitre « Parentalité ».

2.3.3. LES DIFFICULTES QUE RENCONTRENT LES MERES TOXICODÉPENDANTES

À travers le rapport « La parentalité en situation de toxicodépendance dans le canton de Vaud : mieux la comprendre, mieux l'accompagner », les auteurs Annamaria Colombo (2016), professeure à la Haute école de Travail social à Fribourg et Patricia Fontannaz (2016), travailleuse sociale hors murs travaillant à la Fondation « Le Relais » mettent en parallèle la vision que la société a de l'exercice de la parentalité et la vision qu'ont les mères

toxicodépendantes de l'exercice de la parentalité. Il en ressort que la société valorise la pratique de la parentalité, soit l'éducation et les ressources financières ; alors que les mères toxicodépendantes valorisent l'expérience de la parentalité, soit la subjectivité et l'affectivité dans la relation avec leurs enfants. Dans cette recherche, les mères parlent d'amour inconditionnel, de l'accompagnement dans la construction identitaire de leur-s enfant-s, du cheminement vers l'autonomie. Nous pouvons donc nous poser la question de ce que veut réellement dire la dimension d'être parent.

La société réduit généralement la mère à son problème, en oubliant parfois la personne qu'il y a derrière, ses compétences, ses difficultés, ses fragilités et ses souffrances. Derrière la consommation des substances psychotropes se trouve un être humain, une femme, une mère, qui s'appuie sur sa béquille pour surmonter les moments plus difficiles. À travers le rapport « La parentalité en situation de toxicodépendance dans le canton de Vaud : mieux la comprendre, mieux l'accompagner », d'Annamaria Colombo et Patricia Fontannaz (2016) mettent en avant les propos suivants :

« 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. » (Colombo et Fontannaz, 2016, p. 24)

Chaque mère est experte de sa vie, de son expérience de parentalité, de sa relation au produit, de ses difficultés et de ses ressources. Personne ne peut mieux comprendre qu'elle-même ce qu'elle vit, ce qu'elle ressent et ce qu'elle perçoit. De plus, elle est également experte dans la relation qu'elle entretient avec les différents professionnels de la santé et du social. Ceux-ci ont des exigences relativement élevées par rapport à elles. Selon certains professionnels, une mère toxicomane évoque généralement un doute quant à ses capacités parentales. Ceci les entraîne à vivre un paradoxe relativement important entre le fait de demander de l'aide aux professionnels sans trop révéler leurs faiblesses pour ne pas éveiller leur doute et démontrer quotidiennement qu'elles ont les capacités d'assumer leur rôle parental (Colombo et Fontannaz, 2016).

Ensuite, une grande difficulté que rencontrent les mères souffrant d'addiction est l'incohérence du réseau professionnel. En effet, celles-ci se retrouvent entourées de différents professionnels tels que des gynécologues, des infirmières, des médecins, des psychologues, des travailleurs sociaux, des spécialistes de la toxicodépendance dont chacun a des objectifs spécifiques ainsi que des intérêts peut être différent. Dans l'article d'Annamaria Colombo et Patricia Fontannaz (2016), nous découvrons que les mères se sentent perpétuellement observées, qu'elles n'ont pas le droit à l'erreur, qu'elles doivent

toujours donner le meilleur sans démontrer aucune faiblesse, et pourtant les professionnels eux, sont parfois incohérents entre eux.

Finalement, un obstacle important réside dans le fait que les mères toxicodépendantes se sentent jugées pour leur comportement. Elles craignent donc constamment le regard des personnes qui les entourent. Les professionnels ont un rôle important afin d'apporter un regard positif inconditionnel, pour développer le pouvoir d'agir des mères toxicodépendantes et être porteurs d'optimisme. Il est donc primordial de créer un lien de confiance avec la mère et de maintenir autant que possible les contacts entre l'enfant et la mère afin d'entretenir et consolider leur relation. La gestion des risques est un perpétuel enjeu pour les professionnels, à savoir « Qu'est-ce qui est acceptable avant d'en arriver à devoir effectuer un signalement en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse ? » (Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec, 1999).

2.3.4. CONSEQUENCES DE LA CONSOMMATION DE LA MÈRE TOXICODÉPENDANTE SUR LES ENFANTS

Les enfants de mères toxicodépendantes se trouvent continuellement dans des situations de vulnérabilité face aux risques de négligence. En effet, les professionnels doivent apporter un regard vigilant envers leur sécurité et à leur développement afin de s'assurer que l'enfant ne soit pas mis en danger. Dans l'article « Avis sur les mères toxicomanes » du Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec (1999), les auteurs mettent en avant le risque élevé pour les enfants de mères toxicomanes de développer à leur tour des problèmes de dépendances. Comme la transmission intergénérationnelle a été avérée, les professionnels du social peuvent diriger leur intervention afin de prévenir l'apparition de problèmes sociaux ou psychologiques de l'enfant.

2.3.5. L'ATTACHEMENT PARENT-ENFANT

La survie d'un bébé dépend de la personne qui lui prodigue les soins dont il a besoin. Il va s'attacher à la figure qui s'occupera de lui en toutes circonstances et lui enverra des signaux afin de rechercher une proximité physique (Lemay, 2010). La première théorie de Bowlby a mis en évidence le fait qu'un bébé développe cinq réponses instinctives envers sa figure d'attachement. Ces réponses se traduisent par des actions comportementales telles que: sucer, attraper, suivre, pleurer et sourire qui lui permettent, ainsi, de garder une proximité avec la figure d'attachement en l'attirant vers lui. Au fur et à mesure que le bébé grandit, d'autres comportements se développent dans le même but ; se rapprocher des figures qui sont en mesure de le protéger afin de se sentir en sécurité. Ces processus sont innés chez le nouveau-né. Ces comportements s'adaptent en fonction des besoins et de ce que perçoit l'enfant. Ils placent alors l'adulte dans un rôle de « donneur de soins ». Lorsque nous parlons de soins nous entendons la proximité physique que l'adulte a avec l'enfant, mais également

la dimension émotionnelle (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, Carlson, 2007 ; Bowlby, 1969).

Afin que le nourrisson parvienne à maintenir une proximité qui le sécurise, il faut que la figure d'attachement s'investisse dans cette relation et réponde aux différents besoins du bébé tel que nous l'explique Michel Lemay (2010) dans son ouvrage « L'accueil familial », professeur émérite de psychiatrie à l'Université de Montréal :

« Pour y parvenir, il lui faut rencontrer des figures d'attachement désireuses elles-mêmes d'entrer en relation avec leur tout-petit. Ces figures ne pourront être structurantes et mobilisatrices que si elles fournissent de manière adaptée des ingrédients regroupés sous les termes de sensorialité, sensibilité, justesse de la voix, réassurance, présence stable, qualité des soins de base, en répondant de façon synchrone aux attentes du petit enfant. » (Lemay, 2010, p. 37)

Au cours de son développement, l'enfant passe par différentes étapes. Il reste cependant très lié à sa figure d'attachement dans tout ce qu'il fait, celle-ci lui apportant un sentiment de sécurité et de protection. L'enfant va donc prendre confiance avec son environnement et avec lui-même. Il commencera à sentir des phases émotionnelles plus ou moins intenses qu'il apprendra à réguler grâce aux figures d'attachements.

« Dans des circonstances de soins adéquats et sensibles, l'enfant, quand il est effrayé ou en souffrance, a recours à la figure d'attachement, étant donné que celle-ci, reconnaissant l'expression de ses besoins, lui offre du réconfort jusqu'à ce qu'il se tranquillise à nouveau. Au travers des interactions de ce type et à travers le partage d'émotions positives, l'enfant développe la confiance relative à la disponibilité de la figure d'attachement et à l'efficacité de ses propres initiatives. C'est ce mécanisme qui caractérise une relation d'attachement « sécurisée ». Les relations avec un moindre degré de confiance (attachement anxieux ou insécure) sont associées à des soins marqués par l'indisponibilité, l'inconsistance de la proximité physique ou émotionnelle de la figure d'attachement ou par le rejet répété des signaux et comportements de l'enfant, en particulier dans les situations de stress. » (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, Carlson, 2007, p. 156-157)

Dans cet extrait nous pouvons faire le lien avec les mères toxicodépendantes. Nous savons que l'arrivée du bébé peut être source d'anxiété et d'angoisse pour ces mères, car, dans la plupart des cas, elles se retrouvent seules et elles réalisent qu'un enfant demande du temps et du travail. De plus, elles se retrouvent dans la même situation qu'auparavant, mais avec un enfant à charge ce qui peut engendrer une rechute. En outre, si la mère consomme de grandes quantités, elle sera temporairement incapable de donner l'attention et les soins

nécessaires à son bébé. Ceci devient alors problématique puisque l'attachement de l'enfant peut être lésé.

« [...] S'il y a eu de la part de la famille originaire des faits graves de négligence, il s'est produit une insuffisance de partenariat. S'il y a eu de la maltraitance, l'enfant a connu la violence de celui-ci. Si durant ses premières années, il a vécu ce qu'on peut appeler des aléas de l'attachement (hyperprotection puis abandon, absence de limites, grande insécurité, etc.), il y a eu des phases d'apports relationnels déviants. Dans tous les cas, l'attachement a bien existé avec des figures significatives, mais les conduites qui l'ont sous-tendu ont structuré de façon singulière la personnalité de l'enfant tout en mettant en danger son développement et son épanouissement. » (Lemay, 2010, p. 39)

En d'autres termes, l'enfant peut manifester de l'insécurité et de l'anxiété. Ceci peut engendrer des problèmes de développement chez celui-ci. Il n'explorera pas le monde de la même manière qu'un autre enfant. Ces étapes du développement sont très importantes. En ce sens, si un enfant n'y a pas accès, il risque de rencontrer des retards de développement.

2.4. ACCOMPAGNEMENT DU PROFESSIONNEL

Après avoir développé les dimensions de parentalité et toxicomanie, nous allons maintenant nous intéresser à l'accompagnement des professionnels.

John Dewey (1939), philosophe américain, cite : « L'exigence de liberté est une exigence de pouvoir »¹⁴. Les personnes toxicodépendantes se retrouvent face à ce paradoxe entre liberté et dépendance, dans une ambivalence entre vouloir et pouvoir. Ces personnes connaissent les théories de sevrage, d'abstinence, mais ce lien établi avec le produit les emprisonne et prend le dessus sur leur vie.

Les mères toxicodépendantes se retrouvent dans une situation complexe où elles doivent répondre à leurs besoins personnels et aux besoins de leur-s enfant-s. Intervenir auprès de ces femmes, c'est trouver le bon équilibre entre accompagner la mère dans ses difficultés tout en protégeant son enfant afin d'éviter une séparation.

Nous allons nous intéresser dans ce chapitre, à la définition de l'éducateur social et de l'assistant social, comprendre comment ils accompagnent la parentalité chez des mères toxicodépendantes afin de renforcer le lien mère-enfant. Quels sont les enjeux de cet accompagnement ? Comment les aider à sortir de cette dépendance ? Comment pouvoir quand on ne veut pas ? Comment vouloir quand on ne peut pas ?

¹⁴ Le figaro.fr : <http://evene.lefigaro.fr/citations/mot.php?mot=liberté&p=6>

2.4.1. DEFINITION DU TRAVAILLEUR SOCIAL

Afin de comprendre comment le travailleur social accompagne les mères toxicodépendantes, il nous a paru important d'étayer une définition que nous avons uniquement travaillée personnellement et professionnellement au travers des expériences faites dans le champ de l'éducation sociale et dans le service social.

2.4.1.1. L'éducateur social

Selon notre représentation, l'éducateur accompagne un ou des bénéficiaires en collaboration avec la famille dans une situation de vie spécifique et dans un contexte environnemental précis pour une durée aléatoire. Son but étant de partir de là où se trouve la personne, de lui permettre de trouver des ressources et des moyens afin de s'inscrire dans un projet adapté, de tendre vers une plus grande autonomie lui permettant de se sentir valorisé et reconnu dans la société. De par son approche éthique, le professionnel est amené à prendre en compte les différentes dimensions qui entourent le bénéficiaire ainsi que les enjeux de la société.

L'éducateur social trouve un équilibre entre empathie, décentrage, coopération, guidance et soutien afin de respecter le rythme de la personne concernée et collaborer avec elle dans le ici et maintenant. Les caractéristiques importantes de l'éducateur social sont de se centrer sur la personne avec l'intention de renforcer son autodétermination, apporter un regard positif inconditionnel, valoriser ses compétences, développer son pouvoir d'agir, transmettre de l'espoir, et finalement rester humble et congruent. De par le réseau professionnel qui entoure la personne, l'éducateur social porte une vision globale sur ses problématiques, une posture réflexive et une analyse professionnelle des enjeux des bénéficiaires.

2.4.1.2. L'assistant social

Selon notre représentation, l'assistant social se situe également dans une perspective d'accompagnement pratiquée de manière différente que l'éducateur social. En effet, l'assistant social soutient les clients dans des démarches de nature administrative et peut être amené, en fonction du domaine dans lequel il exerce son métier, à mettre en place des prestations dans une optique de soutien.

En outre, de par son orientation, l'assistant social doit collaborer avec différentes instances ou avec d'autres professionnels dans l'accompagnement d'une personne. Ceci démontre qu'il doit se montrer collaborant et être en mesure de comprendre des positionnements différents du sien. Ainsi, il doit travailler non seulement avec son client, mais également avec l'entourage de cette personne.

Le professionnel doit veiller à ce que la personne dont il s'occupe puisse avoir une part d'autonomie : « il faut faire avec et non pour ». L'empowerment est un concept intéressant,

néanmoins, il n'est pas toujours évident à appliquer. L'application de l'empowerment est très subtile. Il s'agit de donner à la personne le pouvoir et la parole afin qu'elle puisse dire ce qui ne va pas et qu'elle puisse trouver des solutions afin d'y remédier. En ce sens, l'assistant social se trouve dans une position de passeur envers son client. Il l'accompagne et le soutient dans ses démarches sans l'influencer à prendre un autre chemin qui lui paraîtrait plus simple. L'art de ce professionnel est de pouvoir accompagner un client dans ses démarches et lui faciliter certains accès qu'il n'a pas en raison d'une méconnaissance ou d'un manque d'information.

La bienveillance, la pose d'un cadre, l'empathie, l'organisation, la transparence sont des aspects plus que nécessaires dans la pratique de ce métier.

2.4.2. DEFINITION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Alcoologue et psychiatre français, Henri Gomez (2011) définit l'accompagnement dans son guide pratique pour accompagner la personne alcoolique: « Être à côté de celui qui décide à remettre en cause sa trajectoire, rester disponible » (2011, p. 172). L'accompagnement est la raison d'être du processus après la première rencontre avec la personne concernée qui décide de sa méthode d'action de changement. Ce processus évolue dans le temps et dans ses fonctions.

Le terme « accompagnement » est en étroite corrélation avec « esprit d'équipe ». Autour d'une seule personne toxicodépendante, nous pouvons observer un grand nombre d'intervenants qui collaborent et qui évoluent vers un même objectif, le mieux-être du client. À partir de ce point, nous comprenons toute la complexité de l'accompagnement, avec autant de professionnels que d'objectifs distincts (Monjauze, 2008).

Selon Michèle Monjauze (2008), psychologue clinicienne spécialiste de la pathologie alcoolique, nous devons laisser le temps à la personne dépendante d'avoir suffisamment confiance en elle, de se sentir moins angoissée et d'éprouver moins de honte face à la situation problématique. Le fait d'assumer d'avoir un problème de toxicodépendance, est un premier pas. À partir de ce moment, nous n'allons pas traiter le toxicodépendant, mais « l'aider à moins souffrir psychologiquement afin qu'il puisse devenir un sujet responsable de lui-même. » (Monjauze, 2008, p. 12)

2.4.3. AXES D'INTERVENTIONS

Térésa Esquivel cite Panunzi-Roger (1993) dans sa thèse « Les enfants de parents toxicomanes » en expliquant l'expérience toxicomaniaque comme étant une rencontre entre des incertitudes individuelles et sociales. Afin d'accompagner au plus près les besoins des mères toxicodépendantes, l'auteure souligne l'importance de bien évaluer chaque situation

afin de déterminer l'approche à privilégier. Ces approches peuvent s'insérer dans les prestations socio-éducatives présentées dans le point « 3.2.7. Soutien à la parentalité ».

2.4.3.1. Approche systémique

Angel S. et Angel P. (2003) mettent en évidence différents outils méthodologiques et par une approche systémique, la dimension familiale de la toxicomanie. Ces auteurs énoncent que « l'addiction toxicomaniaque peut être vue comme un symptôme de dysfonctionnement relationnel intrafamilial. » (Angel & Angel, 2003, p. 33).

En ce sens, ils démontrent la difficulté de soigner une addiction à des produits toxiques de par une simple approche individuelle. Pour eux, il est primordial d'effectuer une thérapie systémique qui démontre deux types d'explications. La première étant que « les facteurs comportementaux et psychiques d'une toxicomanie sont complexes et ont des racines profondes dans l'histoire familiale ». La deuxième étant « les répercussions psychologiques d'une toxicomanie sont également profondes et polymorphes, pour le toxicomane bien entendu, mais aussi pour sa famille. » (Angel & Angel, 2003, p. 33).

Les relations entre la personne dépendante, les membres de sa famille et le produit sont intimement liées. Ceci amène à dire que la drogue a pour effet de manifester un dysfonctionnement des relations au sein de la famille. C'est un fait nodal dans le sens où le produit toxique prend une place importante non seulement pour la personne concernée, mais il viendra organiser tout le système familial. Ainsi, chaque membre de la famille sera concerné par cette dépendance. À partir d'une toxicomanie individuelle en ressort un modèle relationnel entre tous les membres d'une famille (Angel & Angel, 2003).

Comme dit précédemment, nous avons vu que dans la majorité des cas, elles se retrouvent seules. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il n'y a pas de famille. Lorsque Angel S. et Angel P. (2003) parlent de thérapie systémique, nous pouvons prendre en compte un conjoint qui ne serait pas forcément le père de l'enfant, les parents de la mère toxicodépendante ou les frères et sœurs. Nous comprenons finalement l'importance de ne pas isoler la situation problématique uniquement autour de la mère.

2.4.3.2. Approche centrée sur la personne

COMPETENCES DU PROFESSIONNEL

Afin de définir la notion de relation d'aide, nous allons nous appuyer sur la méthode du psychologue humaniste américain Carl Rogers (1962), « l'approche centrée sur la personne » décrite dans la revue ACP Pratique et recherche :

« L'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable,

fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ses ressources. »¹⁵

Carl Rogers (1962) souligne l'importance de « porter l'attention sur la personne et non sur le problème »¹⁶. Le but n'est pas de résoudre ce problème précis, mais « d'aider au développement de la personne, de telle sorte qu'elle puisse affronter ce problème et d'autres problèmes ensuite, avec une personnalité parvenue à une plus parfaite intégration »¹⁷. (Carl Rogers, 1962). En ce sens, nous comprenons l'importance de ne pas se centrer uniquement sur une consommation de drogues, mais de prendre en compte l'entier de la personne avec son histoire de vie, son entourage et son contexte environnemental.

Carl Rogers (1962), cité par Sylvie Martin pour ACP Pratique et recherche¹⁸, décrit trois conditions qui permettent une évolution favorable de l'individu qui sont la congruence, le regard positif inconditionnel et l'empathie. Cette méthode permet de faire « effet miroir » entre le professionnel et le sujet. Lorsque la personne est écoutée et acceptée telle qu'elle est, avec ses forces et ses faiblesses, il est probable qu'elle soit bienveillante envers elle-même et s'accordera plus de temps à écouter son propre soi. À ce moment, la personne deviendra à son tour authentique entre ce qu'elle ressent, ce qu'elle dit et vers quel changement personnel elle souhaite tendre. Elle deviendra donc actrice de son évolution.

En parallèle, Henri Gomez (2011) affirme que la construction d'une relation professionnelle est au cœur de la pratique de l'accompagnement des personnes dépendantes afin qu'elles se sentent en confiance et en sérénité pour se transformer intérieurement. Nous pensons pouvoir transporter sa méthode avec les personnes toxicodépendantes qui vivent un parcours similaire à celui des alcooliques. Henri Gomez (2011) souligne l'importance de comprendre l'histoire personnelle, les difficultés, les douleurs, les forces et les ressources afin d'orienter son accompagnement pour diminuer honte et culpabilité de la personne dépendante. Il exprime l'importance de l'empathie dans la relation thérapeutique, tout comme Carl Rogers (1962), afin que la personne persévère dans son cheminement personnel. Henri Gomez (2011) formule l'importance de communiquer et d'encourager à exprimer ce que la personne ressent durant le processus :

« [...] le soignant doit inciter le sujet à supporter ses peurs autrement que par l'addiction et les chimères. Il doit inciter son patient à avoir le courage de l'intelligence, à lier l'esprit critique à la créativité. Dans les moments difficiles, le soignant doit manifester sa disponibilité, comme la bouteille, avec la parole en plus, sans se laisser absorber. » (Gomez, 2011, p. 8)

¹⁵ ACP Pratique et recherche. Revue francophone internationale de l'Approche Centrée sur la Personne : <http://acp-pr.org/caracteristiques.html>

¹⁶ idem

¹⁷ idem

¹⁸ idem

L'impact psychologique et physique d'une personne toxicodépendante qui décide de cesser sa consommation est relativement fort. Comme le souligne Henri Gomez (2011) :

« La douleur peut adopter le langage du corps et développer des maladies psycho-fonctionnelles ou psychosomatiques. [...] Les troubles de l'humeur – grande anxiété, dépression, troubles bipolaires représentent un terreau favorable au développement des conduites addictives. [...] Les personnalités addictées sont de moins en moins solidement structurées. Leurs ressources mentales sont de plus en plus éparpillées. » (Gomez, 2011, p. 7)

CONSULTATION – ENTRETIEN

Comme le décrit le psychiatre français Henri Gomez, une personne dépendante, dans les premiers entretiens, représente un client difficile dans le sens qu'il est « trop près, envahissant, trop loin, absent, aussi exigeant qu'inconstant. [...] il est tentant de préférer parler de lui que parler avec lui. » (Gomez, 2011, p. 8). L'écoute et la parole deviennent alors des éléments clés afin de créer une relation de confiance.

Lors des différents entretiens, la personne toxicodépendante doit sentir que le professionnel est prêt à accueillir tout ce qui lui est douloureux, pour qu'elle puisse déposer tous ses problèmes dans un espace de confiance. Durant ces rencontres, différents outils sont bénéfiques pour permettre au sujet de développer ses idées (Gomez, 2011).

Tout d'abord, les questions ouvertes aident la personne à s'exprimer, à mieux faire comprendre ce qu'il vit intérieurement, à extérioriser les sentiments qui l'habitent. De plus, elles permettent de relancer la réflexion de la personne afin qu'elle puisse s'exprimer de manière libre (Monjauze, 2008). Ensuite, l'écoute et la reformulation sont un soutien efficace. Dans la revue *Approche Centrée sur la Personne* (2017), la théorie de Rogers explique le renforcement positif qui permet de souligner les propos du patient afin de renforcer ses capacités, ses ressources et son estime de soi. Le ressenti du patient est privilégié aux faits. En tant que professionnel, il est important de reconnaître la souffrance du sujet en utilisant par exemple la reformulation qui permet de comprendre sa douleur (Monjauze, 2008).

Lors d'une rencontre, il est primordial que le professionnel pose un cadre, les qualités d'écoute et d'attention n'étant pas illimitées. Le cadre doit contenir des informations claires pour le bénéficiaire afin qu'il comprenne les enjeux de cette rencontre. Le but de celui-ci est d'offrir une sécurité au client, de lui laisser une marge de manœuvre et de co-construire une relation de confiance (Monjauze, 2008 ; Lebbe-Berrier, 1992).

2.4.3.3. Axe d'intervention centré sur la mère toxicodépendantes

Le parcours des femmes toxicodépendantes suppose qu'elles sont confrontées à des difficultés majeures et ont des besoins spécifiques. Dans l'article « Avis sur les mères

toxicomanes » du Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec, les auteurs Bel, Bellerose, Blaquièrre et co. (1999) attestent que la majorité des femmes toxicodépendantes ont rencontré un passé douloureux. Différentes études américaines démontrent la fréquence de situations d'abus sexuels ou de maltraitements que les mères toxicomanes auraient généralement vécues dans leur passé. En effet, ces événements marquants peuvent expliquer les difficultés pour ces femmes de trouver leur identité et qui se traduisent par des problèmes de santé psychique ou physique (Esquivel, 1993).

Les auteurs québécois Bel, Bellerose, Blaquièrre et co. (1999) soulignent également une présence de problématiques plus élevées chez la clientèle toxicomane féminine. Tout d'abord, les femmes seraient plus sujettes à rencontrer des difficultés de santé mentale telle que la détresse psychologique, la dépression ou les tentatives de suicide. Les besoins spécifiques des mères toxicodépendantes sont généralement liés aux difficultés psychosociales qui accompagnent la dépendance (Simmat-Durant et al. 2012). Le fondement de toute problématique de dépendance est le sentiment de vide existentiel. En ce sens, les conduites addictives peuvent se lire comme étant une solution aux angoisses provoquées par ce néant ressenti face au vide existentiel étant donné que la finalité de ces conduites est de se sentir vivant (Beytrison & Roessli, 2001).

Le bien-être de l'enfant est entendu comme étant l'affaire des parents, ce qui responsabilise davantage la mère, dans notre recherche. Lorsque cette responsabilité devient trop importante pour la mère, il se peut qu'elle culpabilise à ne pas y arriver ce qui provoque parfois une réticence à aller demander de l'aide envers les professionnels. Ce principe explique la raison de l'isolement social de ces femmes toxicodépendantes (Beytrison & Roessli, 2001).

De plus, l'état de santé physique des femmes toxicomanes est souvent moins bon que celui des hommes. Finalement, les auteurs soulignent une difficulté supplémentaire, qui serait d'ordre économique qui est souvent comblé par la délinquance afin d'avoir un revenu tel que la prostitution, vente de drogues, vols, pornographie, etc. (Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec, 1999).

2.4.3.4. Axe d'intervention centré sur les besoins de l'enfant

Dès la naissance de l'enfant, une notion importante est celle de privilégier le lien mère-enfant afin d'éviter de les séparer (Hautefeuille, 2010). Dans certaines situations, il arrive que le développement de l'enfant soit en danger suite à l'usage de substances illicites de la mère, ce qui peut entraîner différentes sanctions sociales (Simmat-Durand, 2007). Le Code civil a prévu des mesures avec une intensité croissante qui doivent :

- « Écarter tout danger pour le bien de l'enfant, sans égard à la cause du danger (le fait que les pères et mères soient ou non en faute n'a aucune importance) ;

- Intervenir seulement si les parents ne remédient pas d'eux-mêmes à la situation et refusent l'assistance que leur offrent les services d'aide à la jeunesse (principe de subsidiarité) ;
- Compléter, non évincer, les possibilités offertes par les parents eux-mêmes (principe de complémentarité) ;
- Correspondre au danger, en restreignant l'autorité parentale aussi peu que possible, mais autant que nécessaire (principe de proportionnalité). » (ARTIAS, 2014)

L'intérêt de l'enfant guide toute action de l'accompagnement des professionnels de la protection de l'enfant afin qu'il puisse se développer dans un environnement favorable. En ce sens, l'axe d'intervention veille à répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant, qu'ils soient physiques, intellectuels, sociaux, affectifs ou culturels (ARTIAS, 2014).

2.4.3.5. Axe d'intervention centré sur l'accompagnement familial

Jean-Pierre Couteron explique dans son article « Familles et dépendances » (2007), que chez les familles où il y a présence d'un parent toxicodépendant, la question de l'autorité éducative est essentielle dans l'accompagnement. Il rappelle comment Françoise Héritier (1981), anthropologue française, explique l'autorité :

« [...] l'autorité repose tout à la fois sur le principe d'antériorité et le désir. L'antériorité représente la source naturelle de l'autorité. Elle fait incarner par l'ancêtre, celui qui a fait avant, la capacité de transmission de ses compétences et la viabilité de la culture. » (Couteron tiré de Héritier, 2007)

La plupart des personnes dépendantes se trouvent confrontées à des problèmes conjugaux et/ou familiaux, ce qui pourrait en plus les encourager dans la poursuite de leur consommation. Isabelle Tamian (2015), docteure en psychologie clinique et conseillère conjugale et familiale, décrit bien le processus d'accompagnement conjugal ou familial :

« Accompagner un couple, une famille, ce n'est pas uniquement tenter une médiation qui se contenterait d'offrir une paroi de résonance aux conflits, mais c'est offrir un appui par l'écoute de la parole de sujets en souffrance dans la quête de l'origine de leur lien. Ce travail d'accueil et d'accompagnement initial de la famille produira ses effets et notamment celui, de ramener la notion d'altérité et permettre un travail de subjectivation de chacun à travers le processus de différenciation entre les conjoints et les générations. » (Tamian, 2015, p. 10)

L'auteure démontre l'importance de « penser l'articulation entre les souffrances psychiques individuelles et la souffrance familiale, ainsi que de considérer le sujet porteur du symptôme également comme le haut-parleur de la souffrance familiale. » (Tamian, 2015, p. 12)

Un élément essentiel est de s'ancrer dans le « ici et maintenant », leur accorder une présence, une écoute, un regard positif en valorisant ces personnes toxicodépendantes et leur famille. C'est les rejoindre là où elles se trouvent, comprendre leurs besoins et leurs envies, leurs difficultés et leurs faiblesses, co-construire un projet avec elles afin de les accompagner dans leur évolution. Il s'agit alors de favoriser le contact, la communication entre le toxicomane et sa famille, les inclure dans leur projet afin qu'ils en deviennent auteurs et acteurs (Monjauze, 2008).

3. METHODOLOGIE

Dans ce chapitre nous allons reprendre notre question de départ afin de bien comprendre la manière dont nous avons construit la méthodologie autour de notre thème :

Comment les travailleurs sociaux permettent aux mères souffrant d'addiction de développer leurs compétences parentales afin qu'elles puissent répondre aux besoins de leur·s enfant·s?

Nos différentes lectures en rapport avec notre question de recherche nous ont donc amenées à poser les hypothèses suivantes :

1. Les éducateurs sociaux et les assistants sociaux sont limités dans l'accompagnement des mères souffrant d'addiction en raison du cadre institutionnel qui leur ait imposé.
2. Les mères souffrant d'addiction se retrouvent confrontées au paradoxe qui est celui de demander de l'aide des professionnels, sans démontrer trop de faiblesses pour éviter de subir certaines mesures.
3. Le travail des professionnels autour des besoins des mères toxicodépendantes en terme de parentalité, leur permet de développer leurs compétences parentales.
4. La consommation des substances psychotropes des mères souffrant d'addiction ne leur permet pas d'exercer leur rôle parental de manière efficiente.

3.1. LE TERRAIN DE RECHERCHE

Afin d'approfondir la réflexion sur les différents enjeux de l'accompagnement du travailleur social auprès des mères souffrant d'addiction, nous avons décidé de nous focaliser sur deux orientations pour notre terrain de recherche soit, l'éducation sociale et le service social. Cette démarche consiste à comprendre la réalité du terrain vécue par les professionnels envers lesquels nous nous sommes dirigées ainsi que leurs interventions.

En ce sens, nous recherchons à identifier les différents aspects de l'accompagnement des travailleurs sociaux envers les mères toxicodépendantes à savoir : le travail sur la parentalité, comprendre comment les professionnels perçoivent la réalité des mères souffrant d'addiction et devant répondre aux besoins de leurs enfants et saisir les méthodes d'accompagnement proposées par les travailleurs sociaux.

Les terrains de recherche ont été définis de manière à toucher les professionnels experts dans le domaine de la parentalité, de la protection de l'enfant ainsi que de l'addiction. Nous sommes conscientes que nos trois domaines de recherche présentent des accompagnements qui sont ambulatoires et non résidentiels. De ce fait, notre analyse se concentrera sur l'accompagnement des professionnels qui interviennent uniquement en ambulatoire.

3.2. L'ÉCHANTILLON

Afin de constituer notre échantillon, nous avons décidé de fixer certains critères afin de cibler au mieux les travailleurs sociaux qui pourraient nous amener des éléments pouvant répondre à notre question de recherche. Voici les principaux critères :

- Travailleurs sociaux formés dans le domaine de l'éducation sociale ou du service social ;
- Travailleurs sociaux spécialisés dans le domaine de l'addiction, de la parentalité ou de la protection de l'enfant ;
- Travailleurs sociaux de sexe masculin ou féminin de tout âge ;
- Travailleurs sociaux possédant un nombre d'années d'expérience variables ;
- Travailleurs sociaux intéressés par notre thématique et ouverts à répondre à nos questions.

PERSONNES	LANGUE	SEXE	AGE	ORIENTATION
A1	Français	Homme	30 ans	AS
A2	Français	Femme	34 ans	AS
A3	Français	Femme	42 ans	AS
A4	Français	Femme	35 ans	AS
E1	Français	Homme	62 ans	ES
E2	Français	Homme	45 ans	ES
E3	Français	Homme	55 ans	ES
E4	Français	Homme	35 ans	ES

FIGURE 3 : ÉCHANTILLON DES PROFESSIONNELS

L'échantillon ayant accepté de répondre à nos questions représente un équilibre entre les éducateurs sociaux et les assistants sociaux travaillant pour chacun d'entre eux dans un des trois domaines cités au point 3.1 « Le terrain de recherche ».

Les professionnels vers lesquels nous nous sommes tournés étaient en lien direct avec des mères toxicodépendantes ce qui nous a permis de récolter un bon nombre d'informations provenant directement du terrain. Il était important pour nous que ces travailleurs sociaux interviennent dans une situation où les questions de l'addiction et de la parentalité étaient présentes.

LANGUE

Nous avons décidé de nous concentrer sur un échantillon uniquement francophone en raison des terrains de recherche que nous avons sélectionnés pour nos entretiens.

SEXE

Notre échantillon est composé de trois femmes et cinq hommes. Nous avons constaté quelques petites différences dans les opinions entre les hommes et les femmes concernant la toxicomanie et la parentalité. En effet, les femmes se sont montrées un peu plus sensibles face à cette problématique en raison d'une part du fait d'être mère et donc ayant expérimenté la parentalité et d'autre part nous avons constaté qu'elles réagissaient plus rapidement à certains déclencheurs tels que des situations de mise en danger d'un enfant par exemple. Néanmoins, cet aspect n'a pas fait l'objet d'un approfondissement dans notre analyse.

ÂGE

L'âge des professionnels variait entre 30 et 62 ans ce qui nous a permis de recueillir des informations très variées en fonction de l'expérience des sujets interrogés. Nous ne pouvons cependant pas faire un lien entre le récit des professionnels ayant plus d'expériences à leur actif et les autres en raison de leurs domaines de travail qui sont différents et qui n'ont donc pas les mêmes objectifs.

ORIENTATION

Nous avons obtenu la parité totale concernant l'orientation des sujets interrogés. En effet, nous avons eu quatre éducateurs sociaux ainsi que quatre assistants sociaux. Ceci nous a permis d'avoir un certain équilibre dans l'analyse des propos des travailleurs sociaux.

3.3. TRAITEMENT DES DONNEES

3.3.1. PRISE DE CONTACT AVEC L'ECHANTILLON DEFINI

Dans un premier temps, nous avons décidé d'effectuer les démarches sous forme de lettre afin de contacter les terrains que nous avons sélectionnés. Une fois les lettres rédigées, nous avons pris la décision d'appeler les différents services pour présenter notre thématique. Dans les quatre services sélectionnés, nous avons obtenu des réponses positives pour des services sollicités. Nous avons donc envoyé nos lettres aux directeurs ou directrices de ces différentes institutions (cf. Annexe 7.2. « Lettre pour la direction » et 7.3. « Document d'informations pour les travailleurs sociaux »).

Dans ce courrier, nous y avons inséré une lettre au nom du directeur ou de la directrice avec la description de la problématique de notre travail de Bachelor, la question de recherche ainsi qu'un document en pièce jointe plus détaillé destiné aux travailleurs sociaux de l'institution. Nous y avons mentionné le profil de professionnels que nous recherchons, ainsi que les conditions et généralités en rapport avec l'entretien. De plus, nous avons transmis nos adresses mails et un numéro de portable afin que les collaborateurs intéressés puissent nous contacter personnellement.

Nous avons obtenu huit entretiens répartis de manière plus moins équitable dans les domaines qui nous intéressaient.

3.3.2. CHOIX DE L'OUTIL

Pour notre recherche empirique, nous avons recueilli des données en utilisant l'entretien. Nous avons opté pour cet outil, car c'est un moment qui se partage en direct avec les personnes interviewées, ce que nous apprécions particulièrement.

Nous nous sommes orientées plus précisément vers l'entretien semi-directif. Nous avons donc privilégié la méthode qualitative. Elle permet d'encadrer la problématique traitée et « au lieu de porter son investigation sur un grand nombre de personnes, étudie un nombre limité de cas considérés comme significatifs en fonction d'un objectif précis et restreint» (Poisson, 1991, p.12).

L'élaboration volontaire de questions ouvertes a permis une certaine liberté d'expression aux différents professionnels. De plus, ces questions ont fait émerger des informations précieuses auxquelles nous n'avions pas pensé. Néanmoins, nous avons veillé à ce qu'il y ait toujours un fil rouge durant l'entretien et à réorienter les sujets s'ils s'écartaient quelque peu de notre thématique.

Afin de récolter le plus d'informations possible sur l'intervention des professionnels, nous avons décidé de diviser notre grille d'entretien en cinq thèmes que nous expliquerons au point 3.3.3. « Construction de la grille d'entretien ». Dans ces cinq thèmes, nous avons tout d'abord créé des questions ouvertes, avant de lancer des questions de relance afin d'obtenir des informations plus précises si d'aventure celles-ci n'avaient pas été abordées dans les questions ouvertes. L'enjeu majeur de la préparation de nos entretiens était de ne pas influencer les réponses des professionnels et d'éviter de sous-entendre certaines représentations sociales liées à notre thématique.

Nos questions ont été préparées à l'avance afin de pouvoir débiter l'entretien naturellement et d'avoir un fil conducteur. Nous sommes conscientes que ce type d'entretien comporte certaines limites telles qu'une compréhension erronée d'une question ou encore l'obtention de certaines réponses légèrement modifiées des professionnels par rapport à la réalité du terrain. De plus, nous nous sommes également préparées à l'éventualité qu'un des professionnels refuse de répondre à certaines de nos questions ou qu'il renonce à effectuer l'interview.

3.3.3. CONSTRUCTION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN

La construction de la grille d'entretien a été un réel processus. Nous sommes passées par différentes étapes afin d'arriver à notre grille finale. En effet, l'analyse des différents entretiens doit nous permettre de vérifier nos hypothèses. En ce sens, il était primordial de construire notre grille de manière à recueillir les informations nécessaires au processus d'analyse.

Notre première grille d'entretien était en lien direct avec nos hypothèses. Après concertation avec notre directrice de travail de Bachelor, nous nous sommes rendu compte que nos questions se basaient principalement sur la toxicodépendance, alors que ce concept n'était pas le cœur de notre recherche. Nous avons donc réajusté notre grille. De ce fait, nous avons effectué huit modèles de grilles d'entretien avant d'arriver à celle qui nous convenait le mieux et qui semblait nous permettre de récolter le plus d'informations concernant l'accompagnement des professionnels (cf. Annexe 7.5 « Grille d'entretien »). Dans le but de pouvoir d'une part récolter le plus d'informations importantes, et, d'autre part, de pouvoir vérifier nos hypothèses, nous avons déterminé cinq thèmes sur lesquels nous avons construit nos questions :

1. Portrait du professionnel
2. Les mères souffrant d'addiction
3. Travail sur la parentalité
4. Travail avec la toxicodépendance
5. Cadre institutionnel

Ces thèmes nous ont permis de suivre une ligne logique dans la construction de nos questions.

Une fois notre grille d'entretien composée, nous avons voulu la tester d'une part afin d'expérimenter les informations que nous pouvions tirer de nos questions et d'autre part, pour faire les réajustements nécessaires en cas de besoin.

Dans le cadre d'un cours, nous avons eu l'occasion de prendre contact avec Madame Patricia Fontannaz, co-réalisatrice du travail « La parentalité en situation de toxicodépendance dans le canton de Vaud : mieux la comprendre, mieux l'accompagner » (Mars 2016). Suite à cela, nous avons eu l'opportunité d'avoir un rendez-vous avec elle. En tant qu'experte du sujet, elle nous a amenées à avoir un regard différent sur certaines questions de notre grille par rapport à la réalité du terrain. De plus, elle nous a permis de rectifier certaines questions afin d'obtenir des informations plus précises de la part des professionnels. Nous lui sommes très reconnaissantes pour le temps qu'elle nous a accordé et pour la pertinence de ses observations.

3.3.4. L'ETHIQUE DE NOTRE RECHERCHE

Afin de respecter l'éthique au sein de notre recherche, nous avons suivi un déroulement précis. Dans un premier temps, lorsque nous avons contacté les professionnels pour un entretien, nous leur avons proposé un document avec les conditions générales de participation, à savoir :

- L'entretien se déroulera dans un espace de leur choix ;
- Une confidentialité totale de leur identité est garantie. Aucun lien ne pourra être établi entre eux et le service dans lequel ils travaillent ;
- Les interviews seront enregistrées afin de pouvoir les analyser ;
- Tous les documents (interviews, enregistrements et documents de consolidation) seront détruits à la fin du travail de Bachelor ;
- La personne interrogée aura le droit d'interrompre la procédure d'enquête à tout moment ainsi que de ne pas répondre à certaines questions si tel est son souhait ;
- Il sera demandé à la personne interrogée de parler d'une situation où elle est intervenue auprès d'une mère souffrant d'addiction afin de l'accompagner dans ses compétences parentales ;
- Un accord d'entretien qui regroupe l'ensemble des points cités ci-dessus sera signé par les deux parties.

Afin de préparer au mieux les conditions de l'entretien, nous avons décidé de rédiger un accord de confidentialité qui reprend les points cités ci-dessus de manière plus détaillée. Ce document a permis d'informer de manière précise les travailleurs sociaux quant à l'objectif des interviews que nous menons ainsi qu'à leurs droits durant cette démarche. De par leur

signature, les professionnels ont démontré leur engagement de participation. Ainsi, nous espérons avoir respecté au maximum les règles de bienveillance auprès des travailleurs sociaux qui ont participé à nos entretiens.

3.3.5. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Pour chaque entretien, nous nous sommes rendues dans le lieu de travail des professionnels. Nous nous sommes présentées et nous avons abordé des aspects de notre travail tels que nos motivations ainsi que nos intentions quant à cette rencontre à savoir le déroulement de l'entretien, la durée et les objectifs. Cette première phase avait pour but de créer un lien de confiance et de non-jugement. Néanmoins, il était primordial pour nous que les professionnels soient spontanés dans le déroulement des entretiens et c'est pourquoi nous avons donné des informations très succinctes.

Durant les interviews, nous avons mis un point d'honneur à écouter les professionnels et à respecter leur récit. Naturellement, cette posture nous a amenées à des échanges avec les travailleurs sociaux. Ces échanges étaient très intéressants et nous avons toujours envie d'en savoir plus. Cela dit, nous avons dû être attentives à ne pas nous égarer de notre sujet et du fil de conduite. Nous avons opté pour une attitude neutre, mais à la fois objective, ce qui a amené les sujets à nous livrer le cœur de leur travail sans appréhension. Aucun des travailleurs sociaux interviewés n'a présenté de blocage face à une question.

Dans l'ensemble, nous avons demandé à approfondir certains points du discours des professionnels lorsque cela nous paraissait être un aspect important en lien avec notre thématique, tout en contrôlant que nos interventions ne soient pas intrusives.

Durant les entretiens, nous avons constaté qu'il était difficile de ne pas approfondir davantage certains éléments qui nous paraissaient très intéressants. En effet, nous avons un cadre à tenir et nous avons essayé de le respecter au maximum. Néanmoins, il nous est arrivé de nous égarer quelque peu dans certaines interviews. En soit, cela ne nous a pas péjorées puisque nous avons repris sans difficulté le fil rouge. De plus, toutes les informations recueillies durant les entretiens nous paraissaient intéressantes. Nous avons dû apprendre à trier ces informations et à utiliser celles qui étaient en lien direct avec notre question de recherche.

À la fin de chaque entretien, nous avons eu l'opportunité de faire un bilan de l'interview avec le professionnel afin d'avoir son point de vue sur la thématique. Ces moments ont été très précieux pour nous et nous les en remercions.

À la suite de nos entretiens, nous avons tout d'abord pris soin de les retranscrire fidèlement afin de ne pas les dénaturer. Ensuite, nous avons conçu un tableau récapitulatif permettant de classer les réponses des travailleurs sociaux selon nos hypothèses, nos variables ainsi

que d'autres informations qui nous paraissaient essentielles. Nous avons classé ces points dans un tableau (cf. Annexe 7.6 « Tableau récapitulatif »), puis nous avons classé des passages des interviews qui correspondaient sous chaque point et par professionnel. Cela nous a permis de mettre en parallèle les discours des professionnels et de confronter les idées de chacun. Cette étape nous a permis d'organiser les informations, de comparer les discours des professionnels, de relever les éléments communs ou contradictoires.

Nous avons pu observer que chaque entretien était différent : dans certains cas, les travailleurs sociaux prenaient beaucoup de place et répondaient clairement à ce que nous leur demandions. Dans d'autres cas, nous devions recadrer et recentrer les questions. Lors des retranscriptions, nous nous sommes rendu compte que nous aurions pu approfondir certaines questions ou certaines thématiques. Néanmoins, en construisant notre analyse, nous avons observé une grande richesse dans les propos des professionnels.

Nous avons constaté lors de la retranscription que certains éléments contaminaient l'information que les professionnels mettaient en avant, comme des onomatopées ou des redites.

3.3.6. OBSERVATIONS DES ENTRETIENS

Toutes les rencontres se sont effectuées sur le lieu de travail des professionnels interrogés. Les conditions d'interview ont toujours été bonnes malgré quelques interruptions à cause de bruits extérieurs qui n'ont pas altéré le contenu de l'interview.

Lors des deux premiers entretiens, nous avons ressenti une certaine appréhension. Nous avons quelques craintes au départ à savoir la compréhension des questions par les professionnels ainsi que le bon déroulement des enregistrements. Ces craintes ont rapidement diminué par la suite. Pour les interviews suivantes, nous nous sommes senties plus à l'aise. Les professionnels interrogés se sont montrés très disponibles, impliqués et intéressés par notre thématique. Les travailleurs sociaux nous ont partagé leurs connaissances et leurs expériences du terrain. Le contenu des interviews nous a paru très riche.

Les entretiens duraient entre trois quarts d'heure et une heure et demi. Les différents professionnels ont montré un fort intérêt pour notre question de recherche et nous ont apporté des éléments très captivants.

4. ANALYSE DES DONNEES

4.1. INTRODUCTION

Afin de construire notre partie empirique, nous avons interviewé huit travailleurs sociaux qui sont concernés par la problématique des mères toxicodépendantes. Afin de construire notre analyse, nous avons décidé d'organiser la présentation des résultats par sous-chapitres. Nous allons mettre en parallèle le discours des professionnels pour observer comment ils disent accompagner ces mères afin qu'elles puissent répondre aux besoins de leur-s enfant-s et comprendre quels sont les enjeux qui entrent en ligne de compte. Nous illustrerons nos observations et nos propos avec des citations tirées directement des interviews que nous avons effectués.

En ce sens, l'analyse que nous avons établie sur les bases des entretiens reflète les expériences vécues par les différents professionnels interrogés sur la problématique des mères toxicodépendantes. Le contenu de notre analyse ne s'applique donc pas à l'ensemble des travailleurs sociaux concernés par cette thématique, mais uniquement à cet échantillon que nous avons sélectionné dans le cadre de notre travail.

4.2. PROFIL DES PROFESSIONNELS

4.2.1. INFORMATIONS GENERALES

Comme nous l'avons développé dans le tableau au point 3.2 « L'échantillon ». Nous avons eu l'occasion d'interviewer huit travailleurs sociaux, dont quatre assistants sociaux et quatre éducateurs sociaux. L'ensemble des professionnels travaille en Suisse romande et pratique la langue française.

Nous n'avons pas d'exigence quant au genre de ces professionnels. Néanmoins, nous avons constaté qu'il y avait une tendance plus féminine ou plus masculine en fonction des types de services dans lesquels nous avons interviewé les travailleurs sociaux. La moyenne d'âge variait pour une partie des sujets entre 30 et 40 ans et pour l'autre partie entre 45 et 65 ans.

Tout au long de notre analyse, nous avons décidé de nommer les différents professionnels comme suit : E1, E2, E3, E4 concernant les éducateurs sociaux, puis A1, A2, A3, A4 concernant les assistants sociaux. Cette méthode nous permet de garder une confidentialité complète des données ainsi que de faciliter la lecture et la compréhension de notre analyse.

4.2.1.1. Formations

Ces professionnels que nous avons interviewés ont une large palette de formations à leur actif. En effet, la majorité d'entre eux s'est directement dirigée dans le domaine du travail social, mais par différents biais : soit avec une licence en travail social à l'université, soit avec un Bachelor en travail social, soit avec un diplôme d'éducateur spécialisé. Ils ont poursuivi avec des formations continues spécifiques à leur domaine tel que : certificat de formation continue universitaire (CAS) en addiction, coaching éducatif pour les parents, formation en Programmation Neuro Linguistique (PNL), formation en systémique ou encore formation rogerienne :

« Alors moi je suis éducateur social. Formations continues, j'ai une formation rogerienne, formation systémique, j'ai beaucoup de formations sur le travail avec les auteurs de violence, formation de constellations familiales. » (E4, l. 5-7)

Néanmoins, une minorité d'entre eux a débuté avec un Certificat Fédéral de Capacité (CFC) dans le domaine du commerce avant de s'orienter dans le domaine du travail social.

4.2.1.2. Missions des travailleurs sociaux

Afin de constituer notre échantillon, nous avons choisi trois domaines spécifiques qui sont l'accompagnement familial, l'accompagnement des mères toxicodépendantes et la protection de l'enfant. Ces trois axes d'intervention ont chacun une mission qui est propre à leur service.

Un premier groupe de travailleurs sociaux est spécialisé dans l'accompagnement familial. Ils apportent un soutien au niveau éducatif ainsi qu'un soutien dans la relation parent-enfant. Certains sujets travaillant dans le domaine de l'accompagnement familial ont expliqué que leur mission pouvait être définie par une autorité sous forme d'objectifs. Dans ce cas, ils doivent suivre ces instructions :

« [...] ça a déjà été pour nous normalement défini par le SPJ, dans les objectifs, donc euh, donc après c'est... c'est de travailler sur ces objectifs en fait. » (A3, l. 60-61)

Un deuxième groupe de sujets interviewés travaille avec les mères souffrant d'addiction. Ils accompagnent ces mères individuellement dans leur problématique d'addiction. Ils définissent leur mission comme très large puisqu'ils traitent une grande partie des demandes venant des mères et travaillent également avec l'entourage de celles-ci qui peut être composé de l'employeur, de la famille ou des amis.

Enfin, un troisième groupe de professionnels est spécialisé dans la protection de l'enfant. Dans ce domaine, la mission est très claire :

« Ben ça dépend du mandat. Après la mission elle est quand même plutôt pour l'enfant que pour le parent. Donc c'est plus une mission de protection de l'enfant face aux consommations d'un parent. » (A2, l. 10-12)

Il y a alors peu de place pour élargir la mission en tant que telle puisqu'elle est définie par le mandat. Les objectifs de la mission vont être fixés par une autorité de protection de l'enfant. Néanmoins, les assistants sociaux interviewés faisant partie de ce groupe expliquent que malgré un cadre relativement concis, ils bénéficient d'une marge de manœuvre dans le cadre du mandat. Ils peuvent par exemple faire appel à d'autres services tels que l'accompagnement dans le milieu familial pour mettre en place un suivi en posant des objectifs bien définis.

A. CONTEXTE DE TRAVAIL

Selon les professionnels interrogés, le cadre a une grande importance dans leurs interventions. Il leur permet d'une part de suivre un fil rouge et d'autre part d'être clair avec les personnes qu'ils accompagnent. Suivant le service dans lequel travaillent les professionnels, le cadre diffère. En effet, comme nous nous sommes concentrées sur trois domaines bien distincts, nous avons soulevé des différences par rapport au cadre avec chacun d'eux.

Concernant la protection de l'enfant, le cadre est donné par une autorité de protection dont le but est de préserver les intérêts des enfants. Celui-ci peut être plus ou moins contraignant en fonction de la situation. Les professionnels travaillant dans ce contexte précis disent être au clair depuis le début du mandat avec le ou les parent·s. Dans l'accompagnement des mères souffrant d'addiction, les travailleurs sociaux interviewés expliquent qu'ils posent un cadre qui n'est pas de même nature que celui donné par une autorité. En effet, ce cadre en question n'est pas autant contraignant et laisse plus de marge de manœuvre. Cela dit, les professionnels mettent en avant le fait que généralement dans les situations dans lesquelles une mère est toxicodépendante, un service de protection de l'enfant est présent, ce qui implique qu'il y a un mandat pour le ou les enfant·s de la famille. De ce fait, les professionnels qui accompagnent les mères disent être confrontés à un enjeu important, car ils sont en alliance avec les mères, mais également soumis au devoir de signalement. S'ils se rendent compte qu'il y a un danger pour le ou les enfant·s, ils ont le devoir de signaler la situation. Les professionnels doivent donc être transparents depuis le départ sur leur position avec les mères :

« Il y a un enfant qui est en jeu, il y a le SPJ qui est là, donc on va pas jouer non plus au bon éducateur et trahir ces mamans en disant "Vous pouvez me confier des choses". Les enjeux sont très clairs. On entre dans un contrôle du SPJ. On est mandaté pour vous soutenir. Mais c'est évident que si on voit quelque chose qui est grave, on va le signaler, comme dans toutes les situations. » (E4, l. 123-127)

Quant au contexte de l'accompagnement familial, nous retrouvons la même configuration que pour l'accompagnement des mères toxicodépendantes. Selon les professionnels interrogés, il peut y avoir un mandat qui est donné pour que des éducateurs interviennent à domicile. Dans ce cas, le cadre est déjà défini à la base par l'autorité ou le service mandant, puis les travailleurs sociaux disent poser leur propre cadre dans l'intervention au sein de la famille. Ils sont eux aussi soumis au devoir de signaler s'ils observent un quelconque danger pour le ou les enfant-s.

B. AIDE CONTRAINTE

Parmi les professionnels interrogés, certains travaillent sous mandat établi par une autorité de protection. Ceci implique que les personnes sont soumises à une aide contrainte même si elles ne le souhaitent pas. En effet, les travailleurs sociaux doivent faire avec, car ils n'ont pas le choix que d'intervenir dans un cas donné. Concernant les personnes suivies, la règle est la même. Elles sont contraintes à un suivi et doivent collaborer avec les professionnels.

« Pis après ce qui est aussi compliqué c'est toute cette notion de comment tu accompagnes justement pour pas que ce soit trop une contrainte pour la maman pour qu'elle puisse quand même continuer à vivre, que ce soit fluide pour elle sans que ça casse le lien [...] » (A1, l. 316-319)

En général, les mandats sont donnés lorsqu'il y a une suspicion de mise en danger d'enfants ou de la personne elle-même. Les sujets disent travailler dans le cadre du mandat avec une certaine marge de manœuvre. Ainsi, ils collaborent avec l'autorité de protection et doivent l'informer du déroulement de leur intervention concernant les situations. L'intervention du professionnel sous mandat traduit une forme de contrôle et de surveillance dont les faits sont rapportés à l'autorité :

« Typiquement l'APEA peut exiger un suivi ici. Et nous, dans ce cas-là, on renseignerait sur le suivi, pas sur les résultats, et sur le fait qu'elle vienne, qu'elle collabore, sur la fréquence des entretiens. » (A1, l. 643-645)

La majorité des professionnels a un avis similaire concernant cette aide. En effet, la plupart sont en accord de travailler avec l'aide contrainte. C'est un fil rouge pour eux qui leur permet d'avoir une certaine liberté afin de modeler cette intervention. Généralement, les professionnels ne se sentent pas limités dans leur accompagnement :

« La seule chose qui cadre mon intervention, c'est le mandat. Et comme le mandat en règle générale il a comme objectif d'accompagner et soutenir les parents dans les tâches éducatives des enfants, tant qu'il y a une maman et un enfant, on a une légitimité pour intervenir. Après bien sûr que l'intervention sera différente si l'enfant vit auprès de la maman ou s'il est placé. Si la maman a une consommation stabilisée ou si vraiment elle est dans la consommation et que sa

situation n'est pas stable. Intervenir tant qu'il y a le mandat, on y est contraint. Des fois on sait plus quoi faire dans une situation et le mandat reste. Donc on doit continuer. » (A4, l. 249-256)

En revanche, il est évident que dans toute aide contrainte, il y a des difficultés importantes pour les professionnels. Par exemple un mandat qui ne correspond plus à la situation, la mère qui ne veut plus collaborer ou encore le mandat qui n'a plus raison d'être. Dans ces cas-là, les travailleurs sociaux se doivent d'en référer à l'autorité afin qu'elle se positionne sur les décisions à prendre.

C. ORIENTATION : EDUCATEURS SOCIAUX ET ASSISTANTS SOCIAUX

Un autre point qui est ressorti des interviews est celui de l'orientation des professionnels. En effet, les éducateurs sociaux et les assistants sociaux n'ont pas toujours les mêmes rôles auprès des personnes et donc pas la même mission. Les différences sont notables. Les éducateurs sociaux interviennent directement au sein des familles et travaillent avec elles différentes thématiques, dont le soutien à la parentalité. De plus, comme nous l'avons expliqué ci-dessus, dans certains cas, ils sont contraints à suivre des objectifs de travail qui leur sont donnés par un autre service ou autorité:

« [...] les soutenir dans leur parentalité, et surveiller. » (E4, l. 10)

Ces éducateurs expliquent qu'ils ont également un rôle de surveillance face aux familles quant à cette problématique de l'addiction. Ils ont le devoir de signaler s'ils estiment que le ou les enfant·s sont en danger.

En parallèle, les assistants sociaux interrogés sont dans une dynamique de travail différente. Ils rencontrent les personnes puis délèguent certaines tâches à d'autres institutions telles que le soutien éducatif, car celle-ci ne fait pas partie de leur mission. Ils coordonnent la situation en collaboration avec les professionnels qui interviennent directement au sein de la famille ainsi que les autres membres du réseau.

D. TRAVAIL EN RESEAU

Dans chacune de ces missions, les différents professionnels expliquent qu'il y a des enjeux qui peuvent « conditionner » leurs missions. La difficulté de ces enjeux est qu'ils sont différents en fonction du domaine d'intervention des professionnels. C'est à ce moment que la collaboration entre les différents professionnels prend toute son importance et permet d'avoir une vision d'ensemble de la problématique.

Nous avons constaté que le travail en réseau représentait un élément de poids dans la majorité des interventions des travailleurs sociaux. C'est un point commun qui réunit tous les professionnels interrogés. Les sujets interrogés s'accordent pour dire que le travail en

réseau est indispensable afin de faire évoluer une situation. Ils présentent tous cette conscience de se dire que seuls, ils ne peuvent pas intervenir à la fois sur la parentalité et sur l'addiction :

« Mais voilà je trouve que l'interdisciplinarité c'est primordial on peut pas bosser seul dans ce genre de situation on doit être toute une équipe autour. Et puis ce qui est difficile dans une équipe c'est de collaborer avec des gens qui n'ont pas les mêmes intérêts que nous. » (A1, 278-281)

Selon les travailleurs sociaux interviewés, la collaboration entre les professionnels n'est pas toujours évidente pour plusieurs raisons. Certains professionnels du réseau défendent les droits de l'enfant, alors que d'autres défendent ceux de la mère ; une dernière partie doit appliquer les demandes d'un autre service ce qui peut limiter la collaboration, car elle revêt une forme plus directive.

Cependant, une majeure partie des sujets interrogés se rend bien compte que son champ d'action est limité et qu'il est nécessaire et plus judicieux de travailler en réseau pour ce type de problématique. La communication permet, aux dires des intervenants, de mettre en lumière leur perspective et de comprendre celle des autres avec tous les enjeux qui interviennent.

E. INTERVENTION FAMILIALE

Nous relevons au centre des discours des professionnels interviewés, qu'il y a un point commun entre les trois domaines d'action sur lesquels nous nous sommes intéressées. Ce point commun est celui de l'intervention familiale au sein des familles fragilisées. Les professionnels expliquent qu'ils interviennent tous dans le domaine familial, mais avec des objectifs et un positionnement différents. Les travailleurs sociaux disent qu'il y a des zones communes dans leurs axes d'interventions à savoir l'intérêt de l'enfant, l'évolution de la mère toxicodépendante et le lien mère-enfant.

« [...], mais il y a quand même toujours des zones communes et la zone commune c'est travailler ensemble dans cette zone pour faire que cette zone commune elle grossisse pour arriver à une espèce de travail fluide et c'est possible avec des gens bien intentionnés. » (A1, l. 285-287)

L'intervention familiale permet aux professionnels de la protection de l'enfant, de l'accompagnement familial et de l'accompagnement individuel des mères dépendantes de travailler sur cette base commune afin de faire évoluer la situation.

« C'est possible de bosser avec les services de protection de l'enfant, nous notre rôle c'est aussi de dire à ces service : "Attention ne supprimons pas le lien sous prétexte, prenons un bout de risque pour le gamin". La notion elle est là, c'est

comment on ose prendre un peu des risques et après on doit aussi être garant et dire non là le risque est trop élevé [...] » (A1, l. 287-291)

Résumé

- ✓ La majorité des professionnels se sont dirigés vers une formation de base dans le domaine du social puis, ont effectué des formations continues afin de se spécialiser.
- ✓ Les professionnels interviewés viennent de trois domaines spécifiques à savoir : l'accompagnement familial, l'accompagnement des mères toxicodépendantes et la protection de l'enfant.
- ✓ Deux types de professionnels ont été interrogés : des assistants sociaux qui travaillent autour de la protection de l'enfant et autour des dépendances ; des éducateurs sociaux qui supervisent l'accompagnement familial lors de problèmes de dépendances.
- ✓ Le cadre donne un fil rouge aux interventions des professionnels. Il se veut également soutenant pour les professionnels.
- ✓ La collaboration entre professionnels ainsi que le travail en réseau sont deux aspects très importants dans l'accompagnement des professionnels. Ils permettent de couvrir une plus large perspective dans une situation.
- ✓ Il y a un point commun qui réunit les professionnels interrogés c'est celui de l'intervention familiale, mais avec une focale et des objectifs différents.
- ✓ Les trois champs d'action des travailleurs sociaux interviewés se révèlent être complémentaires en raison du positionnement différent de chaque professionnel qui permet de couvrir l'ensemble d'une situation.
- ✓ La plupart des professionnels interrogés travaillent sous mandat donné par une autorité de protection suite aux suspicions de mise en danger d'enfants, ce qui leur permet d'avoir une ligne conductrice dans leur accompagnement. Une réévaluation avec les autorités est parfois nécessaire.

4.2.2. PROFIL DES MERES TOXICODÉPENDANTES ACCOMPAGNEES

Nous sommes conscientes qu'il est difficile de donner un profil type d'une mère toxicodépendante, mais nous avons questionné les travailleurs sociaux sur certains éléments qui nous paraissent essentiels afin de mieux comprendre les enjeux de leur accompagnement. Nous relevons dans le discours des travailleurs sociaux, qu'il y a deux profils types de mères toxicodépendantes : les femmes qui sont en consommation active et les femmes qui sont en traitement de substitution (méthadone ou produits dérivés).

Nous rappelons que notre recherche est focalisée sur le développement du lien entre enfants et mères toxicodépendantes à partir de leur naissance, jusqu'à leur majorité.

4.2.2.1. Âge

Concernant la moyenne d'âge des mères souffrant d'addiction, il s'est avéré que la majorité des éducateurs sociaux ainsi que la moitié des assistants sociaux ont accompagné des femmes dépendantes entre 30 et 40 ans. Nous avons tout de même relevé quelques situations où les professionnels ont accompagné de très jeunes mères ayant entre 15 et 16 ans.

4.2.2.2. Histoire de vie et situation des mères toxicodépendantes

Dans leur discours, l'ensemble des professionnels interrogés présente des histoires de vie douloureuses des femmes toxicodépendantes qu'ils ont suivies. Certains travailleurs sociaux expliquent qu'une partie de ces mères sont des enfants qui n'étaient pas désirés et sur qui les parents rejetaient la faute. La plupart des professionnels expliquent que ce sont généralement des adultes qui ont été maltraités physiquement et/ou psychiquement, et abusés sexuellement durant leur enfance:

« Mais évidemment ce sont des gens qui ont été maltraités, il y a eu de l'abus, de la consommation chez leurs parents, donc il y a eu une histoire d'enfance qui est très lourde. » (E4, l. 333-335)

Selon les professionnels interviewés, ces traumatismes de l'enfance provoquent de l'insécurité chez ces mères dans leur confiance en soi et dans leur estime de soi. En effet, la plupart des professionnels soulèvent une fragilité psychique importante qui est présente chez la plupart de ces femmes.

« Elle a commencé à avoir des comportements à risques elle était jeune, elle avait 13 ans, elle faisait vraiment n'importe quoi, il n'y avait plus personne qui avait de l'emprise sur elle. Il y a eu le placement pour elle et mille choses mises en place et pis très vite il y a une fragilité psychique qui est ressortie. Les psychologues qui la suivaient disaient, mais attention c'est vraiment une jeune qui a un profil fragile et que ce n'était pas juste la jeune rebelle qui avait pas eu de cadre. » (A2, l. 93-98)

Les travailleurs sociaux expliquent que ces femmes se sont généralement d'abord réfugiées dans la consommation de cannabis puis d'alcool et finalement dans les drogues dures afin de s'échapper de leur réalité douloureuse. La plupart des professionnels se rejoignent à dire que ce sont finalement des femmes avec un parcours de poly-consommations. Pour la plupart de ces mères, l'initiation de leur parcours de consommatrice a débuté très jeune.

« Enfin tu retrouves toujours le même truc : que ce soit alcool, drogue, ou joint, tu retrouves toujours un peu cette configuration de gens avec une fragilité, qui

manquent de confiance, qui manque d'estime, et pis dès que ça ne va pas, et ben ils fuient comme ça. » (E3, l. 381-383)

A. SITUATION RELATIONNELLE AVEC LE PERE DE L'ENFANT ET/OU AVEC LE PARTENAIRE DE LA MERE TOXICODÉPENDANTE

I. RAPPORT AVEC LE PERE DE L'ENFANT

Concernant la situation relationnelle avec le père de l'enfant, les professionnels exposent différents types de situations.

La majorité des professionnels interviewés présentent des situations où le père est présent, mais où il est lui-même toxicomane. Dans ce genre de configuration, les éducateurs sociaux mettent en avant la présence de conflits relationnels importants entre les partenaires avec violences physiques, maltraitances, menaces et insultes. Dans cette perspective, les professionnels parlent du fait qu'un des partenaires rabaisse l'autre, en mettant la faute sur lui :

« Et on parle très peu de ces papas, ces papas qui sont plus dangereux aussi parce qu'ils ont un problème. Ou qu'ils sont dans le jeu et qui par exemple ont un impact en terme de négligence, en terme de violence très importante, notamment avec l'alcool, l'alcool qui peut être un bon allume-feu. » (E2, l. 506-509)

« [...] c'était beaucoup des couples, mais avec une dimension de conflits de couple qui était énorme aussi. Parce qu'un dit « non, mais moi je fais ça, non, mais moi je fais mieux ». Et ils sentent la pression du SPJ donc c'est toujours l'autre, donc là dans ma situation il y avait vraiment un conflit de couple important. » (E4, l. 69.72)

Dans certains cas, les travailleurs sociaux indiquent que les pères sont parfois absents ou ne sont tout simplement pas impliqués dans la situation :

« J'en ai eu deux c'était des enfants nés de la prostitution. Un je crois que c'est moi qui lui ai appris par hasard qui était son vrai père donc le père complètement absent quoi. » (A3, l. 42-44)

Finalement, certains assistants sociaux et un éducateur social présentent des situations où le père était la partie la plus saine du couple. Ils soulignent que malgré le fait que les pères étaient sous méthadone, ils assumaient leur rôle de père et conservaient leur place de travail :

« Parce que des fois le père peut être la partie plus saine, mais des fois c'est effectivement quand on voit quand ils sont en couple, c'est évidemment, ils s'entraînent l'un et l'autre. Donc ils peuvent arrêter de temps en temps des fois ensemble, mais ils recommencent aussi en même temps donc euh voilà. » (E4, l. 98-101)

II. RAPPORT AVEC LE PARTENAIRE DE LA MERE TOXICODÉPENDANTE

Un éducateur social spécialisé dans les addictions met en avant que parfois ces femmes toxicodépendantes rencontrent des hommes qui ont la même problématique qu'elles étant donné qu'elles baignent dans ce milieu. Il explique que ce n'est pas un hasard si elles se mettent avec ce type d'hommes, mais qu'il s'agit bien d'un schéma répétitif provoqué par leur expérience et croyance dans ce qu'elles ont pu vivre dans leur parcours de vie :

« [...] beaucoup sortir, beaucoup fréquenter, justement rencontrer un mec qui se défonce et pis partir avec quoi. Et sombrer avec... Alors après est-ce qu'une fille saine et normale, elle aurait tout de suite envoyé péter le type et elle ne se serait jamais mise avec ? Et une comme ça, elle se dit : "Je vais le sauver" et de fil en aiguille, ils y passent les deux ? Je sais pas... Il y a sûrement un fond fragile qui fait qu'elles sont attirées par ce genre de gars et pis après ben, ouais... elles chutent avec quoi. » (E3, l. 226-231)

Une tout autre configuration est mise en avant par la minorité des professionnels interrogés. Ils expliquent qu'il peut y avoir une illusion qui s'installe entre les deux partenaires toxicodépendants, où ils s'imaginent s'entraider entre eux, mais en réalité, ils se tirent vers le bas.

B. PARTICIPATION SOCIALE

Concernant la participation sociale de ces mères, les avis des travailleurs sociaux divergent. En effet, certains professionnels interrogés ont rencontré des femmes qui essayaient de s'intégrer dans la société au mieux et d'autres professionnels expliquent la difficulté qu'elles ont à rencontrer de nouvelles personnes.

Certains professionnels soulignent l'isolement social de ces femmes qui se trouvent au chômage ou à l'AI et qui ont du mal à créer un réseau autre que celui qu'elles ont, lié à leur consommation. Elles ont tendance à rester chez elles ou avec des personnes qui consomment. Les professionnels disent qu'arrivées à un certain âge, ces femmes se rendent compte du vide social qu'elles ont créé autour d'elles ainsi que de la difficulté qu'elles ont à s'intégrer dans un nouveau milieu :

« Elles me disent : "Moi je suis entrée dans la toxicomanie à 15 ans j'ai plus d'amis à part des toxicomanes. J'ai pas fait d'amitié, j'ai pas amené mes enfants

à l'école". Et là, tout à coup elles se rendent compte à 40 ans le vide social dans lequel elles sont. Et ça c'est le plus dur comment faire pour retrouver une vie sociale avec d'autres gens que ces gens-là. » (A3, l. 303-307)

En ce sens, un des assistants sociaux explique que l'encouragement qu'il transmet à ces mères afin qu'elles osent s'intégrer dans certains groupes sociaux, est selon lui, le meilleur moyen d'éviter de subir cette étiquette et facilite leur intégration dans la vie sociale du lieu où elles vivent. Ceci permet aux mères d'entrer dans un cercle de personnes en dehors du monde de la drogue. Il explique l'importance de casser ces barrières et de finalement les considérer comme des mères normales, avec certes un passé qui leur appartient.

« Je lui ai dit qu'il faut essayer de participer à des activités où votre enfant peut se mélanger à d'autres enfants et pis c'est un peu casser cette barrière. Pis finalement c'est construire à base d'expériences positives. C'est se rendre compte que finalement, ben c'est une maman comme une autre oui elle a son traitement à la maison, oui elle a eu son passé, elle a eu ses difficultés, etc., mais là, quand elle est dans l'instant présent à cette gym mères-enfants ben elle fait les activités comme les autres [...] » (A1, l. 506-512)

C. SITUATION FINANCIERE

Nous constatons que la précarité est relativement souvent présente dans ce genre de situations présentées par les professionnels. Néanmoins, un des travailleurs sociaux explique que ces mères ne viennent pas toutes de milieux forcément précaires, mais, en raison de leur consommation, elles peuvent finir par y sombrer. Nous avons relevé que la plupart des professionnels expliquent que la précarité touche la majorité de ces mères, qui parfois vivent dans la rue ou se prostituent afin de pouvoir au moins se fournir les substances nécessaires.

Certains professionnels soulèvent les problèmes financiers souvent présents chez ces femmes qui ont des dettes relativement importantes. Elles n'arrivent plus à payer leur loyer et risquent de se retrouver à la rue en marge du système social ce qui leur donne peu de perspectives pour leur avenir :

« [...] c'est pas des boulots, mais, voilà des fois ils remplacent en cuisine ou comme ça ouais pis tout d'un coup... Problème d'argents, problème de dettes, parce qu'ils ont tous des dettes, même des grosses dettes parfois à cause de soit euh, soit faire des emprunts, tout ce qui est lié au trafic, ou carrément des dettes liées aussi au procès ou des trucs comme ça. Donc il y a ce problème-là c'est que... c'est que s'ils bossent, enfin je veux dire, s'ils ont un revenu bien, ils vont devoir rembourser leur dettes. Donc pour pas avoir besoin à rembourser les 100'000 balles de dettes qu'ils ont, ils vont toujours rester dans le bas seuil pour pas qu'on leur prenne leur fric pour rembourser la dette.» (E3, l. 309-314)

En effet, certaines mères ont des emplois tels que serveuse, aide en cuisine ou autres travaux peu gratifiants. Ceci dit, l'argent qu'elles gagnent leur permet d'acheter les substances dont elles ont besoin.

Cet éducateur social explique le cercle infernal dans lequel elles se trouvent, car en restant dans le bas seuil, il est difficile pour elles de remonter la pente, de s'acheter une voiture, d'avoir un logement, de partir en vacances. Le professionnel interrogé met en avant qu'elles ne veulent pas se trouver du travail de manière officielle, donc elles restent dans l'illégalité en travaillant au noir ce qui met en perspective d'autres éléments concernant la légalité.

4.2.2.3. Vulnérabilités et difficultés des mères toxicodépendantes

À travers les différentes situations que les travailleurs sociaux nous ont présentées durant les interviews, nous avons pu relever différents types de fragilités chez les mères toxicodépendantes et les difficultés auxquelles elles se heurtent.

A. JUGEMENTS DE LA SOCIÉTÉ

Tout d'abord, nous avons relevé dans le discours des professionnels questionnés que la plus grande difficulté des mères toxicodépendantes était le regard jugeant de la société. En effet, les travailleurs sociaux expliquent à quel point il est difficile pour elles de faire face à cette étiquette dégradante qui leur est collée ainsi qu'à ces préjugés tenaces :

« Si tu as été toxicomane, tu ne peux pas être une bonne mère » (E2, I.263-264)

Selon la majorité des travailleurs sociaux, le jugement de la société représente une grande souffrance pour ces mères, qui impacte non seulement leur parentalité, mais également leur confiance et leur estime d'elles-mêmes. Le risque est que la mère addictive s'isole par peur du regard des autres. Les professionnels expliquent que ces mères gravitent dans un réseau de personnes toxicodépendantes ce qui influence également leur réputation. Les exemples donnés par les professionnels sont souvent des mères qui se sont retrouvées dans le milieu de la drogue très jeunes. Elles ont alors construit leur vie autour de ce réseau qui représente l'entourage qu'il n'ont jamais eu. Il est donc très compliqué pour elles de s'en détacher puisqu'elles risquent de se retrouver seules face à la réalité du quotidien.

Ensuite, nous avons relevé un passage intéressant d'un assistant social qui explique, de son point de vue, qu'une mère toxicomane est moins bien vue qu'une mère dépressive, alors que dans les deux cas de figure, ce sont des personnes malades :

« [...] un dépressif qui manifeste des idées noires, ou qui manifeste une tendance suicidaire, ben comment on va réagir ? On va lui dire "Voilà, on va augmenter le traitement, car c'est une phase aigüe et ça se passe pas très bien". On va être beaucoup plus dans la compréhension. Un toxicomane qui re-

consomme, qui fait une rechute, c'est comme un dépressif qui a des idées noires. C'est juste qu'il a des autres symptômes de sa maladie. Comment on va réagir ? " Putain ! Il adhère pas au traitement, fait chier, il est en train de lâcher, il joue pas le jeu...". Les attitudes sont beaucoup plus dures, les attentes sont plus dures [...] » (A1, l. 478-485)

B. LA FRAGILITE PSYCHIQUE DES MERES TOXICODÉPENDANTES

La majorité des professionnels interrogés soulignent la fragilité psychique des mères toxicodépendantes et leur état de santé qui se dégrade. En effet, ils les décrivent comme étant des personnes ayant un manque de confiance et d'estime de soi, qui sont très vite affectées par des éléments extérieurs et qui manquent de structure :

« Je pense que la difficulté principale, pour moi, le noyau, c'est qu'ils ont aucune confiance en eux. Ils ont une image d'eux qui est, mais merdique au possible, et aucune confiance. Donc c'est pour ça que c'est important de leur montrer qu'ils sont des personnes valables, même s'ils n'arrivent pas tout comme il faut. » (E3, l. 79-82)

Les travailleurs sociaux décrivent ces mères, comme étant des personnes qui essaient de se cacher, qui appliquaient beaucoup de maquillage, comme si être elles-mêmes n'était pas concevable.

« Parce que quelqu'un qui est dans un rapport problématique dans un produit, il a souvent un rapport problématique à sa propre image. Et peut-être encore plus pour une femme. Donc c'est, quel rapport elle a avec elle-même [...] quand on est dans un comportement autodestructeur, quel rapport on peut avoir avec soi ? » (E2, l. 326-330)

« [...] son objectif ou son effort ce n'était pas voir d'une certaine manière, mais plutôt de ne pas se voir d'une certaine manière, elle essayait de se cacher. Elle se cachait, elle mettait beaucoup de maquillage, plutôt soignée physiquement. Et comme si elle ne pouvait pas être elle-même. » (E1, l. 270-274)

Finalement, la plupart des travailleurs sociaux rajoutent que le problème d'addiction altère les capacités cognitives et émotionnelles de ces personnes, ce qui provoque un manque de stabilité et de cohérence dans les propos de ces mères. Ceci les amène à affirmer que ces personnes ressentent un besoin important qu'on s'occupe d'elles. Elles manifestent une nécessité à recevoir de l'attention, de la bienveillance ainsi que de vivre une expérience qu'elles n'ont pas eue étant plus jeunes.

C. DIFFICULTES RELATIONNELLES

Certains professionnels abordent la difficulté des mères toxicodépendantes à créer des liens affectifs en raison de leur instabilité due à leur consommation. Cette difficulté à créer des liens affectifs se répercute non seulement avec leurs enfants, mais également avec leur entourage. En effet, les travailleurs sociaux nous parlent de la difficulté que les mères toxicodépendantes ont à créer des relations saines avec un éventuel partenaire. Les professionnels mettent en avant que ce n'est pas un hasard si ces femmes se mettent avec ce type de personnalité, mais ils relèvent qu'elles sont généralement avec un partenaire lui-même toxicodépendant.

« Bon, toute façon quelqu'un qui est en consommation active, vraiment active, il va prioriser le lien au produit, et il va délaisser les relations affectives quelles qu'elles soient. Que ce soit dans un couple, que ce soit par rapport à ses enfants. Vous avez vu les faits divers, voilà, ils ont laissé le nourrisson seul, parce qu'ils ont été en bas à la Riponne, chercher du produit, pis tout d'un coup ils ont oublié qu'ils avaient un gamin. » (E2, l. 287-291)

Les professionnels rappellent l'importance du fait qu'un enfant puisse créer un lien d'attachement avec sa mère. Le discours des professionnels interviewés nous amène à constater que ce lien est un besoin primaire de l'enfant et que dans une consommation active, la mère dépendante n'est pas en mesure d'y subvenir de leur point de vue.

D. DEVENIR MERE, UNE SOURCE D'ANGOISSE

Un éducateur social spécialisé dans les addictions présente un autre aspect primordial. Il expose différentes situations où la grossesse des mères toxicodépendantes est une réelle surprise. En effet, il explique le dérèglement du cycle de la femme dû aux drogues consommées. En ce sens, beaucoup de femmes toxicodépendantes ne se préoccupent plus de leur contraception parce qu'elles n'ont plus leurs menstruations. Leur corps étant complètement dérégulé, la majorité des femmes pensent ne pas pouvoir tomber enceintes dans ces conditions. Cependant, il arrive que certaines femmes ovulent, ce qui est difficilement accueilli lorsque c'est autant inattendu.

Cela peut être perçu comme angoissant pour ces femmes qui n'ont généralement pas eu un modèle de mère exemplaire et qui pourraient se sentir démunies lorsqu'elles doivent prendre ce rôle à leur tour. La pression engendrée par l'arrivée de l'enfant ainsi que la consommation peut pousser une mère dépendante à se réfugier dans sa consommation afin de se sentir mieux momentanément. La mère se trouve alors dans un contrôle constant de la part des autorités de protection et des professionnels du réseau et il est difficile pour elle de trouver sa place de mère :

« Et elle comment voulez-vous qu'elle se batte parce qu'on lui laisse aucune chance et quand je dis que c'est un levier motivationnel c'est aussi quelque chose qui étouffe et qu'à un moment donné on casse à cette personne le lien avec son enfant qui pourrait faire qu'elle aille un poil mieux. » (A1, l. 273-276)

De plus, les travailleurs sociaux interviewés soulignent l'importance de veiller qu'elles ne compensent pas l'absence du produit avec l'arrivée de leur enfant. Étant donné que la drogue est souvent utilisée comme un remède afin de combler un manque affectif, un sentiment d'abandon, un traumatisme, les professionnels présentent le risque que le bébé devienne à son tour objet de comblement.

« C'est l'enfant jouet, l'enfant sauveur, qui va les sortir de tous ces doutes, de tout ça, mais en fait l'enfant il a sa propre nature, il a son propre caractère et pis après, ça lui renvoie justement à ses fragilités [...] » (E3, l. 130-132)

E. LA CRAINTE DE DEVOILER LA VERITE AUX PROFESSIONNELS

Concernant les difficultés des mères toxicodépendantes, la majorité des travailleurs sociaux interrogés expliquent la crainte des mères de se confier aux professionnels. De par la présence des services officiels, ces mères connaissent les enjeux de leur consommation et elles sont conscientes qu'il y a un contrôle social qui ne leur laisse pas le droit à l'erreur :

« [...] donc je peux les rejoindre dans ça, dans le « c'est dur », parce qu'effectivement vous êtes regardés de partout, et que vous n'avez pas le droit à l'erreur. » (E4, l. 139-140)

Un éducateur social spécialisé dans l'accompagnement familial ajoute qu'elles doivent jongler entre les différents professionnels autour d'elles et dans ce qu'elles leur disent:

« Je pense qu'elle devait jouer sur différents échiquiers plutôt en contradiction avec eux. Ça veut dire qu'elle devait jouer avec le service qui la soignait pour sa dépendance, et elle devait jouer sur les services sociaux qui l'entretenaient. Elle devait en même temps donner un minimum une image qu'elle était une personne fiable. Donc d'un côté elle continuait avec sa maladie et de l'autre côté elle devait se montrer fiable [...]» (E1, l. 186-190)

Les mères toxicodépendantes se retranchent dans le mensonge du point de vue des professionnels. C'est un processus de protection qu'elles mettent en place afin d'éviter le plus de conséquences possible. Par ailleurs, nous relevons dans le discours des professionnels que ces mères se trouvent dans une injonction. Il leur est demandé de collaborer et de dire la vérité tout en sachant les conséquences qu'elles risquent si elles le font. Certains professionnels évoquent le fait qu'il faut être conscient du paradoxe dans lequel peuvent se trouver ces mères :

« [...] c'est la base de la relation éducateur-famille qui marche bien, c'est d'avoir un petit bout de confiance. Et dans ce contexte là, ils seraient fous de nous faire confiance, donc c'est leur compétence de ne pas nous faire confiance. » (E4, l. 128-130)

Les mères toxicodépendantes ont peur que les professionnels révèlent certains éléments à l'autorité de protection de l'enfant. La difficulté du point de vue des professionnels est qu'ils ne peuvent pas travailler sur la réalité des faits. Les mères se montrent très vigilantes lorsqu'elles donnent des informations, car elles connaissent très bien les conséquences risquées. Cet aspect les empêche de collaborer pleinement. En ce sens, les professionnels interrogés ont le sentiment que l'alliance est difficile à créer. Ils se trouvent alors confrontés aux absences durant les rendez-vous avec eux ou avec le réseau.

Les professionnels questionnés font le parallèle avec des parents maltraitants. Lorsqu'une personne avoue et dit : « Oui, je lui ai donné une gifle », ils affirment pouvoir travailler autour de ce qui s'est passé, sur ce qui a été difficile pour eux à cet instant, et d'avancer avec ces questionnements. Mais lorsque le parent n'avoue pas avoir consommé, ils disent ne pas pouvoir ni questionner si l'enfant était présent lorsque la mère a consommé de l'héroïne ni être à même de chercher à comprendre ce qui s'est passé dans leur tête à ce moment-là.

« [...], mais même avec des parents maltraitants ben voilà oui je lui ai donné une gifle, mais on peut travailler avec cela pis du coup on avance, mais là comme ils nous disent pas qu'ils ont consommé on peut pas dire vous aviez votre enfant à la maison et vous avez consommé de l'héroïne vous pouvez nous expliquer ce qui s'est passé dans votre tête à ce moment-là, ça serait génial.» (A3, l. 286-290)

F. LA DIFFICULTE A SE CONSTRUIRE EN TANT QUE FEMME

Les professionnels interrogés soulignent bien la difficulté que ces femmes ont à se construire une identité en tant que mères. De ce fait, elles restent des toxicomanes et n'arrivent pas à passer outre :

« [...] quand la maman regarde la femme qui consomme, je pense qu'elles ne sont pas très fières et pis qu'elles pensent que là c'est vraiment pas bon ce qu'elles font. Euh... quand la femme qui consomme regarde la mère, je pense que ça doit être pareil. Elles doivent se dire que ce n'est pas la bonne idée. Maintenant la femme en souffrance et pis qui consomme, ben c'est le truc qu'elle a trouvé pour continuer d'exister et pour supporter la vie comme elle est. » (E3, l. 398-403)

Les travailleurs sociaux constatent qu'il est alors compliqué pour ces mères de se construire dans cette nouvelle identité de mère où la toxicomanie n'a pas sa place.

G. L'EVOLUTION DES ENFANTS ET LA CULPABILITE DES MERES TOXICODÉPENDANTES

Une vulnérabilité dont les professionnels parlent est la prise de conscience des enfants qui s'aperçoivent de la non-fiabilité de leur mère et des difficultés auxquelles elle est confrontée. À partir d'un certain âge, les enfants sont en mesure de se rendre compte des points fragiles de leur mère. Certains professionnels expliquent qu'il arrive qu'un enfant ne souhaite plus voir sa mère ou ne souhaite plus aller chez elle en raison de l'absence de lien ainsi que de l'insécurité de l'enfant lorsqu'il voit sa mère :

« [...] une mère, elle vient, ça faisait 7 ans qu'elle avait plus vu son fils. On a organisé une visite chez nous qui s'est bien passée. Ensuite, on organise un droit de visite. Elle arrive au foyer où est son enfant et la première chose qu'elle lui dit c'est : "Et ben la prochaine fois, c'est toi qui viens, parce qu'alors cette montée est dure !" J'ai vu le visage de l'enfant... Après il y a plus rien eu... » (A3, l. 265-269)

Dans cette optique, les travailleurs sociaux interviewés évoquent également le sentiment de culpabilité de la mère qui vient compliquer la construction de ce rôle de maman. Le risque face à cette culpabilité est qu'il pousse la mère à reprendre sa consommation afin d'atténuer cette réalité douloureuse.

Enfin, une assistante sociale ajoute une autre crainte présente chez certaines mères toxicodépendantes qui est celle de se faire remplacer.

Dans certaines situations, les professionnels envisagent de placer le ou les enfant-s dans une famille d'accueil ce qui provoque chez les mères toxicodépendantes une angoisse d'être remplacées par une autre femme. C'est pourquoi certaines d'entre elles se réinvestissent davantage dans leur rôle de mère :

« Là je pense qu'elle a eu l'impression d'être dépossédée de son enfant et qu'on allait lui trouver une nouvelle famille. Et pis en même temps, elle voyait bien qu'elle n'avait pas les arguments pour l'empêcher. Elle a été très virulente par moment par rapport à ça. Ça été assez violent. Pis quand il a été dans cette famille d'accueil, il avait 4 ans à peu près, et étonnamment tout à coup elle a commencé à se réinvestir auprès de son fils. Elle était plus présente et ça a recommencé à ce moment-là alors qu'on n'imaginait pas forcément devoir organiser autant de droit de visite entre la famille d'accueil et cette maman. » (A2, l. 123-130)

Nous remarquons donc que certaines craintes peuvent se transformer en ressources chez ces mères qui ont une bonne capacité de résilience.

4.2.2.4. Ressources des mères toxicodépendantes

Concernant les ressources des mères toxicodépendantes évoquées par les professionnels, nous en avons relevées différentes telles que la prise de conscience afin d'offrir une présence adéquate pour son enfant, les compétences intellectuelles de la mère ou encore les ressources familiales et sociales.

A. PRISE DE CONSCIENCE DU ROLE DE MERE

Nous avons pu relever que certains professionnels expliquent que l'arrivée d'un enfant peut être vécue comme une page du passé qui se tourne pour certaines femmes toxicodépendantes. Dans cette perspective, ils expliquent que cet événement peut être perçu comme sauveur face à la dépendance et à la souffrance de la mère :

« Tout en sachant qu'avoir un enfant pour une maman toxicodépendante, ça peut être un levier motivationnel et ça c'est aussi important dans son traitement, dans le fait qu'elle puisse aller mieux. » (A1, l. 54-56)

En effet, certains travailleurs sociaux expliquent que le fait d'avoir un ou des enfant-s peut permettre une mobilisation de la mère. Parfois, cela peut prendre du temps jusqu'au moment où la mère décide de faire face à ses responsabilités. Néanmoins, l'envie de s'approprier leur rôle de mère et d'être présentes pour leur-s enfant-s leur donne à un moment donné, la volonté nécessaire pour commencer à se prendre en mains dans leur consommation et se diriger vers une stabilité :

« La maman, il lui a fallu quelques années pour avancer et puis les enfants ils avaient entre 2 et 3 ans quand elle a commencé à être régulière dans ses visites au foyer et à collaborer avec les intervenants. On a pu gentiment lui donner des responsabilités. Au début c'est elle qui prenait des rendez-vous chez le médecin et puis l'éducatrice allait toujours avec pour s'assurer que le rendez-vous avait lieu et puis pour avoir une continuité dans la transmission des informations. Ensuite, les enfants ont commencé l'école et c'est à ce moment que la mère elle a vraiment souhaité s'investir donc elle avait ce projet d'être présente et d'assurer. » (A4, l. 67-74)

Dans cette perspective, les professionnels évoquent que la volonté profonde de la mère à vouloir s'en sortir et d'assumer son rôle de parent représente une ressource essentielle dans l'accompagnement de ces femmes. Deux professionnels mettent en avant les objectifs que ces mères se fixent pour avancer peu à peu et prendre leur place dans la parentalité :

« Et la mère disait qu'elle voulait être plus ferme, qu'elle voulait avoir plus d'autorité avec son fils. » (E1, l. 103-104)

« [...] pour les deux situations j'ai régulièrement des discussions avec les mamans parce qu'elles avaient des demandes de contact avec leur enfant ou elles voulaient davantage s'investir dans le quotidien de leur enfant sur les aspects contrôle médical, scolarité une fois que les enfants sont plus grands [...]» (A4, l.28-31)

Dans ces deux extraits, nous constatons que les objectifs émis par ces mères sont relativement concrets. Cela démontre qu'elles sont lucides et qu'elles arrivent à se projeter avec leur-s enfant-s dans un quotidien.

B. ACCEPTATION DES LIMITES DES MERES TOXICODÉPENDANTES

Une autre ressource importante des mères toxicodépendantes que souligne une assistante sociale est celle de l'acceptation de ses propres limites. Elle explique que dans certaines situations, la mère se rend compte qu'elle a besoin d'une prise en charge plus stricte avec une hospitalisation. Elle met en avant que ce processus prend un certain temps. Parfois, la mère se montre preneuse des outils apportés par les professionnels et cela permet de se diriger vers un arrêt de la consommation.

« [...] elle a été dans une institution pour la prise en charge des personnes toxicodépendantes et puis à partir de là, il y a eu revirement de situation pour elle. Elle a stoppé ses consommations, elle a vraiment pris tout ce qu'on lui offrait là-bas. » (A2, l. 144-146)

Un travailleur social ajoute que les compétences intellectuelles sont une ressource primordiale pour s'en sortir. Il donne l'exemple d'un parent dont le niveau intellectuel était restreint, et pour qui la démarche d'acceptation et le processus de changement n'étaient pas réalisables. Néanmoins, selon les professionnels interviewés, une mère qui, malgré sa consommation, démontre de bonnes compétences intellectuelles peut être en mesure d'analyser sa situation ainsi que de comprendre les répercussions qui découleront de sa décision à savoir se mobiliser en tant que mère ou laisser tomber ce rôle et continuer dans la consommation.

C. ENTOURAGE DES MERES TOXICODÉPENDANTES

Une ressource importante, mais qui divise les avis des professionnels, concerne l'entourage familial de la mère toxicodépendante. Certains travailleurs sociaux expliquent que la présence de la famille autour de la mère toxicodépendante peut être rassurante à condition que la famille adopte une position de support et qu'il y a comme un filet de sécurité pour elle. Cependant, d'autres professionnels disent que la présence de la famille n'est pas toujours une ressource en fonction de la qualité des liens entre la mère et l'entourage :

« Donc en même temps la grand-mère elle est toujours là pour dépanner, mais en même temps elle est toujours en train de dire à sa fille "Toute façon t'es tellement nulle, que heureusement que je suis là parce que moi j'y arrive, et que toi tu n'y arriveras jamais". Voilà, donc du coup on n'avance pas non plus. Donc euh, je pense que... ouais les familles sont plutôt présentes derrière, mais avec ces fonctionnements euh, qui ont produit la maladie. » (E3, I. 211-216)

Finalement, concernant le réseau social de la mère toxicodépendante, les professionnels parlent des amis qui se trouvent également dans ce cercle de consommation. D'une part, les travailleurs sociaux émettent le fait qu'ils ne sont pas une ressource positive pour ces mères en raison de leur consommation. D'autre part, certains travailleurs sociaux soulignent que la présence de ces personnes sur qui les mères peuvent compter pour les héberger ou pour garder leur·s enfant·s quand elles en ont besoin, reste tout de même un point positif pour elles. De ce fait, cela leur permet de se sentir entourées et soutenues à minima ce qui les aide à avancer.

Résumé

- ✓ La moyenne d'âge des mères toxicodépendantes se situe entre 30 et 40 ans ou entre 15 et 16 ans.
- ✓ Les mères toxicodépendantes ont généralement rencontré un parcours de vie difficile, avec des violences physiques, psychiques et/ou sexuelles.
- ✓ Les mères toxicodépendantes ont généralement une fragilité psychique importante.
- ✓ La consommation des mères toxicodépendantes débute généralement très tôt.
- ✓ Les femmes toxicodépendantes rencontrent généralement des hommes ayant la même problématique qu'elles.
- ✓ Différentes configurations possibles avec le père de l'enfant : présent dans la situation, mais étant lui-même toxicodépendant ; absent ou non impliqué ; présent et étant la partie la plus saine.
- ✓ Les mères toxicodépendantes rencontrent des difficultés à s'intégrer socialement.
- ✓ La précarité touche la majorité des mères toxicodépendantes. Dettes importantes suite aux consommations des substances illicites.
- ✓ Les mères toxicodépendantes effectuent généralement des travaux non déclarés : prostitution, serveuse, etc.
- ✓ Les mères toxicodépendantes se retrouvent face à leurs vulnérabilités et difficultés : jugement de la société, isolement, fragilité psychique, difficultés relationnelles, culpabilité, angoisse face aux attentes de la société et des professionnels, mensonges aux professionnels, désamour de leur enfant.
- ✓ Les différentes ressources des mères toxicodépendantes sont: prise de conscience de leur rôle de mère, compétences intellectuelles, volonté et détermination de s'en sortir, investissement, acceptation de l'aide des professionnels, entourage familial et amical.

4.2.3. ACCOMPAGNEMENT DU TRAVAILLEUR SOCIAL

4.2.3.1. Accompagnement du professionnel et ses enjeux

Dans le discours des travailleurs sociaux interviewés, le type d'accompagnement est lié à la mission du professionnel. En effet, en fonction de la mission du travailleur social, l'accompagnement prodigué peut varier. Dans le point 6.4.1.3. « Mission des travailleurs sociaux », nous avons relevé trois types d'accompagnements évoqués par les professionnels qui sont l'accompagnement familial, l'accompagnement individuel lié à l'addiction et l'accompagnement centré sur l'intérêt de l'enfant. Dans chacun de ces accompagnements, indépendamment du cadre de l'intervention, les travailleurs sociaux mettent en évidence un point commun qui est celui de la relation établie avec le bénéficiaire :

« Euh moi je garde toujours en tête, [...] c'est établir qu'il y a toute une première phase dans les traitements qui est l'alliance, qui est primordiale. Et ça, ça peut se jouer en dix minutes, comme des fois ça prend six mois pour créer un bout d'alliance, et ça dépend de plein de paramètres qui font que le courant peut passer ou pas. » (A1, l. 200-204)

La relation avec le bénéficiaire comporte des enjeux importants qu'il faut comprendre afin de pouvoir construire des bases solides avec lui. Nous avons constaté que la majorité des professionnels disent développer des stratégies adaptées aux besoins des mères pour créer un lien. En effet, il y a beaucoup de manières de construire un lien avec autrui, mais il faut trouver la bonne solution pour chaque personne.

Il est intéressant de voir l'imagination et l'adaptation dont font preuve les professionnels pour créer ce lien. Les travailleurs sociaux disent qu'il est inévitable d'amener une touche personnelle à l'intervention en fonction de ses propres valeurs et de ses résonances.

Nous avons constaté que dans les différents suivis, les professionnels disent se diriger vers les concepts pour lesquels ils ont une affinité tels que l'approche systémique par exemple afin de travailler le soutien à la parentalité.

« [...] on va travailler dans la globalité et puis affiner certaines thématiques. Ça peut être la parentalité parce que c'est très important et moi ça me tient à cœur de travailler cela, car j'aime bien les approches systémiques je trouve que ça fait sens, etc. » (A1, l. 118-120)

A. LES DIFFERENTS OUTILS D'INTERVENTION DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

Nous avons constaté dans l'ensemble des interviews menées que chaque professionnel dit avoir des outils qu'il utilise dans son intervention. En effet, ceux-ci varient en fonction de la

formation des travailleurs sociaux, de leurs sensibilités, de leurs croyances et de leurs valeurs.

Un outil que nous avons relevé dans le discours des professionnels est la transparence dans l'accompagnement. Selon les dires des travailleurs sociaux, la transparence signifie le fait d'être honnête et d'exposer l'ensemble des enjeux liés à leur accompagnement. En effet, il est ressorti dans plusieurs interviews que certains travailleurs sociaux disent se trouver dans des positions délicates qu'ils doivent gérer la situation de manière subtile pour éviter le plus possible de fragiliser le lien. Nous retrouvons ce discours notamment chez les professionnels qui travaillent dans l'accompagnement individuel des mères toxicodépendantes. L'enjeu entre le lien de confiance avec la mère et le devoir de signalement lorsqu'ils perçoivent un danger pour le ou les enfant·s est très fort :

« Dans ces situations, quels sont les enjeux : il y a la protection de l'enfance et le soutien de la mère ou du père. [...] Double enjeux : comment amener le parent à traiter son addiction et ainsi favoriser le lien parental tout en préservant l'enfant et en garantissant sa protection. » (E2, l. 546-549)

Concernant les outils utilisés par les professionnels, nous retrouvons aussi le concept de l'empowerment, la systémique et l'entretien motivationnel. Les professionnels disent adapter leurs outils en fonction des besoins que demandent les situations. De leur point de vue, ceci leur permet de personnaliser leur intervention et de trouver les meilleures pistes pour chaque cas qu'ils suivent. Les travailleurs sociaux expliquent qu'ils doivent jongler entre les situations qu'ils ont, ce qui implique que les outils utilisés ne sont pas les mêmes, car les besoins divergent d'un cas à l'autre :

« Il y a les grands modèles théoriques qu'on applique : l'approche motivationnelle, un peu de TCC aussi, un peu d'apprendre à gérer les émotions, un peu de systémique. La systémique est primordiale parce que la parentalité, ça questionne quoi ? Ça questionne toujours les règles et les rôles, ces grands principes-là. Et puis comment, à un moment donné dans un schéma familial, la personne arrive à maintenir les règles, les rôles et les rituels. » (A1, l. 375-380)

Il en est ressorti que les professionnels interrogés se questionnent souvent concernant les situations qu'ils suivent. Ces questionnements se retrouvent notamment autour du choix des outils et de la situation familiale qu'ils suivent. Nous pouvons observer dans le passage cité ci-dessus que le professionnel met en avant le concept systémique. Ensuite, il se questionne sur la signification qu'apporte la notion de parentalité et comment elle est appliquée dans le système familial en question. Selon les dires des travailleurs sociaux, tous ces questionnements leur permettent d'adapter leur intervention au cas par cas ainsi que d'agir en toute conscience.

B. COLLABORATION AVEC LA MERE ET/OU AVEC SES PARTENAIRES

Tout ceci nous amène à un point important dans l'accompagnement qui est la collaboration avec le ou les parent-s. Comme l'a bien spécifié la majorité des professionnels, il est fréquent que les mères toxicodépendantes soient séparées de leur partenaire et se retrouvent seules. Néanmoins, il arrive qu'un homme soit présent. Dans ce genre de situation, les travailleurs sociaux disent intégrer les deux parents ou les deux partenaires dans l'intervention puisque selon leur point de vue, il est primordial que les deux s'investissent.

En outre, chaque professionnel utilise ses propres stratégies afin de construire peu à peu cette collaboration :

« Euh... c'est déjà d'accepter comme elles sont. C'est déjà ne pas être jugées, et puis après les besoins c'est... ouais... c'est d'être écoutées, c'est d'être soutenues, c'est d'être entendues. Et puis, c'est surtout du soutien en fait. » (E3, l.63-65)

La majorité des professionnels s'accordent sur le fait qu'il est important de soutenir ces mères qui sont stigmatisées et qui sont très sensibles aux jugements que portent les autres sur elles. Ils expliquent qu'il est important d'être à l'écoute de leurs besoins et ils insistent sur le fait qu'il ne suffit pas d'écouter, mais aussi parfois de mettre en pratique des actes concrets avec elles pour qu'elles se rendent compte que les choses peuvent changer. Ce type de démarche pour le travailleur social est un autre moyen de créer une collaboration avec la mère toxicodépendante :

« Moi personnellement dans le travail que je fais avec elle, je travaille sur du concret. Si elle a une demande à faire, je fais le formulaire avec elle. [...] Moi je trouve important de chaque fois lui laisser l'opportunité de faire. » (A4, l.119-126)

En ce sens, le soutien et l'écoute permettent aux professionnels de créer un lien et d'initier une collaboration avec ces mères. De plus, si la demande émane d'elles, la motivation sera d'autant plus grande et la collaboration meilleure.

4.2.3.2. Modalités d'intervention

A. CADRE DE L'ACCOMPAGNEMENT

La plupart des travailleurs sociaux soulignent l'importance d'analyser la situation et de distinguer différentes thématiques qu'il serait nécessaire d'aborder en fonction des besoins des mères toxicodépendantes. L'accompagnement dépendra de la spécificité du domaine du travailleur social.

Un professionnel travaillant dans l'accompagnement des mères toxicodépendantes explique qu'il co-construit l'intervention avec elles. C'est-à-dire qu'il mobilise ces mères afin qu'elles amènent de la matière à travailler telles que leurs angoisses, leurs attentes, leurs objectifs, etc. Il met en avant l'importance d'être en phase avec la personne sur ces besoins présents afin de pouvoir avancer. Il arrive que ces mères soient fatiguées d'entendre parler de leur parentalité et qu'elles aient besoin de se concentrer sur elles-mêmes :

« Après les besoins des mères c'est de la co-construction. Moi je travaille toujours beaucoup là-dessus dans mon accompagnement quotidien je travaille avec ces orientations systémiques et ça se passe aussi beaucoup dans l'entretien motivationnel et du coup le travail des besoins se fait en co-construction si la personne elle amène quelque chose et qu'on sent, on construit les besoins, etc., les attentes, ses représentations, tu travailles un peu la autour [...] » (A1, l. 123-128)

A contrario, les propos des travailleurs sociaux qui interviennent dans la protection de l'enfant mettent en avant qu'ils vont accompagner l'enfant en veillant à préserver son développement ainsi que ses intérêts. Dans un premier temps, en fonction du mandat, ils vont mettre en place des moyens qui leur permettent d'avoir un contrôle sur la situation telle que le placement de l'enfant dans une crèche durant la journée, des prises d'urines pour la mère ou encore un suivi éducatif à domicile. Ce processus permet aux travailleurs sociaux d'observer et de constater s'il y a une évolution. Dans un deuxième temps, si les moyens mis en place ne suffisent pas, d'autres mesures vont être prises telles que le placement de l'enfant en institution ou dans une famille d'accueil :

« On va aller à domicile, mettre l'AEMO, on va mettre le paquet quoi. Pour avoir clairement un contrôle sur ce qui se passe. Quand ils sont toxicomanes actifs ça dégénère rapidement donc on place assez rapidement. » (A3, l. 168-170)

« [...] en général, le mandat est une curatelle éducative ce qui nous permet de mettre en place des mesures de manières anticipées. » (A4, l. 244-245)

Ces professionnels vont travailler essentiellement sur les besoins du ou des enfant·s qui ont une influence directe sur leur mère. Par exemple, lors d'une situation de placement, nous retrouvons le besoin chez l'enfant de garder un lien avec sa mère. Ceci amène le professionnel en question à mettre en place un droit de visite pour la mère afin qu'elle et son enfant puissent maintenir un lien malgré la distance quotidienne. Le rôle du travailleur social est de cadrer la situation afin que les besoins de l'enfant soient respectés ainsi que d'accompagner la mère dans ce processus :

« Alors prendre en compte ses besoins, je dirais peut être pas comme ça, mais prendre en compte les besoins de l'enfant, d'avoir un lien avec son parent, du

coup aménager des choses possibles pour permettre ça [...] Je pense que c'est où on a vraiment notre rôle de cadrer les choses parce qu'ils seront pas en adéquation avec ceux de l'enfant. » (A2, l. 60-62/ l. 63-64)

Du côté des travailleurs sociaux spécialisés dans l'accompagnement familial, il y a un travail qui se fait autour du système familial. Les professionnels connaissent bien les problématiques de la toxicomanie et agissent en fonction de celles-ci. Par exemple, ils expliquent que ces mères posent difficilement un cadre à leur-s enfant-s et qu'elles ne sont pas organisées dans leur quotidien, ce qui ne va pas avec les besoins des enfants. De ce fait, les professionnels leur enseignent des outils afin qu'elles puissent d'une part poser un cadre aux enfants et d'autre part, organiser leur quotidien. Ces deux pistes leur permettent de sécuriser leur-s enfant-s. De plus, une discussion est établie avec elles autour des éléments qui se sont passés durant une période afin de faire un bilan de comment ça se passe avec l'enfant et voir comment elles peuvent faire différemment :

« Euh... c'est beaucoup par des entretiens conjoints. De pouvoir reprendre les éléments de la semaine, ou de la quinzaine. Et pis de regarder comment ils auraient pu faire, pour faire juste, pour faire mieux, qu'est-ce qui n'a pas joué et pourquoi, et comment on peut faire pour que les choses se passent un peu différemment quoi. » (E3, l. 138-141)

L'intervention se construit entre le professionnel et la mère toxicodépendante. Il est nécessaire de point de vue des professionnels qu'elle soit en mesure de s'investir dans les solutions proposées. En effet, bien qu'ils soient d'horizons différents, l'ensemble des professionnels met en avant la nécessité que la mère soit partie preneuse du soutien proposé. Dans le cas contraire, si la mère n'est pas en état de s'impliquer, le placement devient la solution afin de préserver le développement du ou des enfant-s.

B. AJUSTEMENTS DE L'INTERVENTION DES PROFESSIONNELS

Selon la consommation de la mère toxicodépendante

Du point de vue de tous les professionnels interviewés, il y a une distinction importante à faire pour l'accompagnement de ces mères : lorsqu'elles sont en consommation active et lorsqu'elles sont engagées dans un traitement de substitution tel que la méthadone.

I. EN CONSOMMATION ACTIVE

Un éducateur social spécialisé dans l'accompagnement familial exprime le besoin d'avoir un contrôle social strict qui se traduit par des analyses d'urine ou un arrêt de la consommation avant de pouvoir intervenir dans cette famille. Sans ce cadre, il explique qu'il est extrêmement difficile d'intervenir.

« Toutes les dernières expériences qu'on a faites, tant qu'elle était en consommation active, l'enfant passerait après la recherche au produit qui est plus forte. » (E4, l. 26-28)

La consommation active pousse les professionnels à redoubler de vigilance et à mettre en place un panel de mesures qui visent à préserver le développement du ou des enfant·s. Le placement de l'enfant devient alors une solution nécessaire afin de lui assurer un cadre sécurisé et un environnement serein.

II. EN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

Lorsque les mères dépendantes entrent dans un processus d'arrêt de leur consommation avec une prise de produit de substitution, il y a la possibilité d'entamer un travail sur la parentalité avec elles, de créer un lien et d'évoluer dans l'intervention.

« Par contre si on est dans un processus d'arrêt, de tentative de la prise de produit de substitution comme la méthadone, et qu'on avance ensemble, je pense que là on peut créer un lien. » (E4, l. 131-133)

Les travailleurs sociaux expliquent qu'il y a des mères qui sont en traitement de méthadone afin de stabiliser leur consommation. Néanmoins, ils soulignent que ce traitement n'est pas à prendre à la légère et reste un produit de consommation :

« Moi j'avais une maman quand elle prenait sa méthadone et qu'on faisait un entretien dans les deux heures qui suivaient, elle piquait du nez. On avait l'impression qu'elle venait de se shooter. C'est pas parce qu'elle ne consomme plus un produit illégal qu'elle consomme plus du tout. Elle reste dépendante à un produit, mais c'est juste un produit légalement autorisé, mais c'est une maman qui sera toute sa vie sous produit. » (A4, l. 221-226)

Un éducateur social spécialisé dans l'accompagnement familial souligne les éventuelles rechutes. Il met en avant que malgré la présence du traitement, les rechutes sont possibles. En ce sens, les professionnels disent être conscients de ce processus et devoir réadapter leur intervention afin de mettre en place les mesures nécessaires lorsque la rechute arrive.

Selon l'évolution de la situation

Certains travailleurs sociaux disent utiliser un type de questionnaire pour la pose des objectifs. Cela leur permet d'évaluer la situation de la mère ou de la famille et de voir s'ils sont dans la direction souhaitée. À partir de là, soit ils continuent sur cette voie, soit ils modifient les objectifs afin de s'ajuster aux besoins :

« Pose des objectifs, on réévalue avec la personne si c'est atteint ou pas, on modifie les objectifs, on modifie les moyens, etc. Disons que l'idée ça nous oblige à évaluer, à faire une évaluation continue des accompagnements qu'on a ici. »
(E2, l. 44-46)

D'autres professionnels travaillent sur l'analyse des faits antécédents afin de déterminer les éléments à changer. Ainsi, ils réajustent leur intervention en fonction de leurs observations. Il est intéressant de constater qu'il y a un point commun qui relie les professionnels interrogés, à savoir le réajustement de leur intervention à partir de questionnements, d'observations faites ou des demandes mentionnées de la part d'une mère ou d'une famille. En ce sens, ils mettent en avant que l'adaptation aux situations représente la base de leur travail. S'ils ne l'effectuaient pas, l'intervention n'aurait pas de sens logique pour les mères et l'évolution ne serait pas aussi bénéfique.

« [...] c'est quand même des situations où t'es quand même passablement impliquée parce que c'est des situations qui évoluent tout à coup très vite en bien ou en mal. Enfin, tout à coup ça dégringole très vite en pire et pis ben il faut agir très vite ou alors tout à coup il y a des autres changements, et il faut se réadapter. Faut toujours s'ajuster en fonction de ce qu'il se passe. Donc c'est des situations qui, je pense, demandent pas mal d'entretiens et de disponibilité. »
(A2, l. 80-85)

C. REGARD DES PROFESSIONNELS SUR LA POSSIBILITE D'ETRE MERE ET TOXICODÉPENDANTE

Chaque professionnel a sa propre personnalité, sa représentation de la famille et certains arrivent plus facilement à accepter l'idée que l'organisation de la famille peut être entièrement différente à la sienne et bien fonctionner dans ces situations. Le regard sur ces mères toxicodépendantes, dépend a priori de la vision des professionnels sur la parentalité. Certains travailleurs sociaux interviewés disent avoir plus de difficultés à concevoir que même dans une famille chaotique, le système peut fonctionner. Un assistant social met en avant cette idée :

« [...] quand on parle de rôles, de règles et de rituels, c'est pas les nôtres qui ne sont pas bons, bien au contraire. Un bon rôle, un bon rituel c'est du moment que la famille trouve ça normal, trouve ça implicite et que ça se passe bien et qu'elle arrive à trouver son chaos. Après il y a des limites. S'il y a la maman qui commence à sniffer de la cocaïne à table, non ! [...] je pense qu'il faut vraiment faire preuve de souplesse et aller vers l'autre pour mieux comprendre son monde, mieux comprendre comment il l'appréhende, pour mieux pouvoir co-construire. » (A1, l. 462-469)

D'autres professionnels disent que le développement d'un ou des enfant-s ayant des parents toxicomanes n'est pas sans conséquence, surtout lorsque la mère est dans une consommation active, car l'enfant passera après le produit.

« Bon, toute façon quelqu'un qui est en consommation active, vraiment active, il va prioriser le lien au produit, et il va délaisser les relations affectives quelles qu'elles soient. Que ce soit dans un couple, que ce soit par rapport à ses enfants. » (E2, l. 287-289)

« Et ce qui me frappait aussi avec cette mère, c'est qu'elle n'avait jamais dit qu'elle souhaitait arrêter de consommer. Pour elle c'était la vie. Ça veut dire que pour moi, ça voulait dire que les enfants passaient après la consommation. C'était pas une mauvaise volonté, elle ne pouvait plus imaginer d'exister sans ça. Il n'y avait même pas l'intention d'envie d'arrêter... Et pour moi, ça c'était impressionnant » (E1, l. 319-323)

En ce sens, lorsque la mère est dans une consommation active, pour tous les professionnels interrogés, l'accompagnement du développement des compétences parentales n'est pas possible. Les travailleurs sociaux soulignent bien le fait que ce n'est pas le produit, mais le niveau d'addiction qui prime alors dans l'accompagnement :

« On peut être dans une addiction sévère au cannabis comme dans une addiction légère à la cocaïne et puis le niveau d'intervention il sera plus en lien avec ça plutôt que par rapport au produit. Après je vais pas vous mentir, il y a des produits ben voilà on sait que la consommation c'est compliqué parce que souvent ça se passe au niveau du cerveau qui envoie des shoots de dopamine quand il voit des stimuli. (A1, l. 605-609)

Afin de mieux comprendre le regard des professionnels sur la parentalité, nous avons relevé qu'il pouvait y avoir deux points de vue distincts chez les travailleurs sociaux à savoir la possibilité d'effectuer un suivi ou l'impossibilité de le faire. Les professionnels interviewés peuvent se positionner pour ces deux cas de figure selon les situations. Ils rappellent que chaque situation est singulière et qu'il est impossible d'en faire une généralité. Certes, ils prétendent que l'addiction peut fortement fragiliser le rôle parental, mais ils soulignent les différents facteurs qui entrent en ligne de compte comme le degré d'addiction ou l'âge de l'enfant.

I. POSSIBILITE D'UN SUIVI DES MERES TOXICODÉPENDANTES SELON LES TRAVAILLEURS SOCIAUX

Nous constatons que certains professionnels relèvent qu'il est possible d'effectuer un travail avec des mères toxicodépendantes consommant activement sous certaines conditions.

Tout d'abord, les travailleurs sociaux soulignent cette nécessité de s'adapter à la situation, mais qu'il est primordial que la mère se prenne en charge et qu'elle admette sa dépendance. Malgré le fait que la dépendance reste problématique, les professionnels soulignent qu'il y a possibilité de mettre des solutions en place :

« [...] à partir du moment où les gens ont décidé de s'en sortir, enfin en tout cas de se soigner pis d'accepter leurs dépendances, tu peux avancer avant ça [...] sinon tu peux patauger pendant des années. » (A2, l. 306-307)

Un aspect essentiel pour ces professionnels qui accompagnent ces mères est de faire participer ces femmes à l'évolution de leur situation en mobilisant leurs propres ressources, à savoir leurs ressources personnelles, sociales et professionnelles :

« On peut trouver des solutions pour que de cette solution problématique on arrive à trouver quelque chose de positif en sollicitant ses ressources, en mobilisant toutes ses capacités d'empowerment, etc. La personne peut se développer, se mobiliser pour trouver des solutions à ses problèmes. » (A1, l. 339- 343)

Dans cette perspective, un éducateur social spécialisé dans les addictions dit garder espoir pour que le parent se mobilise afin de construire le lien avec son enfant :

« En tant que professionnel des addictions, j'ai pu avoir le sentiment qu'au-delà des craintes suscitées, nous avons espoir que le parent se mobilisera pour faire face à son problème de toxicodépendance et ainsi il pourra établir, reprendre, maintenir, améliorer le lien avec son enfant et ses enfants. Un certain nombre d'expériences positives et qui nous confortent avec cette idée. » (E2, l. 541-545)

Nous constatons que ces expériences positives permettent de garder un espoir pour ce type de situations, même si la vision de départ concernant une mère toxicodépendante n'est pas bonne à première vue. Dans cette optique, les professionnels expliquent que la mère peut transmettre des valeurs affectives à son enfant et lui apporter une présence et un soutien.

Un assistant social explique l'importance d'avoir des ressources sociales fiables pour une mère dépendante. En effet, cela leur permet d'avoir un soutien lorsqu'elles se trouvent dans des moments de faiblesse :

« Je pense qu'elle peut, une maman peut éduquer sans soucis un enfant du moment qu'il y a suffisamment de tuteurs de résilience autour, du moment qu'il y a deux personnes. » (A1, l. 38-40)

Un entourage présent représente une sécurité pour le professionnel concernant la mère toxicodépendante. Cela permet une ouverture pour trouver des solutions concernant l'enfant.

Ensuite, ces travailleurs sociaux soulignent l'importance de travailler en réseau afin d'apporter une vision et un accompagnement interdisciplinaire. La plupart des professionnels expliquent le besoin de collaborer avec des personnes spécialistes dans leurs champs d'action et de construire une zone commune afin qu'ils puissent travailler ensemble.

Cet assistant social parle « d'intelligence collective » afin que chaque professionnel apporte autre chose. La notion de risque qu'il souligne est, selon lui, importante et essentielle afin d'offrir une marge de manœuvre à la mère pour qu'elle puisse accomplir des actes, faire quelque chose. Plusieurs professionnels parlent alors de différentes structures disponibles pour ces mères comme les points rencontre, l'AEMO afin de leur permettre d'exercer leur parentalité, sous un regard du professionnel. Un éducateur social spécialisé dans les addictions explique également que ce qui rassure dans ces suivis, ce sont les contrôles réguliers, les contrôles pénaux obligatoires.

« Pour moi c'est un contrôle clair de non-consommation. C'est un suivi médical, avec une levée de... Enfin moi j'avais proposé aux parents, je leur ai dit parce qu'ils nous disent : "Non on consomme pas, on consomme pas". Alors je leur ai dit : "Moi je peux que vous croire, mais si vous voulez le prouver aux gens, et ben faites des prises d'urine, je pense que c'est bien pour vous, bien pour eux, pas de soucis". » (E4, l. 56-60)

Finalement, nous retenons que selon ces professionnels lorsque les mères toxicodépendantes sont soutenues par leur environnement social, lorsqu'elles ont conscience de leur situation problématique, lorsqu'elles ont la motivation de s'en sortir et lorsqu'il y a présence d'un réseau interdisciplinaire autour d'elles, il y a une perspective d'évolution dans la parentalité.

II. IMPOSSIBILITE DU SUIVI DES MERES TOXICODEPENDANTES SELON LES TRAVAILLEURS SOCIAUX

A contrario, nous allons à présent mettre en avant les différentes situations où le suivi des mères toxicodépendantes n'est pas réalisable du point de vue d'un deuxième groupe. Les travailleurs sociaux se rejoignent à dire que si la mère est dans une consommation active ou si elle n'a pas conscience de son problème de dépendance, la prise en charge ne va pas être possible, car elle ne pourra pas assumer son rôle parental. Tous ces professionnels rappellent que la plus grande difficulté dans le suivi de ces mères toxicodépendantes est lorsqu'elles sont dans le déni. Ils précisent que si c'est le cas, il n'y a pas de collaboration possible avec elles, ce qui veut dire que le suivi, selon eux, est impossible.

« Je veux dire là, il n'y avait rien à faire tant qu'ils n'étaient pas sortis de leur addiction. Ça ne sert à rien de mettre des pansements quand le problème de base, il n'est pas en voie de... il n'y a pas une vraie volonté, ou plutôt une capacité parce que des fois, la volonté ça ne suffit pas toujours, d'arrêter de consommer. Il devrait y avoir un traitement de substitution » (E4, l. 75-79)

Un travailleur social explique la difficulté de travailler avec une personne qui souffre d'addiction :

« L'addiction fait qu'à un moment donné, c'est compliqué d'élever un enfant quand on a une addiction parce qu'à la base, élever un enfant ce n'est pas tout simple on doit avoir une disposition psychique importante, on doit être présent on doit être une figure à un moment donné un pré-tuteur quelque chose de solide et le problème de l'addiction, c'est qu'à un moment donné ben ça va altérer toutes ces capacités cognitives, ces capacités émotionnelles et puis du coup il manque de stabilité et de cohérence dans l'éducation. » (A1, l. 32-38)

Ensuite, ces professionnels précisent que si la mère n'a pas de soutien derrière elle, si elle se retrouve face à la solitude, alors la situation devient très difficile puisqu'elles n'ont personne vers qui se tourner :

« Si la personne est seule isolée dans son coin et puis elle a réellement une problématique d'addiction, ça va vite pécher, ça va vite être très, très, très compliqué pour l'enfant et pour elle parce que l'enfant va devenir un poids. Malheureusement, elle ne va plus avoir les dispositions ou la disponibilité pour pouvoir assumer cette responsabilité. » (A1, l. 40-44)

Ces travailleurs sociaux rappellent que ce sont des personnes fragiles, qui ont peu de confiance en elles, et qui ont grandi avec des croyances qu'elles n'y arriveront jamais. De ce fait, elles ont tendance à se mettre en difficulté elles-mêmes dans leur parcours :

« Et pis chaque fois qu'ils peuvent réussir, et ben ils se sabotent parce qu'ils, parce que c'est impossible qu'ils se voient réussir. » (E3, l. 182-183)

En conclusion, en reprenant les discours des professionnels interrogés, nous constatons que la majorité exprime la difficulté d'associer toxicomanie avec parentalité. Ils mettent en avant le fait qu'il ne faut pas en faire une généralité. Il y a différents facteurs qui entrent en ligne de compte comme le degré de l'addiction ou l'âge du ou des enfant-s.

D. TRAVAIL SUR LE LIEN MERE-ENFANT

Les professionnels interrogés expliquent les conditions pour maintenir et favoriser l'ancrage du lien mère-enfant. Pour eux, cela représente un travail de motivation de la part des mères,

un travail de prise de conscience de leur dépendance ainsi qu'un travail sur les relations familiales.

La majorité des professionnels explique l'importance de travailler en premier sur l'histoire de vie personnelle de la mère afin de renforcer son estime d'elle-même, sa confiance en elle pour qu'elle puisse ensuite exercer son rôle parental.

Un éducateur social spécialisé dans les addictions souligne l'importance de se centrer tout d'abord sur la mère et sa consommation, pour ensuite pouvoir se concentrer sur les besoins de son ou ses enfant·s.

Le professionnel en question dit qu'il peut, par la suite, accompagner la mère toxicodépendante à aménager sa relation avec son enfant, créer un contact sécurisé afin de favoriser le lien. Il met en avant certains concepts du modèle systémique qui sont, pour lui, essentiels dans son travail :

« Les conditions pour maintenir et favoriser l'ancrage du lien mère-parent-enfant : travail de motivation, travail de prise de conscience de sa situation toxicodépendance et des impasses de celles-ci, notamment sur les relations familiales, sortir du déni. » (E2, l. 560-563)

Lorsque la consommation de la mère ne lui permet pas de subvenir aux besoins de son ou ses enfant·s, les professionnels de la protection de l'enfant doivent envisager une solution, à savoir le placement. Celui-ci permet ainsi d'offrir une protection à l'enfant afin de préserver son développement et de laisser le temps à sa mère de soigner son addiction. Dans certains cas, les résultats sont positifs concernant la construction du lien entre le ou les enfant·s et leur mère.

Nous trouvons intéressant de relever les propos d'une assistante sociale qui explique le retour de l'enfant à son domicile après trois ans de placement. Elle souligne l'évolution de la mère dans la gestion de son quotidien, dans sa responsabilisation, dans les soins physiques et psychiques qu'elle apporte à son enfant :

« Il y a eu un bon bout de chemin. Maintenant les enfants ils vont bien à l'école, ils évoluent positivement. Si on connaît pas la situation, on dirait pas que ces enfants-là vivent avec une mère qui a un parcours d'addiction. Aujourd'hui c'est clair qu'elle est plus dans la consommation de produit, mais elle a quand même toujours la méthadone et puis ça reste quand même un produit. » (A4, l. 97-101)

E. BÉNÉFICES DE L'ACCOMPAGNEMENT

Concernant les bénéficiaires de l'accompagnement, nous avons pu constater que les professionnels interrogés les mettaient peu en avant. En revanche, ils parlent plutôt d'évolution positive des mères toxicodépendantes indépendamment des bénéficiaires :

« Et puis, il y a plein d'autres choses sur lesquelles on lui a laissé l'opportunité et elle se débrouille très bien. Par exemple dans la relation avec l'école de ses enfants, je n'interviens plus du tout. C'est elle qui gère. » (A4, l.126-128)

Nous constatons que le professionnel s'est inspiré du concept d'empowerment afin d'intégrer la mère à l'intervention ce qui semble avoir été positif. Cette citation démontre bien qu'en laissant l'opportunité à ces mères d'agir, il y a un gain dans leur autonomie et dans leur satisfaction personnelle.

Concernant l'évolution et les ressources que ces mères réussissent à développer au cours de ces interventions, nous avons relevé que les professionnels spécialisés dans l'accompagnement des familles soulignent la mobilisation qu'elles démontrent afin d'assumer leur rôle de maman. En effet, les professionnels soulignent cette capacité de gérer le quotidien de leur enfant et de se créer un nouveau réseau social.

En parallèle, les travailleurs sociaux spécialisés dans la protection de l'enfant énoncent les effets positifs que l'accompagnement a sur les enfants. Dans certaines familles, la mise en place d'un soutien à la parentalité permet d'éviter un placement. Si le ou les parent-s sont preneurs de cette aide, c'est un point très positif, car cela implique qu'ils veulent investir leur rôle de parent et le lien parent-enfant est maintenu :

« Je me souviens que dans une famille ça a permis à un enfant de commencer un apprentissage afin de s'intégrer vraiment. C'était vraiment une bonne béquille pour les parents puis un garde fou aussi, et puis voilà, ça a permis d'avancer, d'éviter un placement, de garder ce lien même si ce n'est pas toujours facile la vie qu'ils avaient. » (E4, l. 190-193)

Dans l'ensemble des discours des professionnels, nous avons remarqué qu'il y avait une grande place accordée aux questionnements liés aux situations qu'ils suivent. Ceci démontre une implication constante des professionnels durant leur intervention. Les interventions des professionnels peuvent être bénéfiques et apporter des pistes aux mères qu'ils suivent, mais les travailleurs sociaux soulignent l'importance de l'investissement de la part des mères suivies afin d'y parvenir.

4.2.3.3. Difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux

Dans le travail avec les mères toxicodépendantes, les travailleurs sociaux sont confrontés à plusieurs difficultés tout au long de leurs interventions. Ils doivent faire avec et surtout gérer ces difficultés de manière à ce qu'elles entravent le moins possible leur accompagnement.

A. DIFFICULTES ET DENI DES MERES FACE A LA BANALISATION DE LEUR CONSOMMATION

La plupart des travailleurs sociaux interrogés relèvent le fait que les mères toxicodépendantes ne se rendent pas forcément compte de l'impact de leur consommation sur le développement de leur-s enfant-s et sur leur entourage. En effet, la plupart des professionnels parlent du déni des conséquences de la consommation des mères toxicodépendantes. Ils soulignent que la vision de ces mères n'est pas la même que celle d'une personne extérieure qui analyse la situation. En effet, les mères toxicodépendantes ont tendance à faire passer leur besoin de consommation avant les besoins de leur-s enfant-s.

En ce sens, un assistant social spécialisé dans les addictions explique qu'un adulte dépendant essaie avant tout de répondre à ses propres besoins, car sa priorité est d'effacer sa souffrance à travers le produit consommé. La plupart des professionnels rejoignent cette idée en développant la difficulté à imaginer qu'une personne pour qui la substance est devenue sa priorité principale, puisse répondre aux besoins de son ou ses enfant-s de manière responsable :

« "Et ben moi j'ai besoin de dormir le matin. Ouais ça me fait trop de faire des repas à midi, je l'amène à la cantine" ou c'est de voir des potes, c'est de s'amuser et le besoin de l'enfant, il passe après quoi. Donc c'est ça pour moi la grosse faille. » (E3, I.252-255)

De plus, la situation d'une mère qui consomme est instable. Elle n'est pas organisée et ne suit pas un rythme de vie normal ce qu'elle n'est pas en mesure d'entendre. À ce stade, les professionnels s'accordent pour dire que le développement du ou des enfant-s est en danger et qu'il est nécessaire de prendre une mesure de protection telle que le placement. L'annonce de cette solution est mal accueillie par la mère et laisse place à de la colère. En outre, elle montre bien l'incompréhension de cette décision, car pour elle, il n'y a aucun problème marquant :

« Alors oui, ces enfants sont très vite placés et très jeunes. Là j'en ai un je l'ai placé quatre fois en institution dans sa toute petite enfance. Il n'est pas encore à l'école. Chaque fois qu'on enlève la structure du foyer, c'est la vie de la mère part dans tous les sens et pis elle-même n'a pas de structure donc en fait, c'est le foyer de son fils qui lui donne la structure, c'est les seuls horaires qu'elle a. Pis

quand on laisse aller, ben pour finir on apprend de la police qu'à une heure du matin, l'enfant est dans la rue en poussette avec sa mère qui rentre et qui ne voit pas le problème parce que gentiment l'enfant adapte son rythme à celui de sa mère. Et pis tout est sens dessus dessous. [...] Et après elle s'est demandée pourquoi on le plaçait. » (A3, l. 94-101/ l. 104)

Les travailleurs sociaux sont donc confrontés à ce déni ou cette banalisation de la consommation active de la mère. Le seul moyen qu'ils défendent afin de pouvoir entamer un accompagnement dans lequel la mère est impliquée, c'est l'arrêt de la consommation ou au moins un suivi médical qui vise à la stabilisation de la mère. Ils mettent en avant le fait qu'il n'est pas possible d'intervenir de manière efficace si la mère n'est pas dans une optique de remise en question et de collaboration :

« Je veux dire là il n'y avait rien à faire tant qu'ils n'étaient pas sortis de leur addiction. Ça ne sert à rien de mettre des pansements quand le problème de base, il n'est pas en voie de... il n'y a pas une vraie volonté, ou plutôt une capacité parce que des fois la volonté ça ne suffit pas toujours, d'arrêter de consommer. Il devrait y avoir un traitement de substitution ou quoi que ce soit. » (E4, l. 75-79)

Nous avons également souligné les propos d'un travailleur social interviewé qui démontre sa difficulté d'intervention auprès d'une personne dépendante en raison du déni dans lequel elle se trouve:

« [...] c'est très difficile de faire un travail éducatif avec une personne qui souffre de toxicomanie, qu'elle consomme, qui est dans le déni, qui est dans le mensonge. C'est très difficile... Et je vois mal comment un enfant peut se construire avec une personne qui n'arrive pas à se construire soi-même. » (E1, l. 84-87)

Comme nous pouvons le constater, il est très clair dans le discours des professionnels que l'investissement et la mobilisation de la mère sont extrêmement importants afin de pouvoir faire évoluer une situation. La difficulté pour les travailleurs sociaux est donc de travailler avec le déni et la banalisation de ces mères toxicodépendantes.

B. ENJEUX DE LA RELATION ENTRE MERES TOXICODÉPENDANTES ET PROFESSIONNELS

La majorité des travailleurs sociaux mettent en avant le mensonge comme forme de limite. La difficulté qu'ils rencontrent est le fait de travailler sur des éléments inventés ou modifiés par les mères.

Les mères toxicodépendantes sont conscientes des enjeux et du contrôle social auxquelles elles sont soumises. De plus, elles connaissent très bien le système. Elles savent que les substances qu'elles consomment sont illégales et ne souhaitent pas se faire interpeller par les forces de l'ordre. Pour ce faire, elles n'hésitent pas à utiliser le mensonge afin de se protéger. Cette manière de faire pose quelques problèmes aux intervenants puisqu'ils ne peuvent pas travailler dans la transparence avec elles :

« [...] le principal problème qu'on rencontre est dû au fait que la consommation est illégale, c'est qu'elles nous mentent et nous disent pas tout. Si au moins on pouvait travailler dans la transparence avec la mère et l'enfant. Mais elles ne disent rien, elles disent que tout va toujours bien. » (A3, l.130-133)

En outre, l'ensemble des travailleurs sociaux explique qu'ils sont soumis au devoir de signaler les cas où ils estiment qu'un enfant est en danger dans sa famille. Cela crée un paradoxe du point de vue des professionnels qui accompagnent les mères toxicodépendantes. En effet, ils doivent construire un lien avec la mère en question, mais également être transparents avec elle sur leurs obligations professionnelles selon les observations qu'ils font :

« Mais c'est clair, après il y a toujours cet aspect de devoir de signalement qu'on parle avec eux aussi, qu'on dit que voilà, on a le devoir de signalement. Donc des fois c'est compliqué aussi d'établir un lien dans cette conjonction là, mais en même temps, c'est comme ça et c'est la réalité. Et puis en même temps, c'est normal qu'on parle de ça aussi. » (E2, l. 210-213)

Cet aspect de la relation engendre une méfiance de la part des mères puisqu'elles savent les conséquences pénales et civiles qu'elles risquent si elles disent la vérité :

« D'abord c'est le mensonge, on ne peut pas compter sur la vérité des toxicomanes actifs et c'est compréhensible, car ils ont toujours peur, comme on est un service officiel que quand ils nous disent quelque chose la police le sache.» (A3, l. 277-279)

Une autre manière qu'elles utilisent pour se protéger est de mettre la responsabilité de la situation ailleurs afin de démontrer qu'elles ne sont pas les seules responsables. Un professionnel explique qu'il est difficile pour lui de travailler lorsqu'il n'y a pas de remise en question de la part de la mère :

« Ben c'est le phénomène de déresponsabilisation : "C'est toujours la faute des autres, le système". Enfin, on n'arrive pas à se poser et entrer à travailler sur la problématique, parce que c'est quand même beaucoup un phénomène de victimisation : "Pis c'est ça, pis c'est de leur faute, pis si on gagne plus de sous,

pis que le social, pis vous voyez". Ils cherchent à ce qu'on entre là dedans, à se plaindre et dire combien c'est difficile. "Bah oui c'est difficile, mais pour l'instant qu'est-ce qu'on fait, comment est-ce qu'on fait pour votre enfant ? ". » (E4, l.151-157)

Nous constatons que c'est une difficulté connue pour l'ensemble des professionnels interviewés. Il est compliqué d'avancer avec une personne qui est dans le déni de sa responsabilité.

C. ATTENTES DES MERES TOXICODÉPENDANTES ET BESOINS DE L'ENFANT

La majorité des professionnels s'accordent sur le fait qu'une mère qui se trouve en consommation active ne pourra momentanément pas répondre aux besoins de son ou ses enfant·s. Les besoins et les attentes des mères dépendantes face à leur·s enfant·s peuvent représenter une difficulté de taille pour les professionnels. En effet, les attentes qui reviennent le plus souvent chez ces mères sont d'avoir la garde des enfants ainsi que de gérer le quotidien avec eux. Les travailleurs sociaux expliquent que celles-ci sont difficilement accessibles si la mère n'est pas dans une optique de stabilisation ou d'arrêt de sa consommation. De plus, certains professionnels soulignent que les attentes des mères ne sont pas forcément en adéquation avec les besoins de l'enfant :

« [...] puis c'est vrai que je pense que c'est important de laisser une place aux demandes que ces mamans peuvent avoir, après c'est vrai que dans notre position on est là pour veiller à l'intérêt de l'enfant et pis on est aussi là pour faire véhiculer ce message aux mamans qu'elles prennent conscience que leur intérêt n'est pas toujours égal à l'intérêt de l'enfant et pis qu'on essaie de voir ce qui est possible. » (A4, l. 32-36)

Les sujets interrogés énoncent que le risque avec ces mères est que certains enfants entrent dans un processus de parentification et s'occupe de leur mère lorsqu'elle est temporairement incapable d'assumer son rôle. Ces enfants s'adaptent et s'autonomisent très tôt. Selon tous les travailleurs sociaux, ce genre de situation n'est pas souhaité pour un enfant, car il détériore certaines étapes de son développement et va à l'encontre de leurs besoins :

« Ça peut être des enfants aussi qui peuvent être parentifiés quoi, vu que les parents ils sont... tu vois ce genre de parents qui ne se lèvent pas, le gamin, il doit se lever tout seul par exemple, ça peut être ça. Donc euh, donc euh je pense que ça les soulage, et pis ça leur augmente une part de leur enfance, ils peuvent se laisser vivre, sans devoir toujours porter leur parent. » (E3, l. 117-121)

D. LIMITES OU OPPORTUNITES DUES AU CADRE INSTITUTIONNEL

Malgré les différents horizons des sujets interrogés, la plupart d'entre eux énoncent que le cadre institutionnel représente un élément soutenant. Ils voient ce cadre positivement et comme une protection. En outre, ils expliquent qu'ils peuvent avoir une certaine marge de manœuvre dans leurs interventions ce qu'ils trouvent agréable :

« On peut vraiment tout imaginer. Par contre, il y aura des limites qui sont bénéfiques pour nous. C'est-à-dire qu'au-delà d'un certain seuil d'insultes, la direction intervient, donc on n'est pas obligé de tout accepter. Et pis après, il n'y a pas d'obstacle par rapport au placement, il n'y a pas une idéologie qui dit "il faut faire ci ou ça". » (A3, l. 316-319)

Cela dit, nous avons souligné quelques limites parmi lesquelles les travailleurs sociaux doivent faire face durant l'accompagnement familial. Tout d'abord, nous avons relevé le mandat imposé par une autorité de protection ainsi que les objectifs fixés par un service de protection de l'enfant concernant une famille. En effet, ceux-ci dirigent l'intervention des professionnels dans une sorte de contrôle social et leur laissent peu de marge de manœuvre sur le terrain. Ils doivent alors rendre des comptes au service de protection en question afin que celui-ci évalue la suite des événements pour la famille en question :

« Les limites ça peut être qu'on est mandaté par le SPJ, et qu'on est dans le contrôle social, ça, ça peut être une limite. » (E4, l. 425-426)

Ensuite, certains éducateurs sociaux parlent de la durée de leur intervention comme forme de limite de leur intervention. En effet, certains professionnels accompagnent des familles durant un temps déterminé. Cette limite dans le temps peut être problématique, car souvent, il faut cette période aux familles afin qu'elles présentent une évolution au niveau familial, conjugal ainsi que dans le traitement de l'addiction. Ainsi, le professionnel peut se trouver coupé dans son intervention alors qu'elle n'est pas réellement terminée. De plus, les travailleurs sociaux concernés savent qu'une fragilité restera présente dans ces familles et qu'il serait judicieux d'être plus présent durant ces moments de fragilité :

« Ben après, c'est la limite des deux ans je dirai qui pose le plus de problèmes. Parce que c'est le genre de personnes où tu sais qu'au bout de dans ans, peut-être qu'ils ont diminué les doses de méthadone, peut-être qu'ils ont compris des trucs, peut-être qu'ils ont pu arrangé un peu leur bidon avec le conjoint parce que c'est moins la crise, parce que chacun refait sa vie ou j'en sais rien quoi. Mais globalement, il y a toujours une fragilité qui restera. Et pour moi ça pourrait très bien être des interventions moins fréquentes, mais qu'ils sachent qu'on est toujours là pour eux. » (E3, l. 443-449)

En revanche, cette problématique de durée de l'intervention ne touche pas tous les professionnels. En effet, certains expliquent que la durée peut dépendre de l'évolution de la situation familiale, de l'implication des mères toxicodépendantes ou de la durée du mandat donné par une autorité. Les travailleurs sociaux adaptent leur intervention au rythme des familles. Ainsi, nous avons constaté dans les différentes interviews que la durée d'une intervention pouvait énormément varier :

« Tout ça pour dire que c'est des accompagnements qui prennent beaucoup de temps quand même, parce que c'est des situations relativement complexes avec des enjeux importants. » (A1, l. 277-279)

Résumé

- ✓ La mission du professionnel conditionne son accompagnement.
- ✓ L'accompagnement des travailleurs sociaux comporte différents enjeux qui sont déterminants dans la construction du lien avec le bénéficiaire.
- ✓ Les travailleurs sociaux utilisent une palette d'outils afin d'adapter leur accompagnement aux personnes et en fonction de leurs affinités avec certains concepts.
- ✓ La collaboration entre les professionnels et les mères toxicodépendantes est un aspect important de l'accompagnement. Les travailleurs sociaux utilisent des stratégies afin d'initier cette collaboration.
- ✓ Dans un accompagnement, les professionnels se positionnent en fonction du cadre institutionnel ainsi que de la mission qui leur est confiée.
- ✓ Les professionnels effectuent des ajustements dans leurs accompagnements afin de rediriger leurs interventions pour aller vers une évolution des situations suivies.
- ✓ Les professionnels mettent en évidence qu'il est possible de travailler la parentalité ainsi que le lien mère-enfant avec des mères toxicodépendantes pour autant qu'elles soient conscientes de leur consommation et qu'elles se trouvent dans une consommation contrôlée.
- ✓ L'accompagnement des professionnels permet une évolution positive et une amélioration notable de certaines situations lorsqu'il y a une volonté d'évolution de la part de la mère dépendante.
- ✓ Le travail sous aide contrainte permet aux travailleurs sociaux d'avoir un fil rouge dans leurs interventions ainsi que de définir des limites.
- ✓ Les professionnels rencontrent quelques difficultés quant au travail sous aide contrainte.
- ✓ Les travailleurs sociaux sont confrontés à une série de difficultés tant venant des mères toxicodépendantes que du cadre de leur accompagnement et se doivent d'être conscients de celles-ci afin de trouver des stratégies pour les surmonter.
- ✓ Les professionnels observent que les attentes des mères toxicodépendantes ne sont pas toujours en adéquation avec les besoins de leur-s enfant-s.
- ✓ Le cadre institutionnel se révèle être soutenant pour les travailleurs sociaux

5. VERIFICATION DES HYPOTHESES ET SYNTHESE

Afin de conclure l'analyse des résultats obtenus, nous allons présenter une vérification de nos hypothèses de départ. Le processus de ce travail nous a permis de constater un écart entre les hypothèses de départ ainsi que le contenu de notre analyse. Nous en parlerons dans les points 8.6.1 « Bilan professionnel » et 8.6.2 « Bilan personnel ».

Nous allons reprendre une définition du terme de parentalité et la mettre en perspective avec le terme d'addiction. Comme le définit Lamboy B. (2009) dans son article « Soutenir la parentalité : pourquoi et comment » :

« La parentalité dans l'univers analytique correspond ainsi à l'« ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique. » (Lamour et Barraco tiré de Lamboy, 2009, p. 32-33)

Mettons cette définition en parallèle avec le terme d'addiction qui est défini par Reynaud Michel, Président du Fonds Action Addiction dans l'article « Addiction : définitions et principes thérapeutiques » :

« L'impossibilité répétée de contrôler un comportement qui est poursuivi en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne. » (Reynaud cité par Laqueille & Liot, 2009, p. 613)

Par ces définitions, nous constatons la difficulté à associer une présence maternelle qui répond aux besoins de son ou ses enfant·s sur le plan physique, psychique et affectif lorsqu'il y a impossibilité de contrôler un comportement négatif.

En effet, après le développement des différents concepts théoriques et l'élaboration de l'analyse des entretiens, nous sommes donc en mesure de répondre à la question de recherche qui était la suivante :

Comment les travailleurs sociaux permettent aux mères souffrant d'addiction de développer leurs compétences parentales afin qu'elles puissent répondre aux besoins de leur·s enfant·s?

5.1. HYPOTHESE I

Les éducateurs sociaux et les assistants sociaux sont limités dans l'accompagnement des mères souffrant d'addiction en raison du cadre institutionnel qui leur est imposé.

La majorité des travailleurs sociaux interrogés présentent le cadre comme étant un soutien. Ils relèvent que cet aspect leur permet d'avoir une certaine protection dans leurs interventions tout en jouissant d'une réelle liberté. La majorité des professionnels interrogés disent pouvoir être créatifs concernant cet accompagnement tout en s'adaptant aux situations.

Les mandats donnent un cadre à l'intervention générale du travailleur social. Cela dit, les professionnels concernés par les mandats expliquent qu'ils bénéficient d'une marge de manœuvre dans ce cadre-là. Concernant la durée de l'intervention, une minorité des professionnels disent être confrontés à cette limite. Bien que cela ne concerne que la minorité des sujets interrogés, nous avons observé que c'est une partie du travail qui peut se révéler être frustrante. En effet, la problématique de la consommation ne se traite pas sur du court terme et l'évolution peut être relativement lente.

Nous avons également constaté que si les mères toxicodépendantes ne sont pas dans la collaboration, l'intervention devient très compliquée selon la majorité des professionnels interrogés. Dans ce cas, le cadre institutionnel permet de clarifier le but de l'intervention afin d'éviter de s'égarer.

Les éducateurs sociaux et les assistants sociaux basent leur accompagnement en fonction de leur mission institutionnelle. Les trois domaines spécifiques auxquels nous nous sommes intéressés sont ceux spécialisés dans le domaine de l'accompagnement familial, de l'accompagnement individuel lié à l'addiction et l'accompagnement centré sur l'intérêt de l'enfant. Dans ces trois domaines, le cœur de l'accompagnement se trouve être la création d'un lien avec les mères toxicodépendantes. Les professionnels relèvent cet aspect comme étant parfois difficile étant donné que la mère est contrainte à collaborer. Dans cette perspective, Henri Gomez (2011), psychiatre français, affirme que la construction d'une relation est au cœur de la pratique de l'accompagnement des personnes dépendantes afin qu'elles se sentent en confiance et en sérénité pour se transformer intérieurement. Il souligne la nécessité de comprendre l'histoire personnelle, les difficultés, les douleurs, les forces et les ressources pour orienter son suivi et afin de permettre la diminution de la culpabilité de la personne dépendante (Gomez, 2011). Cette relation semble être fragile à construire de par les enjeux présents autour de ces mères ainsi que de par la contrainte à échanger avec tel intervenant. Les professionnels expliquent que pour la création de ce lien, il est important d'aborder au début de l'intervention des thèmes très généraux pour ensuite se diriger vers des thèmes plus précis comme le soutien à la parentalité.

Nous pouvons donc dire que le cadre institutionnel donne un côté légitime à leur intervention tout en apportant une sécurité aux professionnels qui accompagnent ces mères toxicodépendantes.

5.2. HYPOTHESES II

Les mères souffrant d'addiction se retrouvent confrontées au paradoxe qui est celui de demander de l'aide des professionnels, sans démontrer trop de faiblesses pour éviter de subir certaines mesures.

Les professionnels évoquent le fait que les mères toxicodépendantes se trouvent dans le paradoxe de demander de l'aide et de se trouver dans un contrôle social qui va avec ce soutien apporté. En effet, les travailleurs sociaux disent être conscients de cette position dans laquelle se trouvent les mères dépendantes et qui peut être insécurisante pour elles.

Dans l'article « Avis sur les mères toxicomanes » du Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec (1999), les auteurs mettent en lumière que la majorité des femmes toxicodépendantes ont vécu un passé douloureux. Les études démontrent le nombre important de situations d'abus sexuels ou de maltraitances que les personnes toxicodépendantes auraient généralement vécu dans leur passé. En effet, ces événements marquants peuvent expliquer la difficulté pour ces femmes de trouver leur identité et de développer des ressources (Esquivel, 1993). Dans cette perspective, les professionnels que nous avons interrogés ont souligné que la majorité de ces femmes ont un manque de confiance en elles important et une image dégradante d'elles-mêmes. Les travailleurs sociaux soulignent l'importance de les accepter comme elles sont, de leur apporter soutien et écoute. Ils ajoutent que la collaboration avec ces mères toxicodépendantes se trouve être un point central de l'accompagnement et qui peut être mis en difficulté par la notion d'aide contrainte.

De plus, ils expliquent qu'il est compliqué pour ces mères de se construire dans une nouvelle identité de mère où la toxicomanie n'a pas sa place. En effet, tout leur système de croyances, de pensées et de valeurs change. De plus, ils expliquent que ce n'est pas un simple arrêt du comportement problématique, mais le changement est plus profond que cela et nécessite du temps afin de pouvoir évoluer.

Le nombre de professionnels présents dans le suivi est également un autre aspect important dans la mobilisation des mères par rapport à leur parentalité. Le contrôle sur les mères est alors plus intense, ce qui peut la décourager à demander de l'aide quant à l'exercice de sa parentalité. Elles sentent le regard soutenu des professionnels de différents horizons et savent que si elles abordent tels sujets ou avouent leurs difficultés, il pourrait y avoir des conséquences telles que le placement. Les professionnels interrogés soulignent donc la

difficulté d'obtenir certaines informations sensibles étant donné qu'ils sont conscients des enjeux qu'il peut y avoir derrière.

Nous pouvons dire qu'en effet, les mères sont confrontées dans la réalité à des paradoxes dans l'intervention avec les différents professionnels. Cela dit, les travailleurs sociaux démontrent une certaine créativité et trouvent des stratégies afin de pouvoir travailler de manière efficiente avec ces mères. Ces stratégies dépendent beaucoup de leurs ressources ainsi que de leurs outils. De ce fait, cela leur permet d'avancer dans leurs interventions.

5.3. HYPOTHESE III

Le travail des professionnels autour des besoins des mères toxicodépendantes en terme de parentalité, leur permet de développer leurs compétences parentales.

Afin qu'un travail autour des compétences parentales se réalise, nous constatons, selon la majorité des travailleurs sociaux interrogés, la nécessité que la mère soit preneuse de l'accompagnement et de se fixer l'objectif de travailler sur la parentalité. Si tel n'est pas le cas, ils expliquent que l'intervention sera peu bénéfique concernant le développement des compétences parentales.

Les professionnels affirment que l'accompagnement sera différent si la mère est dans une consommation active ou si elle est en traitement de substitution. Les huit travailleurs sociaux interviewés se rejoignent à dire que le développement de l'enfant ayant des parents toxicomanes n'est pas sans conséquence et que ses besoins passeront au second plan, après la recherche du produit. Ils s'engagent donc à accompagner la mère et son enfant uniquement si elle se trouve dans processus d'arrêt de sa consommation. À partir du moment où la mère toxicodépendante admet sa problématique de dépendance, les professionnels expliquent qu'un travail peut s'effectuer avec elle. Une fois que la mère prend conscience de sa grossesse, les professionnels expliquent qu'un déclic peut se faire et de ce fait, cela peut amener la mère à soigner sa problématique de consommation afin de s'engager dans un projet de traitement.

La plupart des éducateurs sociaux soulignent le fait de mobiliser les mères toxicodépendantes afin de les amener à travailler sur leurs objectifs fixés pour leur permettre de voir leur progression. A contrario, les assistants sociaux intervenant dans la protection de l'enfant défendent le fait de préserver le développement de l'enfant en mettant en place les mesures de protection nécessaires. Nous constatons donc un enjeu important pour les professionnels qui serait de laisser une marge de manœuvre aux mères toxicodépendantes afin qu'elles puissent intervenir avec leur·s enfant·s tout en préservant leurs intérêts et leur protection. Malgré les difficultés présentes chez la mère, les professionnels soulignent leur intérêt quant à l'importance de maintenir le lien mère-enfant, même dans un cas de placement. Dans cette perspective, d'autres auteurs tels que Tereno S., Soares I. et

Sampaio D. expliquent dans leur article : « La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique » (2007) que l'attachement de l'enfant à sa figure maternelle et les liens entre eux se construisent au fil des années et à travers de multiples interactions :

5.4. HYPOTHESE IV

La consommation des substances psychotropes des mères souffrant d'addiction ne leur permet pas d'exercer leur rôle parental de manière efficiente.

Dans le discours de la majorité des professionnels, la toxicomanie n'est pas compatible avec l'exercice d'une parentalité. Il y a beaucoup de méfiance et d'appréhension de la part des professionnels lorsqu'il y a consommation chez les parents. Cependant, une partie s'accorde à dire qu'avec un réseau de professionnels autour de ces mères, il est possible d'effectuer un travail d'accompagnement de la parentalité.

Les professionnels interrogés évoquent que chaque situation est singulière et qu'il n'est pas possible d'en faire une généralité. L'addiction peut certes fortement fragiliser le rôle parental, mais différents facteurs sont à prendre en compte comme le degré d'addiction, le rapport que la mère a avec le produit ou l'âge de son enfant. Il arrive que la consommation passe avant les besoins de son ou ses enfant·s. Dans ce cas-là, la mère se trouvera dans l'incapacité d'assumer sa parentalité.

Une première vision montre que l'entourage familial et social de la mère représente une sécurité pour les professionnels. A contrario, Angel P. et Angel S. (2003) expliquent que les relations entre la personne dépendante, les membres de la famille et le produit sont liées. Ils soulignent le fait que la drogue a pour effet de manifester un dysfonctionnement des relations au sein de la famille et la place de la drogue est tellement importante qu'elle vient organiser tout le système familial.

Les réseaux interdisciplinaires semblent être indispensables afin de travailler au plus proche des besoins de la mère toxicodépendante, en prenant en compte ses difficultés, ses vulnérabilités, ses besoins et les besoins de son ou ses enfant·s.

Les principaux outils d'intervention utilisés par les professionnels sont les entretiens motivationnels, l'approche systémique, le concept d'empowerment et la transparence dans les échanges avec les mères toxicodépendantes. Dans cette perspective, Carl Rogers explique l'importance de « porter l'attention sur la personne et non sur le problème. »¹⁹ De plus, les auteurs Angel S. et Angel P. (2003) rejoignent les propos des professionnels interrogés en expliquant la difficulté de sortir d'une dépendance par une simple approche

¹⁹ ACP Pratique et recherche. Revue francophone internationale de l'Approche Centrée sur la Personne : <http://acp-pr.org/caracteristiques.html>

individuelle. Selon eux, l'approche systémique est nécessaire afin de comprendre la complexité des facteurs comportementaux et psychiques de la toxicomanie qui est ancrée dans l'histoire familiale.

Une deuxième vision est avancée par les professionnels interrogés qui mettent en évidence différents aspects où le suivi des mères toxicodépendantes n'est pas réalisable.

En effet, les professionnels interrogés relèvent que si la mère est dans une consommation active ou si elle n'a pas conscience de sa problématique de dépendance, le suivi ne sera pas réalisable. Dans ce cas-là, ils rajoutent que la mère essaie avant tout d'effacer sa propre souffrance à travers le produit et n'est en aucun cas présente pour son ou ses enfant·s. Les travailleurs sociaux soulignent l'isolement de ces mères dans ce cas là, étant donné leur fragilité psychique.

Certains travailleurs sociaux questionnés disent que la problématique de la toxicomanie ne permet pas aux mères d'offrir un cadre sécuritaire, d'organiser un quotidien avec des règles fixes et des limites qui permettraient à l'enfant de se développer sereinement psychologiquement et physiquement. Reprenons la théorie de Bowlby qui définit le développement favorable de l'attachement comme étant important pour la santé mentale et impératif pour un développement favorable.

D'après les études d'Ainsworth et al. de 1978, l'attachement sécuritaire est lié aux comportements maternels suivants :

« a) contact physique fréquent et soutenu entre le bébé et sa mère, spécialement pendant les six premiers mois, capacité maternelle à calmer son bébé, en le prenant dans ses bras ; b) sensibilité maternelle aux signaux du bébé, et, en particulier, capacité à gérer ses interventions en harmonie avec les rythmes du bébé ; c) une ambiance contrôlée et prévisible, qui permet au bébé d'inférer les conséquences de ses propres actions; d) plaisir mutuel ressenti par la mère et le bébé. » (Tereno, Soares & Sampaio, 2007, p. 161, tiré de Ainsworth, et al. 1978)

Ainsworth et al. expliquent la sécurité de base comme étant essentielle pour la construction de confiance entre l'enfant et le monde :

« La notion de base de sécurité désigne le fait pour la figure d'attachement de représenter un support à partir duquel le bébé peut explorer le monde avec confiance. La perception intérieure d'une relation sécuritaire avec la figure d'attachement fonctionne comme un ancrage qui permet au bébé d'activer son système d'exploration. Dans cette ligne d'idée, la sécurité dans l'attachement est définie comme un état de confiance quant à la disponibilité de la figure d'attachement. » (Tereno, Soares & Sampaio, 2007, p. 157, tiré de Ainsworth, et al., 1978).

La principale tâche de l'enfant est de former des relations d'attachement avec ses figures significatives qui lui apportent des soins. À travers notre recherche empirique, les travailleurs sociaux interrogés soulignent le fait que la figure d'attachement, soit la mère toxicodépendante, ne représente généralement pas un modèle de sécurité dans le contexte relationnel avec son ou ses enfant·s. Ils soulignent le manque de disponibilité pour répondre à ses propres besoins et donc la difficulté à répondre aux besoins de son ou ses enfant·s. En ce sens, la qualité des soins qu'offre une mère toxicodépendante va être déterminante pour le développement émotionnel, affectif et cognitif de l'enfant sur du long terme :

« Les perturbations significatives dans la qualité des soins sont importantes au niveau biologique, comportemental et représentationnel, même pour les petits bébés. Le moment, la qualité du soin, le nombre d'expériences préalables et les relations de soutien sont des variables critiques pour la détermination des effets de ces perturbations. Cependant, l'intervention ou le soutien ne se montrent jamais inutiles et ne sont jamais trop tardifs. » (Tereno, Soares & Sampaio, 2007, p. 175)

6. Partie conclusive

6.1. CHOIX DE LA THEMATIQUE

Le choix de notre thématique a été comme une évidence pour nous. En effet, nous avons effectué notre première formation pratique en Amérique latine et avons découvert des situations familiales fragiles notamment avec des problèmes graves de toxicodépendance. Nous avons travaillé avec des familles vivant dans une grande précarité et dont les parents étaient consommateurs. Nous avons pu constater l'impact négatif que cela avait sur le développement des enfants présents dans ces familles.

En revenant en Suisse, nous savions que cette problématique ne se traduisait pas de la même manière étant donné le contexte sociohistorique différent. Cependant, il nous a paru intéressant de soulever cette thématique dans le cadre de notre pays. C'est une thématique qui est peu abordée actuellement et c'est pourquoi nous avons souhaité comprendre comment se construit chez nous l'accompagnement des mères toxicodépendantes afin qu'elles puissent répondre aux besoins de leur·s enfant·s.

6.2. MOTIVATIONS ET INTERETS PROFESSIONNELS

De par nos expériences respectives en Amérique latine, nous avons acquis un mode de réflexion et un point de vue totalement différent de celui que nous partagions avant de partir. Au départ, nous avons un regard très tranché sur la problématique de la consommation des parents. En effet, nous nous occupions des enfants que nous retrouvions dans la rue en raison de leur situation familiale problématique. Au fil des semaines, nous avons commencé à comprendre certains aspects du contexte de vie. Ce moment-là a fait basculer notre stage et nous avons alors appréhendé la problématique d'une tout autre manière afin de pouvoir accepter ce dont nous étions témoins et de pouvoir travailler avec les problématiques présentes. Cette première partie de notre stage a été déterminante pour nous et nous a permis de continuer dans une perspective d'évolution.

En nous documentant sur cette problématique dans le contexte européen, nous avons constaté que cette thématique était également présente dans notre société et bien plus que ce que nous pensions. La toxicomanie et la parentalité semblent ne pas être compatibles aux yeux de la société. Néanmoins, nous avons pu observer des avis divergents de la part de certains professionnels.

En tant que travailleuses sociales, nous avons souhaité mettre en perspective le discours de professionnels travaillant dans différents domaines qui touchent notre thème. Nous savons qu'il existe un décalage entre la théorie et la réalité du terrain. Dans cette optique nous

avons souhaité que ce travail puisse nous amener des outils pour notre pratique professionnelle.

L'intérêt de ce travail se révèle être dans les enjeux de l'accompagnement des professionnels de différents horizons ainsi que leur posture face aux mères toxicodépendantes.

6.3. REFLEXIONS

Nous avons construit notre cadre théorique autour de trois axes principaux à savoir la toxicomanie, la parentalité ainsi que l'accompagnement des professionnels. Notre sujet de recherche touche des aspects encore tabou au sein de notre société. En effet, la toxicomanie fait référence à un côté illégal avec la consommation de substances illicites ainsi qu'à une perte de contrôle de soi-même. De ce fait, lorsque nous y associons le concept de parentalité, cela crée un paradoxe aux yeux de la société qui ne peut cautionner cela vis-à-vis du modèle qu'elle impose aux parents.

« D'une part, un parent dépendant de drogues est au niveau de la loi un délinquant ou un malade de par sa toxicomanie, avec toutes les conséquences de marginalisation et de stigmatisation respectives. D'autre part, il a un statut de parent fondant une famille par la naissance de l'enfant, quelle que soit la situation juridique de la famille. » (Saliba Sfeir, 2013, p.33)

En accompagnant les mères toxicodépendantes, les travailleurs sociaux se trouvent dans une ambiguïté qui met en parallèle la notion d'illégalité de par leur consommation de substances et leur intervention auprès de ces mères afin de travailler la parentalité. De plus, dans ce soutien à la parentalité, il ne faut pas négliger le fait que les mères se trouvent en position de vulnérabilité face aux professionnels qui interviennent : « Qui dit soutien, dit appui, aide, étau, béquille, protection... et donc dysmétrie dans la relation, l'un étant en position vulnérable, l'autre en position forte. » (Sellenet, 2007, p. 117)

Le constat actuel de notre problématique est le suivant :

- Les mères toxicodépendantes ont besoin de soutien au niveau de leur consommation, mais également dans la mobilisation de leurs compétences parentales ;
- Les professionnels ont besoin de la collaboration des mères dépendantes afin de pouvoir les accompagner dans leur parentalité ;
- La société met en avant le fait que la toxicomanie ne permet pas à une mère d'assumer son rôle parental.

Pour les professionnels, il s'agit de travailler avec la consommation de la mère qui peut être de diverses natures en fonction du lien qu'elle entretient avec le produit. Il n'en reste pas

moins que cela représente un défi pour les travailleurs sociaux d'accompagner cette parentalité dans ces circonstances. En effet, nous constatons un point important dans ce type de configuration qui est le besoin de protection que la mère recherche auprès des professionnels, et qu'elle doit apporter à son ou ses enfant-s également. La difficulté de l'intervention est que cette protection n'est pas de même nature pour l'un ou pour l'autre et que l'une ne respecte pas les besoins de l'autre.

De par le discours des professionnels, nous avons relevé la nécessité que la mère prenne du temps pour elle, pour se centrer sur son histoire et sur sa consommation. En effet, les professionnels interrogés soulignaient l'importance de travailler sur son histoire personnelle, son estime d'elle-même, son rapport aux autres. Une fois que ce travail est accompli, les professionnels disent que la mère peut ensuite se décentrer et se concentrer sur les besoins de son enfant.

Dans ce travail, nous avons mis en perspective l'accompagnement des professionnels face aux mères toxicodépendantes. Nous avons développé les enjeux de leur accompagnement, les outils utilisés ainsi que les difficultés rencontrées par ces professionnels.

6.4. OUVERTURE

Au cours de ce travail, nous avons exploré une partie de la problématique sous l'angle des professionnels et de leur travail sur le terrain. Toutefois, nous n'avons pas pris en compte la dimension du genre. En effet, notre échantillon n'étant pas égal au niveau du nombre d'hommes et de femmes, nous avons décidé de ne pas nous concentrer sur cet aspect lors de notre analyse. Néanmoins, il serait intéressant d'approfondir si le genre pourrait impacter le discours des travailleurs sociaux ou non. Nous pourrions alors émettre une hypothèse : les travailleuses sociales étant mères et accompagnant des mamans toxicodépendantes sont beaucoup plus exigeantes envers elles que les autres professionnels du réseau.

Ensuite, nous nous questionnons sur la vision qu'ont les mères toxicodépendantes des travailleurs sociaux qui les accompagnent ainsi que sur le ressenti qu'elles éprouvent concernant leur situation. Nous souhaitons partager ce passage tiré du rapport de recherche « La parentalité en situation de toxicodépendance dans le canton de Vaud : mieux la comprendre, mieux l'accompagner » (2016) d'Annamaria Colombo, professeure à la Haute école de Travail social à Fribourg et Patricia Fontannaz, travailleuse sociale hors murs travaillant à la Fondation « Le Relais » qui pourrait marquer un prolongement de notre travail afin de compléter les deux visions et de les mettre en parallèle :

« 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* ». » (Colombo et Fontannaz, 2016, p.21)

Il est intéressant de s'attarder sur la réponse des mères dépendantes à la question : « *Qu'est-ce que c'est pour vous être maman ?* » - « *C'est galère* ». Nous pouvons faire le lien avec le discours de certains professionnels qui définissent le contrôle social et professionnel sur ces femmes comme étant très présent et exigeant. En ce sens, la réponse de ces mères s'inscrit dans une cohérence de ce qu'elles vivent durant cet accompagnement.

6.5. LIMITES DE LA RECHERCHE ET PERSPECTIVES

Nous avons basé notre travail sur une recherche qualitative. Les résultats obtenus concernent les huit travailleurs sociaux que nous avons interviewés dans le cadre de nos entretiens. Le contenu de l'analyse n'engage que les professionnels interrogés et ne nous permet pas d'établir une généralité. Toutefois, les données recueillies nous ont amené à différentes pistes d'actions que nous trouvons intéressantes, mais effectivement, il serait riche de pouvoir interviewer des travailleurs sociaux hors-murs, des travailleurs sociaux dans des institutions ouvertes et fermées spécifiques à l'accompagnement de la toxicodépendance.

Nous avons beaucoup appris concernant le sujet de notre travail. Comme nous l'avons expliqué dans le point 8.2.2. « Ouverture » nous pensons qu'il serait intéressant d'approfondir certains aspects dont principalement le point de vue des mères toxicodépendantes. Ainsi, il serait judicieux de développer des pistes d'actions telles que la résilience des mères toxicodépendantes, les événements marquants de leur vie qui permettent leur mobilisation ou non en tant que mère ou encore leur processus de consommation.

Face à la quantité d'ouvrages et d'articles concernant notre thématique, nous avons fait une sélection afin de canaliser nos recherches et d'avoir un fil rouge dans notre travail. Quelques fois, la frustration était présente, car nous aurions aimé développer plus de matières. Nous avons l'impression que toutes informations concernant notre thématique apportaient un plus dans le développement de notre cadre théorique. De ce fait, il a été difficile pour nous de nous canaliser et de suivre un fil rouge tout au long du travail.

Une fois sur le terrain, les professionnels nous ont partagé énormément d'informations très riches que nous avons mises en lumière lors de l'analyse. Néanmoins, au fur et à mesure des entretiens, nous nous sommes rendu compte que nous aurions pu mieux construire certaines questions dans le but d'obtenir des informations plus précises. Ensuite, durant la conception de l'analyse, nous avons également rencontré quelques difficultés quand à la

construction de celle-ci. Nous avons de la peine à visualiser comment présenter notre analyse afin qu'elle respecte un ordre logique et cohérent.

Grâce aux questions que nous avons préparées, nous avons pu récolter un large éventail d'informations concernant l'accompagnement des professionnels. Cela nous a permis de mettre en évidence les points principaux qui ressortaient des entretiens. Par ailleurs, en reprenant ces points principaux, nous avons pu mettre en exergue les éléments qui nous paraissaient intéressants et importants concernant notre question de recherche.

Durant l'évolution de notre travail, nous avons remarqué que notre posture de départ a évolué au fur et à mesure que nous nous informions sur notre thématique. Nous allons développer ce point dans le chapitre suivant.

6.6. BILANS DU PROCESSUS D'APPRENTISSAGE

Arrivées au terme de notre recherche, nous pouvons effectuer à présent un bilan sur le processus d'apprentissage. La construction de ce travail s'est effectuée par étapes, ce qui nous a permis de prendre conscience qu'il s'agissait d'un processus relativement long. Ce cheminement nous a permis l'acquisition de différentes compétences théoriques, personnelles et professionnelles.

6.6.1. BILAN METHODOLOGIQUE

Ce que nous retenons de ce travail de recherche est l'importance de garder un fil conducteur tout au long du processus. Nous nous sommes unies naturellement pour réaliser ce travail, car d'une part nous avons les mêmes intérêts concernant la thématique choisie et d'autre part nous connaissions les compétences et les ressources de l'autre. Nous avons déjà travaillé ensemble sur plusieurs projets et nous savions que nous étions complémentaires.

Les objectifs que nous nous sommes fixés au début de ce travail nous ont permis de nous canaliser et de cibler nos recherches. En effet, au début de ce travail, nous envisagions une multitude de thématiques à approfondir, ce qui n'était, au final, pas réalisable au vu du temps dont nous disposions. Nous avons dû apprendre à lâcher prise et laisser de côté certaines notions que nous souhaitions aborder par exemple les conséquences sur le développement physique et psychique d'un enfant dont les parents sont toxicomanes. Nous avons compris qu'il serait compliqué d'effectuer une recherche empirique au vu de la subjectivité des réponses que nous aurions sûrement récoltées. Nous nous sommes alors réorientées sur la compréhension de l'accompagnement des professionnels envers ces mères toxicodépendantes afin de saisir les enjeux et le développement de certains outils qui nous seraient utiles pour notre avenir professionnel.

La construction de nos hypothèses a été une étape importante et décisive concernant l'orientation de notre travail de recherche. La grille d'entretien a également été une phase décisive afin de pouvoir obtenir les informations nécessaires pour répondre à notre question de recherche.

La partie de notre travail que nous avons particulièrement appréciée a été les entretiens. La rencontre avec les professionnels spécialisés dans leur domaine ainsi que les moments d'échanges avec eux autour de notre thématique ont été d'une grande richesse.

En outre, la partie analyse a été également une partie très intéressante, car nous avons pu mettre en perspective le discours des différents professionnels et découvrir des points communs autour de leur accompagnement. La rédaction de cette partie nous a demandé rigueur, discipline et coordination afin de construire une analyse pertinente. Avant de réaliser la synthèse, nous avons posé notre travail quelques jours afin de prendre du recul sur l'ensemble de celui-ci. En effet, nous avons appris à lâcher prise à certains moments stratégiques de notre travail afin de pouvoir continuer dans de meilleures conditions. Le recul a été un outil important dans la conception de notre travail.

6.6.2. BILAN PROFESSIONNEL

D'un point de vue professionnel, cette recherche nous a permis d'enrichir nos connaissances pratiques et d'approfondir la question autour de la posture professionnelle à adopter face aux mères toxicodépendantes. En effet, cette recherche nous a permis de comprendre les différents suivis effectués par les éducateurs sociaux et les assistants sociaux autour des mères toxicodépendantes en les questionnant sur les stratégies d'accompagnement, les difficultés et les limites qu'ils rencontrent dans leurs interventions.

Nous retenons que les délimitations entre les deux orientations sont minces, mais toutefois complémentaires. Les assistants sociaux agissent dans un cadre donné par une autorité de protection, alors que les interventions des éducateurs sociaux sont ciblées dans l'accompagnement familial en se basant sur les besoins présents dans les familles. Nous constatons que la collaboration entre ces deux orientations est primordiale pour offrir une cohérence dans l'accompagnement de ces mères toxicodépendantes afin de se diriger vers une évolution bénéfique.

Ce travail de recherche nous a permis de nous rendre compte de l'importance d'articuler une démarche théorique à une démarche empirique afin de construire une réflexion et une légitimité à la pratique professionnelle. Nous avons relevé à plusieurs reprises des discours théoriques « idéaux », difficilement applicables sur le terrain. Lorsque nous avons analysé les propos des professionnels de manière approfondie, nous nous sommes rendu compte qu'ils restaient parfois évasifs sur certaines notions, peut-être dues au fait que nos questions n'étaient pas assez précises.

Au début de ce travail de recherche, nos idées étaient relativement figées quant à l'accompagnement des mères toxicodépendantes. Nous pensions pouvoir casser les préjugés que la société présente vis-à-vis de ces mères et avoir un idéal d'intervention. Nous avons constaté au fur et à mesure de l'élaboration de notre travail et plus particulièrement durant les entretiens, que la réalité du terrain ne correspondait pas à nos idées de départ. Notre posture professionnelle a évolué dans le sens où, l'accompagnement des mères toxicodépendantes est subtil et comporte un grand nombre d'enjeux. De ce fait, nous avons compris que l'accompagnement de ces mères toxicodépendantes se co-construit en fonction des besoins de la mère, de la protection de l'enfant et des outils du travailleur social présent dans la situation dans une temporalité.

6.6.3. BILAN PERSONNEL

D'un point de vue personnel, les thématiques de la protection de l'enfant et de l'accompagnement des parents toxicomanes nous ont interpellé lors de notre voyage en Amérique latine. Lorsque nous étions face à cette réalité, nous avons ressenti un sentiment d'impuissance. Le fait d'avoir pu approfondir ces différentes notions autant d'un point de vue théorique que d'un point de vue pratique, nous a apporté une ouverture vers des concepts théoriques, des questionnements ainsi que des réflexions profondes qui nous permettent aujourd'hui d'avoir une meilleure compréhension et vision de la problématique.

Notre force a été la complémentarité de nos personnalités. Étant deux personnes rigoureuses, assidues et perfectionnistes nous avons pu nous organiser de manière efficace quant à la réalisation de ce travail. Notre collaboration a été précieuse tout au long de ce travail. L'organisation et la détermination ont été deux points clés afin de réaliser cette recherche.

« À l'instant où l'esclave décide qu'il ne sera plus esclave, ses chaînes tombent. » Gandhi

Merci pour votre lecture !

7. ANNEXES

7.1. PLANNING TRAVAIL DE BACHELOR

DATES	TACHES	NOTES
26 août 2016	Dépôt du projet provisoire	
19 septembre 2016	Dépôt du projet corrigé	<ul style="list-style-type: none"> • Précision de la problématique et reconstruction du fil rouge • Réajustement des objectifs de terrain et théoriques • Réajustement des hypothèses • Compléter le cadre théorique
Fin septembre 2016	Dépôt du projet final	
Début octobre 2016- fin décembre 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation de la grille d'entretien • Phase test de la grille d'entretien • Élaboration d'une lettre type afin d'envoyer aux directeurs des institutions • Élaboration du contrat d'entretien • Envoi de la lettre type 	
Du 1^{er} janvier 2017 au 31 juillet 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement de rendez-vous pour les interviews • Retranscription directe après les interviews • Analyse des entretiens au fur et à mesure après la retranscription • Fin des retranscriptions et de l'analyse 	
Du 1^{er} août 2017 au 30 octobre 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification des hypothèses • Réponse à notre question de recherche • Relecture finale 	
Début novembre 2017	Dépôt du Travail de Bachelor	
Fin novembre 2017	Soutenance	

7.2. LETTRE POUR LA DIRECTION

Lettre pour la direction

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux étudiantes en 3^{ème} année de la HES-SO Valais, filière Travail Social. Nous effectuons actuellement notre Travail de Bachelor. La problématique qui nous intéresse se centre dans l'accompagnement fourni par les travailleurs sociaux dans le développement des compétences parentales des mères souffrant d'addiction. Nous nous sommes intéressées à ce sujet, car dans notre première pratique professionnelle, nous avons été confrontées à des situations où la drogue et la maltraitance étaient présentes quotidiennement.

Notre expérience professionnelle, ainsi que nos recherches sur le sujet nous ont montré que dans un nombre significatif de cas, les mères se retrouvent seules dans leur rôle parental et face à leur addiction. De plus, il existe souvent un doute concernant leurs capacités à répondre aux besoins de leur-s enfant-s. Dans notre travail, nous aimerions traiter la question « Comment les travailleurs sociaux permettent aux mères souffrant d'addiction de développer leurs compétences parentales afin qu'elles puissent répondre aux besoins de leur-s enfant-s ? ».

Votre service a attiré notre attention, car en raison de votre mandat, vous disposez d'une grande expérience dans ce domaine. C'est pourquoi nous souhaiterions rencontrer des collaborateurs de votre fondation qui pourraient être en rapport avec cette thématique en vue d'effectuer un entretien. Les réponses obtenues nous permettraient de mieux comprendre cette problématique et de découvrir comment les professionnels accompagnent dans la pratique les mères souffrant d'addiction. Leurs témoignages constitueraient la partie centrale de notre travail de Bachelor.

Nous sommes à la recherche d'assistants sociaux formés dans le domaine du service social, hommes ou femmes de tout âge et disposés à s'entretenir avec nous et répondre à nos questions en lien avec notre thématique.

Nous vous serions reconnaissantes si vous pouviez informer vos collaborateurs de notre démarche et de notre objectif. Vous trouverez en annexe une lettre qui leur est destinée et qui précise notre approche. Nous y avons mentionné nos adresses afin qu'ils puissent nous contacter. Nous nous engageons à respecter la confidentialité des personnes ainsi que des données recueillies.

Afin que vos collaborateurs puissent se rendre compte du but que nous recherchons, nous sommes disposées à présenter les objectifs de notre travail de Bachelor aux personnes potentiellement intéressées. Dans le cas où nous restons sans nouvelles de votre part, nous

nous permettrons de vous contacter par téléphone.

Dans l'attente qu'un ou plusieurs de vos collaborateurs se montrent intéressés à contribuer à notre travail, nous vous remercions d'avance de l'intérêt que vous portez à notre projet et vous prions d'agréer, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Marion Morisod & Anaïs Carré-Llopis

7.3. DOCUMENT POUR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX

DOCUMENT D'INFORMATIONS POUR LES PROFESSIONNELS

Travail de Bachelor en Travail Social, HES-SO Valais/ Wallis.

Titre du travail

« Comment les travailleurs sociaux permettent aux mères souffrant d'addiction de développer leurs compétences parentales afin qu'elles puissent répondre aux besoins de leur-s enfant-s ? »

Auteurs du travail

- Marion Morisod: marion.morisod@students.hevs.ch
- Anaïs Carré-Llopis: anais.carre-llopis@students.hevs.ch
- Numéro de contact: 077/ 442 18 63

Personnes ciblées

Éducateurs sociaux formés en travail social, travaillant avec des situations en rapport au sujet de la recherche.

Conditions

1. L'entretien se déroulera dans un espace de votre choix.
2. Une confidentialité totale de votre identité est garantie. Aucun lien ne pourra être établi entre vous et la fondation dans laquelle vous travaillez.
3. Les interviews seront enregistrées afin de pouvoir les analyser.
4. Tous les documents (interviews, enregistrements et documents de consolidation) seront détruits à la fin du travail de Bachelor.
5. La personne interviewée aura le droit d'interrompre la procédure d'enquête à tout moment ainsi que de ne pas répondre à certaines questions si tel est son souhait.
6. Il sera demandé à la personne interviewée de parler d'une situation où il/elle soit intervenu-e auprès d'une mère souffrant d'addiction afin de l'accompagner dans ses compétences parentales.
7. Un accord d'entretien qui regroupe l'ensemble des points cités ci-dessus sera signé par les deux parties.

7.4. ACCORD DE CONFIDENTIALITE

ACCORD DE CONFIDENTIALITE

Par ce suivant contrat, nous visons à informer le ou la professionnel·le du déroulement de l'entretien ainsi que de l'utilisation du contenu :

DEROULEMENT DE L'INTERVIEW

1. L'interview sera enregistrée afin que nous puissions réutiliser les informations fournies durant celle-ci ;
2. Nous assurons la confidentialité du ou de la professionnel·le qui accepte de répondre à notre interview. Son nom restera anonyme et aucun lien ne pourra être fait entre une situation décrite et l'institution dans laquelle il ou elle travaille ;
3. Le contenu de l'interview sera uniquement utilisé à des fins d'analyses et de vérifications de nos hypothèses ;
4. Une fois le travail de Bachelor terminé, l'enregistrement de l'interview ainsi que sa retranscription seront détruits ;

GENERALITES

5. Le ou la professionnel·le se sent libre de ne pas répondre à toutes les questions. Il ou elle est libre d'interrompre le déroulement de l'entretien à tout moment ;
6. Le ou la professionnel·le peut demander avoir accès au résumé de la recherche à la fin de notre travail ;
7. Nous demandons au professionnel ou à la professionnelle si il ou elle peut, en prévision de notre interview, se remémorer une situation où il ou elle est intervenu·e auprès d'une mère souffrant d'addiction.

Fait en deux exemplaires originaux, dont un pour chaque partie.

Lieu et date :

Signatures des étudiantes:

Lieu et date :

Signature du ou de la professionnel·le:

7.5. GRILLE D'ENTRETIEN

THEME I : PORTRAIT DU PROFESSIONNEL

1. Quelle est votre formation ?
2. Avez-vous fait des formations continues ; si oui lesquelles ?
3. Quelle est votre mission institutionnelle auprès des mères souffrant d'addiction ?
 - a. Qui fixe les objectifs ?
 - b. Quand est-ce que vous intervenez auprès de ces mères ?
4. Est-ce que vous pensez qu'une mère souffrant d'addiction peut élever un ou des enfant-s ? (valeurs)

THEME II : LES MERES SOUFFRANT D'ADDICTION

1. Qui sont ces mères souffrant d'addiction ?
 - a. Quelle est leur moyenne d'âge ?
 - b. Quel est leur profil ?
 - c. Quelle est leur situation familiale ?
 - i. Quelle place ont les pères dans cette situation familiale ? Sont-ils présents ? Et lors de vos rencontres ?
2. Que faites-vous afin de comprendre les attentes des mères souffrant d'addiction en lien avec la parentalité ?
 - a. De manière générale, quels sont les besoins des mères les plus fréquents ?
 - b. Comment travaillez-vous sur ces besoins avec elles ?
 - c. Quelles difficultés rencontrez-vous pour y répondre ?
3. Comment se déroule le suivi avec les mères souffrant d'addiction ?
 - a. Combien de temps dure une intervention auprès de ces mères ?
 - b. Combien de fois les rencontrez-vous durant votre intervention ?
 - c. Dans quel lieu se passent les rencontres avec ces mères ?
 - d. Comment se déroule une rencontre ?
 - e. Cette organisation vous l'utilisez pour toutes les clientes ou est-elle adaptée à chaque cas ?
 - f. Quelle conclusion tirez-vous de votre intervention ?
4. Racontez-nous une situation où vous avez accompagné une mère souffrant d'addiction depuis le début du mandat jusqu'à la fin.
 - a. Quelle conclusion tirez-vous à la fin du mandat ?

THEME III : TRAVAIL SUR LA PARENTALITE

1. Comment décrivez-vous le soutien que vous apportez en tant que TS aux mères souffrant d'addiction pour qu'elles puissent répondre aux besoins de leur-s enfant-s ?
 - a. Comment travaillez-vous sur la relation mère-enfant ?
2. Quelles stratégies d'accompagnement utilisez-vous ?
 - a. En fonction de quoi évoluent-elles ?
3. Selon vous, quelles représentations ont les mères souffrant d'addiction de la parentalité ?
 - a. Quel est le décalage entre votre représentation de la parentalité et celle des mères souffrant d'addiction ?
 - b. Comment ressentent-elles le fait d'être « étiquetée » par la société en tant que mère toxicodépendante ?
4. Quelles sont les difficultés auxquelles se heurtent ces mères souffrant d'addiction dans leur parentalité ?
 - a. Comment vous travaillez avec ces difficultés ?
5. En tant que professionnel-les, quelles sont les difficultés ou les défis auxquels vous être confrontés ?

THEME IV : TRAVAIL AVEC LA TOXIDEPENDANCE

1. À partir de quel moment la consommation des mères devient-elle problématique ?
2. Avez-vous repéré des moments où votre accompagnement est plus conséquent ? Si oui lesquels (exemple : sortie de la maternité, adolescence, recontre de l'enfant en foyer)
3. En quoi l'accompagnement que vous apportez aux mères souffrant d'addiction est spécifique ?
 - a. Est-ce que vous nuancez votre accompagnement en fonction du type de produit consommé et de l'usage de celui-ci ? Si oui, comment ?
4. Comment une mère souffrant d'addiction se voit en tant que mère et femme qui consomment ?
 - a. Quelles difficultés rencontrez-vous avec les mères qui vivent ce paradoxe ?

THEME V : CADRE INSTITUTIONNEL - CONTEXTE

1. Quelles sont les conditions pour que vous interveniez auprès de ces mères souffrant d'addiction ?
2. Quelles sont les limites que vous rencontrez dans l'accompagnement avec les mères souffrant d'addiction au niveau du cadre institutionnel ?
 - a. Est-ce que le cadre institutionnel auquel vous êtes soumis vous pose problème dans certaines de vos interventions ; si oui lesquelles ?
 - b. Dans quelles circonstances avez-vous ressenti que le cadre empiétait sur vos valeurs ?
 - c. Comment faites-vous pour travailler avec cette tension entre le cadre et vos valeurs ?
 - d. Comment réagissez-vous lorsqu'une telle situation se présente ?

Remarques : Aimerez-vous ajouter quelque chose ?

7.6. TABLEAU RECAPITULATIF

	AS 1	AS 2	AS 3	ES 1	AS 4	ES 2	ES 3	ES 4	Résumé
<p>V1 – ES ou AS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexe - Age - Formations <ul style="list-style-type: none"> o <i>Formation de base</i> o <i>Autres formations</i> - Domaine de travail <ul style="list-style-type: none"> o <i>Mission</i> 									
<p>V2-ACCOMPAGNEMENT DU PROFESSIONNEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forme d'accompagnement <ul style="list-style-type: none"> o <i>Collaboration avec le ou les parent-s ou absence des parents</i> o <i>Cadrer</i> o <i>Ajustement de l'intervention selon l'évolution de la situation</i> o <i>Investissement du ou des parent-s</i> o <i>Réseau</i> - Durée <ul style="list-style-type: none"> o <i>Variation selon la situation</i> - Limite <ul style="list-style-type: none"> o <i>Besoins dans la situation</i> - Aide contrainte ou non 									

<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés rencontrées par le professionnel <ul style="list-style-type: none"> o <i>Compréhension du problème</i> o <i>Manque d'implication du parent</i> o <i>Culpabilisation du professionnel</i> o <i>Relations avec le ou les parent-s</i> 									
<p style="text-align: center;">V3 – CADRE INSTITUTIONNEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mission institutionnelle liée à l'accompagnement des mères toxicodépendantes <ul style="list-style-type: none"> o <i>Besoins de l'enfant</i> - Limites dues au cadre institutionnel 									
<p style="text-align: center;">V4 - PROFIL DES MERES SOUFFRANT D'ADDICTION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge - Situation de la mère <ul style="list-style-type: none"> o <i>Difficultés et craintes de la mère toxicodépendante</i> o <i>Vulnérabilité de la mère</i> o <i>Passé de la mère</i> o <i>Droit de garde de la mère</i> o <i>Investissement ou désinvestissement de la mère</i> - Ressources de la mère <ul style="list-style-type: none"> o <i>Prise de conscience</i> 									

<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Compétences intellectuelles</i> - Situation conjugale <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Implication du conjoint</i> - Situation sociale <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Emploi</i> - Consommation <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Début de la consommation</i> ○ <i>Consommation active ou non</i> - Représentation de la parentalité des mères toxicodépendantes 									
<p>V5 - DEMANDE D'AIDE VOLONTAIRE OU AIDE CONTRAINTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vers qui elles demandent de l'aide - Est-ce que l'aide est imposée par une autorité - Sont-elles accompagnées par cette demande d'aide (famille, conjoint, autre) 									
<p>V6 – BESOINS DES MERES TOXICODÉPENDANTES EN TERME DE PARENTALITE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attentes des mères <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Décalage entre ce qu'elles souhaitent et ce qui est possible</i> - Dénier des conséquences de la consommation de la mère sur l'enfant - Lien mère-enfant 									

<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement dans l'éducation - Accompagnement dans la gestion de la scolarité de l'enfant - Transmission de valeurs 									
<p>V7 – REPRESENTATION DE LA PARENTALITE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regard des personnes face à cette parentalité <ul style="list-style-type: none"> o selon la société o selon les mères o selon les professionnels 									
<p>V8 – LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOTROPES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consommation VS parentalité <ul style="list-style-type: none"> o <i>Priorités de la mère</i> o <i>Traitement de méthadone</i> - Type de substances consommées 									

7.7. ARTICLES DE LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

ARTICLE 3, AL. 1

« 1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. [...]»

ARTICLE 6, AL. 2

« 2. Les États parties assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant. »

ARTICLE 12

« 1. Les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.

2. À cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'une organisation appropriée, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale. »

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

ANGEL, S. & ANGEL, P. (2002). *Les toxicomanes et leurs familles*. Paris. Éditions Armand Colin. Collection U• Psychologie. 203 p.

ANGEL, P., GEBEROWICZ, B., & ANGEL-STERNSSCHUSS, S. (1981). *Le toxicomane et sa famille*. Thérapies familiales et toxicomanie. Paris. Éditions Universitaires. 167 p.

ARENDT, H. (1972). *La crise de la culture*. Paris, Editions Gallimard, 384 p.

CHAYER GÉLINEAU, P., & MOREAU, F. (2006). *Se guérir d'un parent alcoolique*. Montréal. Université Saint-Paul. Éditions NOVALIS. 143 p.

DSM-IV-TR. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé*. Paris. Elsevier Masson. 1002 p.

FREUD, S. (1977) *La vie sexuelle*. Collection Bibliothèque de psychanalyse. Editions Presses Universitaires de France. 159 p.

FREUD, S. (1981). *Au-delà du principe de plaisir*. Essais de psychanalyse. Paris. Editions Payot. 280 p.

FREUD, S. (2007), *Névrose, psychose et perversion*. Collection Bibliothèque de psychanalyse. Editions Presses Universitaires de France. 306 p.

GALDIOLO, S & al. (2015). *Psychologie de la parentalité : Modèles théoriques et fondamentaux*. Louvain-la-Neuve. De Boeck. Carrefour des psychothérapies. 325 p.

GEISSMANN, C. & HOUZEL, D. (2000). *L'enfant, ses parents et le psychanalyste*. Paris. Editions Bayard compact. p. 293 à 309.

GERINGER WOITITZ, J. (2002). *Enfants-adultes d'alcooliques*. Pour les enfants de familles dysfonctionnelles rendus à l'âge adulte. Québec. Éditions Sciences et Culture. 208 p.

GOMEZ, H. (2014). *Guide de l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool*. Paris. Éditions Dunod. 342 p.

KIRITZÉ-TOPOR, P. (2005). *Aider les alcooliques et ceux qui les entourent*. Paris. Éditions MASSON. 240 p.

KLINGELMANN, H. (2014). *L'autoguérison au quotidien*. Alcool, drogue, tabac, jeu, troubles alimentaires, stratégies pour changer son parcours de vie. Lausanne. Éditions Favre SA. 140 p.

KUCHOLL, V. & al. (2013). *La Suisse mode d'emploi*. Histoire-politique-économie-droit. Le Mont-sur Lausanne. Éditions LOISIRS ET PEDAGOGIE comprendre. 520 p.

LANÇON, C. (2013). *Conduites addictives et processus de changement*. Montrouge. Éditions John Libbey Eurotext. 97 p.

MACQUET, C. (1992). *Toxicomanies et formes de la vie quotidienne*. Huit essais de

sociologie compréhensive et simmelienne de la toxicomanie. Liège. Éditions Mardaga. 234 p.

MONJAUZE, M. (2008). *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. Des entretiens individuels et familiaux au travail de groupe. Paris. Éditions In Press. 208 p.

MORISSETTE, P., & VENNE, M. (2009). *Parentalité, alcool et drogues*. Un défi multidisciplinaire. Montréal. Université de Montréal. Éditions du CHU Sainte-Justine. 267 p.

OLIEVENSTEIN, C., & al. (1991). *La vie du toxicomane*. Séminaire de l'hôpital Marmottan. Paris. Presses Universitaires de France. Éditions Nodules PUF. 112 p.

PEELE, S. (1998). *The Meaning of Addiction*. Compulsive experience and its interpretation. San Francisco : Jossey-Bass. 199 p.

POISSON, Y. (1991). *La recherche qualitative en éducation*. Québec : Presses de L'université de Québec. 190 p.

POUSSIN, G. (1999). *La fonction parentale*. Paris. Editions Dunod. 2^{ème} édition. 262 p.

SALIBA SFEIR, C. (2013). *Parentalité, addiction et travail social*. Paris. L'Harmattan. 217 p.

SCHMELCK, M.-A. (1993). *Introduction à l'étude des toxicomanes*. Paris. Éditions Nathan. 128 p.

SELLENET, C. (2007). *La parentalité décryptée : Pertinence et dérive d'un concept*. Paris. L'Harmattan. Savoir et Formation. 188 p.

SUISSE, C. (2001). Constitution fédérale de la Confédération suisse. 94 p.

TAÏEB, O. (2011). *Les histoires des toxicomanes*. Récits et identités dans les addictions. Paris. Presses Universitaires de France. Éditions Le fil rouge. 364 p.

TAMIAN, I. (2015). *Le conjugal et le familial face à la problématique alcoolique*. Approche centrée sur l'entourage et l'alcool dépendance. Lyon. Éditions Chronique Sociale. 174 p.

VAN CAMPENHOUDT, L., & RAYMOND, Q. (2011). *Manuel de recherches en sciences sociales*. Paris. Éditions Dunod. 259 p.

WINICOTT, D.W. (1986). *Jeu et réalité*. L'espace potentiel. Collection Connaissance de l'inconscient. Paris. Editions Gallimard. 213 p.

ARTICLES

ANDRADE, J. C. (2009). « L'apport de l'approche psychanalytique à la compréhension des addictions : objet primaire et avatars de la fixation archaïque ». Université du Québec à Montréal. 74 p.

ARENDT, H. (1972). « La crise de la culture ». Paris. Editions Gallimard. 384 p.

BERGERON, H. (2009). « Sociologie de la drogue ». Repères. p. 7-30.

BRUSSET, B. (2004). « Dépendance addictive et dépendance affective ». Revue française de psychanalyse. Vol. 68. p. 405 à 420.

- COLOMBO, A. « Toxicomane et maman, c'est possible ». La Liberté. Fribourg. 31 p.
- COLOMBO, A., & FONTANNAZ, P. (2016). « La parentalité en situation de toxicodépendance dans le canton de Vaud : mieux la comprendre, mieux l'accompagner », Rapport de la recherche-intervention. Haute Ecole de Travail Social Fribourg, 91 p.
- COMITE NATIONAL DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ DU 10 NOVEMBRE 2011. (2011). « Avis relatif à la définition de la parentalité et du soutien à la parentalité ». 2 p.
- COMITE PERMANENT DE LUTTE A LA TOXICOMANIE. (1999). «Avis sur les mères toxicomanes ». Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec.
- DALY, M. et MARTIN, C. (2013). « Le soutien à la parentalité », *Informations sociales*. Vol. 175, N° 1. p. 120-128.
- DANY, L., & APOSTOLIDIS, T. (2002). « L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention », *Santé Publique*. Vol. 14. p. 335-344
- DAVIDSON, C. & HAMON, H. (2004). « Autorité parentale dans la famille et autorité dans le cadre de l'assistance éducative : une histoire de respect ». Vol. 165, N°. 3. p. 23-32.
- DELAY, C. & FRAUENFELDER, A. (2013). Ce que « bien éduquer » veut dire, *Tensions et malentendus de classe entre familles et professionnels de l'encadrement (école, protection de l'enfance)*, Déviance et Société. Vol. 37, N° 2. p. 181-206.
- DEVAULT, A ; MILCENT, M-P ; OUELLET, F ; LAURIN, I ; JAURON, M ; LACHARITE, C. (2007). « Trajectoires de vie de jeunes pères en contexte de vulnérabilité : le modèle de Belsky (1984) revisité ». La revue internationale de l'éducation familiale. N° 21. p. 71-98.
- DUPERTUIS, V. (2006). « Plate-forme romande Femmes-Dépendances : pour la prise en compte des spécificités des dépendances des femmes ». *Nouvelles Questions Féministes*. Vol. 25. p. 144-147.
- ESQUIVEL, T. (1994). « Les enfants de parents toxicomanes ». 12 p.
- FONTAINE, A., & FONTANA, C. (2004). « Usages de drogues (licites, illicites) et adaptation sociale », *Psychotropes* 4. Vol. 10. p. 7-18
- GROUPE D'APPUI À LA PROTECTION DE L'ENFANCE. (2011). « Des dispositifs de soutien à la parentalité dans le cadre de la prévention ». 9 p.
- HAUTEFEUILLE, M. (2008). « Qu'est-ce qu'une addiction ? ». *Psychotropes*. Vol. 14. p. 5 à 9.
- HOUZEL, D. (2003). « Un autre regard sur la parentalité ». *Enfance & Psy1*. Vol. 21. p. 79-82.
- IMBERT, G. (2010). « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie ». *Recherche en soins infirmiers*. Vol. 102. p. 23-34.
- KATERLOS, I. (2003). « Représentation sociale de la drogue chez les jeunes Grecs », *Psychotropes* 1. Vol. 9. p. 77-93.
- KONG, P. (2011). « Le signe du réel dans la toxicomanie ». *La clinique lacanienne*. Vol. 19. p. 91 à 100.

- LAMBOY, B. (2009). « Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? ». *Différentes approches pour un même concept*. Vol. 21. p. 21-29.
- LEBBE-BERRIER, P. (1992). « Cadre de travail en intervention sociale ». *Thérapie familiale*. p. 143-154.
- LEMAY, M. (2010). « Enfants, parents, assistant familial : une histoire de liens ». p. 36-46.
- MCDOUGALL, J. (2004). « L'économie psychique de l'addiction ». *Revue française de psychanalyse*. Vol. 68. p. 511 à 527.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. (2015) « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. CIM-10 FR à usage PMS. 878 p.
- MONJAUZE, M. (2001). « Psychanalyse de l' "objet". "Objet-drogue", "Objet-alcool" ». *Le Carnet PSY*. N° 61. p. 17 à 22.
- MORISSETTE, P. (2011). « Trajectoire d'engagement paternel dans un contexte de consommation maternelle excessive de substances psychoactives ». *La revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*. N°.135. p. 61-72.
- PEELE, S. (1990). « Addiction as a Cultural Concept ». *Annals of the New York Academy of Sciences*. New Jersey. p. 205 à 220.
- RANJARD, P. (2003). « À propos de Une histoire de l'autorité », *Gestalt*, vol. no 25, no. 2, p. 179-186.
- SERAPHIN, G. (2007). « Introduction. " La filiation recomposée : origines biologiques, parenté et parentalité " ». *Recherches familiales*. N° 4. p. 3-12.
- SIMMAT-DURAND, L. (2002). « Grossesse et drogues illicites ». *Déviance et société*. Vol. 26. p. 105-126.
- SOULET, M.-H. (2010). « Changer sa vie ». *Propos recueillis par Aude Lalande*. *Vacarme*. Vol. 53. p. 78 à 81.
- SUTTER-DALLAY, A-L. (2008). « Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale ». *Le Journal des psychologues*. N° 261. p. 22-25.
- TASSIN, J.-P. (2007). « Neurobiologie de l'addiction : proposition d'un nouveau concept ». Vol. 83. p. 91 à 97.
- TERENO, S., SOARES, I., & MARTINS, E. (2007). « La théorie de l'attachement : son importance dans son contexte pédiatrique ». Vol. 19. p. 151-188.
- TRABERT, C. (2012). « Grandir avec des parents dépendants ». *Paroles de jeunes sur leur enfance avec des consommateurs de drogues*. 37 p.
- VALLON, S. (2006). « Qu'est-ce qu'une famille : Fonctions et représentations familiales. » *VST - Vie sociale et traitements*, N° 89. p. 154-161.
- VINCENT, S. (2000). « Le jouet au cœur des stratégies familiales d'éducation ». *Sociétés contemporaines*, N°40. p. 165-182.

WEISS, D. (2010). « Évolution sociohistorique de la famille », *Journal français de psychiatrie*. Vol. 37. N°. 2. p. 23-24.

DOCUMENTS

COUTERON, J.-P. (2013). Société addictogène et accompagnement des usagers de drogues. 7^{ème} congrès nation des internes en psychiatrie. RVH Synergie.

KELLERHALS, J. (2005-2006). *Sociologie de la famille*. Manuscrit non publié.

MARQUET, J. (2001). *Evolution et déterminants des modèles familiaux*. Manuscrit non publié.

VALLEJO, J.-L. (2011). Institut Limousin de Formation & Communication. *Approche psychosociale des addictions*.

SITES INTERNET

Dictionnaire Larousse médical en ligne : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/toxicomanie/16628>, consulté le 23.08.2016

A propos de l'OMS : <http://www.who.int/about/fr/>, consulté le 15.10.16

Sociologie des addictions : <http://www.grea.ch/sociologie-des-addictions>, consulté le 10.11.2016

Les caractéristiques d'une Approche centrée sur la personne : <http://acp-pr.org/caracteristiques.html>, consulté le 16.11.2016

Plateforme électronique consacrée à la politique de l'enfance et de la jeunesse, Confédération Suisse : <https://www.politiqueenfancejeunesse.ch>, consulté le 16.11.2016

Site de la Confédération Suisse : Convention relative aux droits de l'enfant : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19983207/index.html>, consulté le 16.11.2016

Nations Unies ; Droit de l'Homme ; Haut-Commissariat ; Convention relative aux droits de l'enfant : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>, consulté le 16.11.2016

Citations Liberté : <http://evene.lefigaro.fr/citations/mot.php?mot=liberté&p=6>, consulté le 16.11.2016

Le crack, qu'est-ce que c'est : http://www.drogues-dependance.fr/cocaine-un_derive_le_crack.html, consulté le 10.11.2016

La revue pour l'histoire du CNRS : <https://histoire-cnrs.revues.org/9084>, consulté le 25.11.2016

Politique publique : <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=598>, consulté le 31.01.2016

Loi en faveur de la jeunesse, canton du Valais : https://legvs.vs.ch/sites/legvs/FR/20/law/850_4/pdf, consulté le 09.08.2017

Loi sur l'enfance et la jeunesse, canton de Fribourg : <https://bdlf.fr.ch/frontend/versions/3332?locale=fr>, consulté le 09.08.2017

Loi sur la protection des mineurs, canton de Vaud : http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv_site/doc.pdf?docId=5890&Pvigueur=&Padoption=&Pcurrentversion=9999&PetatDoc=vigueur&Pversion=&docType=loi&page_format=A4_3&isRSV=true&isSJL=true&outformat=pdf&isModifiante=false, consulté le 09.08.2017

Sociologie de la famille (2005-2006) : <http://soziologie.ch/aesge/fami2.pdf>, consulté le 16.08.2017

Millénaire 3 ; « Mutations des systèmes de soins et du domaine de la santé » (2004) : <http://www.millenaire3.com/ressources/mutations-des-systemes-de-soin-et-du-domaine-de-la-sante> , consulté le 19.08.2017

L'OBS ; « Contraception et avortement : les grandes questions en France » : http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20071127_OBS6977/contraception-et-avortement-les-grandes-dates-en-france.html, consulté le 19.08.2017

Evolution de la famille : <http://tpeevolutiondelafamille.e-monsite.com/pages/monoparentales-recomposees-aujourd-hui-les-modeles-familiaux-sont-nombreux.html>, consulté le 20.08.2017

Dans le monde moderne, l'autorité a disparu : <http://www.idixa.net/Pixa/pagixa-1102060101.html>, consulté le 20.08.2017

Le monde politique : <http://www.lemondepolitique.fr/culture/la-famille.htm> le 20.08.2017, consulté le 20.08.2017

Théorie des cinq grands facteurs de personnalité (Big Five) (2017) : <https://www.123test.fr/theorie-des-cinq-grands-facteurs-de-personnalite/>, consulté le 22.08.2017

Lemondepolitique.fr (2007-2017) : <http://www.lemondepolitique.fr/culture/la-famille.htm>, consulté le 20.08.2017

Largeur (Michaud, 1999-2017) : <https://largeur.com/?p=4892>, consulté le 14.09.2017

Le figaro.fr : <http://evene.lefigaro.fr/citations/mot.php?mot=liberte&p=6>, consulté le 15.09.2017

Psychothérapie des addictions et dépendances ; « Définition de l'addiction selon Aviel Goodman (2016) : <http://www.psychotherapieparis.fr/definition-addiction-aviel-goodman/>, consulté le 16.10.2017

Réseau addiction cher ; « Critère de l'addiction selon Goodman (1990) » : <http://www.reseau-addiction-cher.fr/page-criteres-de-laddiction-selon-goodman-1990-47.html>, consulté le 16.10.2017

Office fédéral de la statistique ; « Mariages, partenariats et divorces » (2016) : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/mariages-partenaires-divorces.html>, consulté le 17.10.2017

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILD&CA ; 2017) : <http://www.drogues.gouv.fr/contact>, consulté le 18.10.2017

ACP Pratique et recherche. Revue francophone internationale de l'Approche Centrée sur la Personne : <http://acp-pr.org/caracteristiques.html>, consulté le 18.10.2017

Addiction/ Suisse ; « Dépendance » <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/substances-et-addiction/dependance/>, consulté le 18.10.2017

Drogues et dépendances, Portail de la santé (2017) : <http://www.drogues-dependance.fr>, consulté le 20.10.2017

Société psychanalytique de Paris ; « Cure psychanalytique de l'addiction » : <http://www.spp.asso.fr/wp/?p=5867>, consulté le 21.10.2017

Organisation mondiale de la Santé (2017) : <http://www.who.int/about/fr/>, consulté le 22.10.2017

Psychothérapie des addictions et dépendances ; « Définition de l'addiction selon Aviel Goodman (2016) : <http://www.psychotherapieparis.fr/definition-addiction-aviel-goodman/>, consulté le 16.10.2017

Réseau addiction cher ; « Critère de l'addiction selon Goodman (1990) » : <http://www.reseau-addiction-cher.fr/page-criteres-de-laddiction-selon-goodman-1990-47.html>, consulté le 16.10.2017

Office fédéral de la statistique ; « Mariages, partenariats et divorces » (2016) : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/mariages-partenaires-divorces.html>, consulté le 17.10.2017

TEXTES DE LOI

Site de la Confédération Suisse : Code civil suisse : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html> consulté le 08.08.2017

Site de la Confédération Suisse : Constitution suisse : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html> consulté le 10.09.2017

ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 **15**

CYCLE DE LA DEPENDANCE : <http://www.pavillondelassuetude.ca/la-philosophie-d-intervention/notre-conception-de-la-toxicomanie>, consulté le 10.10.2017.

FIGURE 2 **35**

DIMENSIONS DE LA PARENTALITE DE DIDIER HOUZEL: Schéma inspiré du travail de Didier Houzel (1999) sur les trois axes de la parentalité, tiré du document « La parentalité en situation de toxicodépendance dans le canton de Vaud : mieux comprendre, mieux l'accompagner » de Annamaria Colombo et Patricia Fontannaz ; p. 19.

FIGURE 3 **61**

ÉCHANTILLON DES PROFESSIONNELS : Tableau effectué afin de répertorier l'échantillon de notre Travail de Bachelor.