

Les cahiers de
PROSPECTIVE
Jeunesse

Numéro d'agrégation : P405048
Bureau de dépôt – 1050 Bruxelles 5

Cahiers – Volume 13 – n° 4 – 4^e trimestre 08

Cahier numéro 49

Parents usagers, enfants en danger ?

**Pas de fatalisme pour les enfants
de parents alcoolodépendants**

**La famille dépendante :
mythe ou réalité ?**

**Mères usagères,
femmes dépendantes ...**

**Bruxelles, Charleroi, Chatelêt
et Liège : des services aux côtés
des parents**

Rédacteur en Chef

Etienne CLEDA

Mise en page

MEDIA
animation
COMMUNICATIVE • EDUCATIVE

Comité d'Accompagnement

- Philippe BASTIN, Directeur d'Infor-Drogues.
- Line BEAUCHESNE, Professeure agrégée, Université d'Ottawa, Canada.
- Marc BUDO, Enseignant.
- Alain CHERBONNIER, Question Santé.
- Ariane CLOSE, Modus Vivendi.
- Martine DAL, Prospective Jeunesse.
- Gérard DAVID, Nadja.
- Christian DE BOCK, Education Santé.
- Christel DEPIERREUX, Responsable de la Collection Education pour la Santé, La Médiathèque.
- Damien FAVRESSE, ULB-PROMES.
- Manu GONÇALVES, Le Méridien, LBFMS.
- Ludovic HENRARD, Directeur de la Fedito bruxelloise.
- Damien KAUFFMAN, Prospective Jeunesse.
- Pascale JAMOULLE, LAAP/UCL et CSM Le Méridien.
- Thierry LAHAYE, Service santé de la Commission Communautaire française.
- Patricia PIRON, Attachée à la Direction Promotion Santé, Ministère de la Communauté française.
- Pascal Rigot, Directeur de SOS Jeunes.
- Micheline ROELANDT, Psychiatre.
- Jacques VAN RUSSELT, Coordinateur d'Alfa, Président de la Fedito wallonne.

Soutien administratif :

Maria DRAPPA

Couverture : Etienne SCHREDER

Dessins : Jacques VAN RUSSELT

Impression : NUANCE 4, Naninne

Editeur responsable :

Jean-Guillaume GOETHALS

N° ISSN : 1370-6306



Les articles publiés reflètent les opinions de leur(s) auteur(s) mais pas nécessairement celles des responsables des «Cahiers de Prospective Jeunesse».

Ces articles peuvent être reproduits moyennant la citation des sources et l'envoi d'un exemplaire à la rédaction.

Ni Prospective Jeunesse asbl, ni aucune personne agissant au nom de celle-ci n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations reprises dans cette publication.

Publication trimestrielle

Abonnement annuel (Frais d'envoi compris)

	Belgique	Autres pays
Institution	24 €	28 €
Personnel	20 €	24 €
Etudiant	15 €	20 €

Prix au numéro: 7 €

Numéro de compte bancaire : **210-0509908-31**



Prospective Jeunesse asbl

144 chaussée d'Ixelles - 1050 Bruxelles

Tél: 02/512.17.66 - Fax: 02/513.24.02

E-mail : cahiers@prospective-jeunesse.be

Site Internet : <http://www.prospective-jeunesse.be>



Avec le soutien de la Communauté Wallonie-Bruxelles (Communauté française de Belgique), et de la Commission communautaire française de la région de Bruxelles-Capitale.



PARENTALITÉ ET USAGES DE DROGUES : UN DÉFI POUR LES INTERVENANTS

Entre 1992 et 2008, la proportion de résidents de Tremplines ayant un ou plusieurs enfants s'est accrue de 15 % à 55 %. Ces chiffres interpellent. D'autant plus que c'est précisément dans la première moitié des années nonante que plusieurs initiatives d'aide spécifique destinée aux parents usagers de drogues ont vu le jour. S'agit-il d'une évolution du public ou de celle du regard que les intervenants portent sur ces usagers de drogues dont on a découvert qu'ils sont aussi parents ?

Ce numéro des Cahiers de Prospective Jeunesse propose d'explorer cette question. Dans le texte qui le clos, Hugues Martens et Florence Beuken formulent l'hypothèse d'un effet inattendu de la diffusion des traitements à la méthadone pour les héroïnomanes. Les aménorrhées disparaissent, les couples se stabilisent et les enfants surviennent.

Isabelle Meurisse et Marie-Paule Giot animent depuis plus de dix ans un atelier « Parentalité/usages de drogues » à Charleroi. Elles nous relatent un élargissement sensible des préoccupations des professionnels qui y participent à la crise et au désarroi que vivent les parents en général et s'interrogent : Les parents usagers de drogues seraient-ils dès lors envisagés et approchés comme le sont les « autres » parents ?

Des parents comme les autres ?

L'inquiétude principale des mères que rencontre et accompagne le service dirigé par Myriam Landi à La Louvière est de garder ou de récupérer leur rôle de mère. S'adresser à un service d'aide comporte un risque pour les parents usagers. D'autant plus qu'ils s'y sentent encore souvent discriminés et jugés. Ils ont le sentiment que les professionnels n'ont pas de considération pour eux, et surtout pour leur rôle et leur identité de parents. Par ailleurs, ils rencontrent des professionnels qui paniquent face à la question des usages de psychotropes, d'autant plus quand la santé ou la protection d'un enfant leur semble en jeu.

Or, ces parents ont besoin de pouvoir parler librement de leur consommation, sans craindre de voir leur capacité parentale mise en doute et d'un regard plus positif des professionnels reconnaissant (également) leurs ressources. L'initiative d'Interstices et d'Infor-Drogues auprès des travailleuses médico-sociales de l'ONE que nous relate Pascale Anceau vise précisément à aider ces professionnelles qui accueillent des parents consommateurs, c'est-à-dire reconnaître leur compétence parentale alors que leurs usages de drogues heurtent de front l'image qu'elles se sont construites d'un bon parent, d'une bonne mère.

Des enfants pas si différents des autres

Il reste que l'usage d'alcool ou d'autres drogues n'est pas sans conséquence sur le devenir des enfants. Marie-Line Foisy montre ainsi, de manière nuancée, que s'il existe une corrélation entre l'alcoolisme de parents et des troubles chez leurs enfants, le différentiel est léger et n'atteint pas de seuil pathologique. Il semble que certains troubles ne soient pas le seul fait de l'alcoolisme parental et que l'alcoolisme parental est une problématique rarement isolée. En 2002, Interstices a obtenu des résultats semblables auprès d'enfants d'usagers. Là, si les enfants n'obtiennent pas de résultats significativement inférieurs aux moyennes, ils présentent des signes préoccupants au niveau de leurs comportements. Là aussi l'environnement dans lequel vivent ces enfants apparaît comme un facteur de leur évolution aussi, voire davantage, déterminant que l'usage de psychotropes par les parents.

Etienne Cléda
Rédacteur en chef

PROSPECTIVE JEUNESSE

Drogues - Santé - Prévention

Entre le numéro 49 et son successeur, la revue, créée à l'automne 1996 (douze ans déjà !), va connaître une mue importante. Pour célébrer sa cinquantième parution, elle s'offre un nouveau nom et une nouvelle maquette. Près d'une année de travail de l'équipe de Prospective Jeunesse, avec l'aide du comité d'accompagnement et de Média Animation, donnera naissance à un outil toujours aussi varié

dans ses approches et ses points de vue autour de dossiers thématiques mais dont le look sera résolument modernisé. Son nom, raccourci et complété de trois mots qui explicitent son propos, invitera les lecteurs à s'en saisir pour découvrir tout ce qu'il y a lieu de savoir à propos de la jeunesse, des usages de drogues lus à l'aune de la promotion de la santé et des pratiques de prévention.

Une raison de plus pour s'abonner et recevoir les quatre qui seront publiés en 2009.

PARENT(S) ALCOOLO-DÉPENDANT(S) : QUELS IMPACTS SUR LES ENFANTS ?

Marie-Line Foisy

L'abus et la dépendance à l'alcool sont des phénomènes ni rares ni isolés. En 2001, l'Institut Scientifique de Santé Publique estimait le pourcentage de la population dépendante à l'alcool à 7% en Belgique. Il reste cependant difficile de chiffrer avec précision la proportion de personnes touchées. Si l'alcoolisme a de nombreuses répercussions sur la personne alcoolo-dépendante elle-même, ses proches et plus particulièrement les membres de la cellule familiale en sont également affectés. Les plus vulnérables sont vraisemblablement les enfants. Ils sont des personnes en construction et dépendent des adultes qui en assument la responsabilité. Or, un nombre non-négligeable d'enfants sont ou ont été confrontés à l'abus d'alcool au sein de leur famille (en fonction des études, les estimations rapportés varient entre 7 et 25%).

Mots-clés

- Parentalité
- Alcool
- Etudes cliniques
- Facteurs de risque
- Prévention

Marie-Line Foisy est
Consultante formatrice,
Prospective Jeunesse asbl.

Depuis plus de 25 ans, de nombreux articles scientifiques ont été publiés sur le thème des enfants d'alcoolique(s). Cet article passera d'abord en revue les principales répercussions négatives susceptibles d'affecter les enfants de parent(s) alcoolo-dépendant(s) et leur devenir et se centrera ensuite, sur base des fortes différences observées entre ces enfants en terme de vulnérabilité, sur les principaux facteurs de risque et de protection cités dans la littérature.

Etre enfant d'alcoolique : quelles conséquences ?

Dés les années 70 des données cliniques et de recherche montrent que les enfants de famille où l'utilisation d'alcool est abusive représentent une population à risque pour toute une série de problématiques tant sur le plan physique, cognitif, comportemental et émotionnel.

Des recherches montrent en effet que les enfants de parent(s) alcoolo-dépendant(s) ont un plus grand risque

de subir des blessures physiques suite à des négligences ou à des violences que des enfants de famille où il n'y a pas de problèmes liés à une consommation d'alcool massive ou chronique.

Par ailleurs, les enfants de parent(s) alcoolo-dépendant(s) obtiennent généralement des scores d'efficacité cognitive (par exemple : quotient intellectuel, performances scolaires) plus faibles que des enfants de parent(s) non alcoolique(s).

Des études rapportent également une augmentation du risque de développer des troubles de l'adaptation chez ces enfants tant pour les troubles dits d'intériorisation (faible estime de soi, plus hauts niveaux de dépression et d'anxiété, symptomatologie de stress) que pour les troubles dits d'extériorisation (troubles des conduites tels que le fait de mentir, se battre, voler, faire l'école buissonnière, mais aussi des problèmes d'hyperactivité ou d'impulsivité).

Enfin, le risque le plus fréquemment rapporté pour les enfants de parent(s) alcoolo-dépendant(s) est sans aucun doute

celui de développer un abus de substance. En fonction des recherches, les enfants d'alcooliques auraient 2 à 10 fois plus de risques de rencontrer un abus ou une dépendance à l'alcool que les enfants de parents non alcoolo-dépendants (Sher, 1997¹) et ils seraient entre 26 et 41% à développer ultérieurement un abus de substance.

Des enfants pas toujours si différents des autres ?

Si les résultats de ces recherches semblent parfois alarmants, il n'en reste pas moins que les scores tant en ce qui concerne les capacités cognitives que les troubles de l'adaptation chez les enfants de parent(s) alcoolo-dépendant(s) n'atteignent en général pas les seuils pathologiques (Moser & Jacob, 1997²). En outre, il se peut que certains troubles ne soient pas le seul fait de l'alcoolisme parental mais par exemple de la négligence, des abus ou de la présence d'autres problématiques psychologiques chez l'un des parents. Dans cette ligne d'idée, des auteurs rapportent que les symptômes d'internalisation des enfants d'alcoolique(s) sont davantage influencés par les troubles de l'humeur et les troubles anxieux dont souffre le parent que par son alcoolisme. De même, un trouble de la personnalité anti-sociale chez un des parents serait plus particulièrement lié aux symptômes d'extériorisation chez l'enfant.

En outre, la fréquence avec laquelle les enfants s'engagent dans la consommation normale (et non pathologique) d'alcool et dans d'autres types de comportements problématiques (tels que des activités délinquantes) est en grande partie comparable qu'ils soient ou non issus d'un environnement alcoolique.

Ce tableau confirme et soutient les efforts de prévention et d'action face à l'abus d'alcool parental et l'attention particulière qu'il faut accorder aux enfants

de parent(s) alcoolo-dépendant(s). Néanmoins, et bien « qu'à risque », beaucoup de ces enfants ne développeront pas de problème particulier.

Quels sont les facteurs de risque et de protection pour ces enfants ?

A l'heure actuelle, la plupart des chercheurs s'accordent pour défendre une position bio-psycho-sociale intégrant les données de la génétique et des facteurs contextuels. Après avoir abordé les variables génétiques et environnementales, une modélisation tentant d'intégrer ces différents facteurs sera proposée.

Du côté génétique : un déterminisme à nuancer³

La plupart des études portant sur les risques génétiques chez les enfants de parent(s) alcoolo-dépendant(s) portent sur l'héritabilité de l'alcoolisme. Ce courant de recherche s'est développé sur base d'observations cliniques : comme déjà évoqué, les enfants d'alcooliques seraient plus exposés à développer un abus d'alcool à l'âge adulte que l'ensemble de la population. Les recherches ont tenté d'isoler ce risque en portant leur intérêt sur la densité familiale en terme de personnes alcoolo-dépendantes, mais aussi sur la fréquence de l'alcoolisme dans les fratries, sur les jumeaux mono- et hétérozygotes et sur les enfants adoptés. Les résultats de ces études vont dans le même sens : une vulnérabilité génétique semble bien exister pour l'alcoolisme.

Si les études suggèrent une importante composante génétique de l'alcoolisme, il n'en reste pas moins que le déterminisme de la dépendance ou de l'abus à l'alcool reste éminemment complexe. Par exemple, certaines psychopathologies associées à l'alcoolisme des parents pourraient être prédictives de l'alcoolisme de l'enfant (un père avec une personnalité anti-sociale, une mère dépressive,...). Or,

- 1 Sher, K.J. (1997). Psychological characteristics of children of alcoholics. *Alcohol, Health, and Research World*, 21, 247-254.
- 2 Moser, R.P., & Jacob, T. (1997). Parent-child interactions and child outcomes as related to gender of alcoholic parent. *Journal of Substance Abuse*, 9, 189-208.
- 3 Ne seront pas abordés dans cet article les facteurs de risques de la période prénatale tels que le syndrome d'alcoolisme fœtal, ou les facteurs psychosociaux, comme le stress, l'anxiété (...) rencontrés par les femmes enceintes qui peuvent jouer sur le développement de l'enfant in-utero et avoir potentiellement des répercussions sur son devenir ; ni les aspects génétiques plus récents d'identification de marqueurs (électro-) physiologiques et biochimiques de la vulnérabilité génétique.

des études ont montré que certains de ces problèmes de santé mentale auraient aussi une composante génétique. Il se pourrait dès lors que ces problématiques associées accroissent indirectement la prédisposition génétique à l'alcoolisme chez certains enfants de parent alcoolodépendant.

*Du côté environnemental :
une multitude d'influences*

Le contexte environnemental fait référence à tout facteur qui ne contribue pas directement au risque génétique, et qui est susceptible d'influencer le devenir de l'enfant de parent alcoolique, même s'il reste difficile de distinguer clairement l'influence des uns et des autres.

*Fonctionnement familial
et alcoolisme parental*

L'environnement familial, les pratiques parentales de socialisation, le climat émotionnel que les parents créent peuvent avoir un impact significatif sur le devenir des enfants. Les familles où l'un des parents est alcoolodépendant sont souvent décrites comme dysfonctionnelles à ce point de vue là : par exemple, le silence, la honte, le secret, l'isolement social, une communication perturbée, les conflits sont fréquemment rapportés comme caractéristiques des ces familles par rapport à des familles où il n'y a pas de problème de boisson (Scharff et al., 2004³).

L'accumulation d'expériences de vie négatives est également susceptible de conduire à des troubles chez l'enfant. Or le risque d'avoir fait l'expérience de nombreux événements négatifs lors de l'enfance est élevé chez les enfants d'alcooliques (Anda et al., 2002⁴).

*L'alcoolisme parental, une
problématique rarement isolée*

De manière générale, l'alcoolisme est fortement lié à des problèmes d'ordre interpersonnels. Les personnes alcoolodépendantes semblent souvent passer

par des accès d'agressivité, mais aussi par des moments de désespoir. En outre, l'alcoolisme ne facilite pas la communication interpersonnelle et une de ses particularités est qu'une fois passés les effets de la boisson, la personne ne se souvient plus toujours de ses comportements et adopte une autre attitude. Cette imprévisibilité des réactions peut être perturbante pour un enfant.

Par ailleurs, comme déjà souligné, l'alcoolisme co-existe souvent avec d'autres problèmes de santé mentale. Or les recherches ont depuis longtemps établi un lien entre la psychopathologie parentale et les problèmes de santé mentale de l'enfant, tant au niveau de leur héritabilité qu'en ce qui concerne leur impact sur l'environnement contextuel et le devenir de l'enfant. Par exemple, les mères déprimées sont moins affectueuses, moins interactives et fournissent moins de stimulations à jouer que des mères non déprimées. Un trouble de la personnalité anti-sociale chez un parent est couramment associé à des troubles des conduites chez l'enfant.

Néanmoins, relativement peu d'études ont contrôlé les psychopathologies présentées par les parents des enfants d'alcooliques. Le fait d'avoir deux parents en prise avec l'alcool accroît les risques pour les enfants qui font l'expérience d'un taux accru de négligence.

Cependant, lorsque les parents ne présentent pas de trouble de la personnalité majeur et que le statut socio-économique est équivalent, l'histoire d'alcoolisme parental n'est pas associée à plus de troubles des conduites ou de l'attention, ni à de moins bonnes performances scolaires chez les enfants.

*D'autres variables peuvent
avoir une influence...*

Une série de déficits cognitifs sont souvent décrits dans les populations alcooliques. L'alcool a un effet toxique sur les cellules nerveuses, mais il se peut aussi que pour certains les problèmes précé-

3 Scharff, J.L., Broida, J.P., Conway, K., & Yue, A. (2004). The interaction of parental alcoholism, adaptation role, and familial dysfunction. *Addictive Behaviors*, 29, 575-581.

4 Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R., & Williamson, D.F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53, 1001-1009.

daient l'abus d'alcool. Or certains troubles cognitifs affectent négativement l'habileté à élever son enfant. De plus, une forte corrélation existe entre les capacités cognitives des parents et celles de leurs enfants (Ellis et al., 1997⁵). Être élevé par une mère alcoolo-dépendante semble constituer plus de risques que par un père alcoolo-dépendant. En effet, la mère est le premier agent de soin et de socialisation. Si l'une de ses fonctions est manquante, l'enfant risque de ne pas rencontrer les attitudes et comportements adéquats favorisant son développement.

Cette liste de facteurs environnementaux n'est en aucune façon exhaustive. En effet, outre les facteurs familiaux susceptibles d'influencer le devenir des enfants qui viennent d'être détaillés, de nombreux facteurs environnementaux n'ont pas été abordés tels que la culture d'appartenance, le sexe de l'enfant, sa place dans la fratrie, sa personnalité, le type d'alcoolisme du parent, son niveau de dépendance, les adultes référents et pairs de l'enfant hors de la famille, etc. Cependant, au vu des difficultés inhérentes à ce sujet, peu de recherches ont investigué de manière systématique ces différents facteurs, et il resterait inévitablement difficile de démêler les différents effets des uns et des autres. En outre, les variables peuvent se croiser.



Comment interagissent les facteurs de risque et de protection sur les enfants de parent alcoolo-dépendant ?

Si, comme nous venons de le voir, toute une série de variables peuvent co-expliquer les différentes conséquences négatives sur le devenir des enfants d'alcooliques, ces derniers ne sont pas tous également vulnérables. Malgré l'alcoolisme de leur(s) parent(s), un grand nombre de ces enfants continuent à bien fonctionner à l'âge adulte. En effet, une proportion importante, voire la majorité des enfants de parent(s) alcoolique(s), n'ont pas de problèmes d'adaptation. Par exemple, des études montrent que, même s'ils constituent une population à risque, au moins 60% d'entre eux n'ont pas développé de problèmes sérieux d'adaptation ou de troubles liés à l'alcool à l'âge adulte.

L'hétérogénéité des enfants d'alcooliques en terme de vulnérabilité constitue une source importante de connaissances sur les enfants résilients⁶. Il est donc dans un premier temps important de comprendre les expériences familiales au-delà de l'alcoolisme parental qui pourraient avoir des influences positives menant à la résilience.

Relativement peu d'études se sont penchées sur les différences entre les familles des enfants résilients d'alcooliques et celles de leurs homologues non résilients. Par exemple, il semble, que les familles d'enfants résilients d'alcooliques ont subi moins de stress au cours des premières années de vie des enfants, et démontrent un soutien familial important.

Ces recherches n'ont toutefois pas contrôlé de manière systématique la présence, chez le parent alcoolique, de variables de risque ou de protection (telles que la présence ou non de problèmes de santé mentale, comme une personnalité anti-sociale ou un état dépressif). Ces problèmes connexes pourraient, en effet, à eux seuls, rendre compte des

5 Ellis, D.A., Zucker, R.A., & Fitzgerald, H.E. (1997). The role of family influences in development and risk. *Alcohol Health & Research World*, 21, 218-226.

6 La résilience peut se définir par le maintien d'un processus normal de développement malgré des conditions difficiles

différences entre les enfants résilients et les enfants en difficulté. Il est donc nécessaire de contrôler un maximum de variables susceptibles d'influencer le devenir de l'enfant afin d'éviter de contaminer l'étude par des variables de résilience associées aux caractéristiques des enfants.

En général, les facteurs de risque ou de protection se présentent sous forme d'une constellation d'influences tout au long du développement de l'enfant. A titre illustratif, le tableau ci-après, adapté de Ellis et al. (1997⁷) propose une classification en « environnement à risque élevé » et « environnement à risque faible ».

(Voir tableau ci-dessous.)

A l'heure actuelle, les auteurs s'accordent pour défendre une position bio-psycho-sociale intégrant et agrégeant les données de la génétique et des facteurs contextuels pour l'enfant de parent(s) alcoolique(s) (facteurs de risque et de protection) (Harter, 2000⁸). En effet, de façon générale, les études révèlent que la vulnérabilité accrue des enfants aux psychopathologies est fonction de l'interaction complexe entre l'alcoolisme parental et l'environnement familial.

Il est cependant important de rappeler

que certains facteurs sont spécifiques à l'alcoolisme et à son potentiel développement chez l'enfant. En effet, outre les aspects génétiques, la transmission du comportement alcoolique peut être directe -via, par exemple le modèle parental de gestion du stress, l'accès privilégié à l'alcool ou à d'autres substances, les effets des attentes à propos de l'alcool plus positives chez les enfants d'alcoolique(s) que chez des enfants de parent(s) non alcoolique(s) et les habitudes de boisson sociétale. Mais cette transmission peut aussi être indirecte via un contrôle parental défaillant et de mauvaises conditions d'éducation. Cette influence indirecte peut se traduire par des expériences de vie négatives, telles que suite à une séparation du couple parental, de la négligence, etc. Elle peut aussi être le reflet, comme cela a été évoqué, de la psychopathologie présentée par les parents et par les autres membres de la famille, du statut socio-économique, du niveau d'agressivité au sein de la famille et des capacités cognitives parentales. Les caractéristiques de l'enfant peuvent enfin jouer un rôle majeur et constituer des facteurs de risque ou au contraire, des facteurs de protection : les troubles des conduites, et plus spécifiquement,

Combinaison des facteurs de risque dans les familles alcooliques : Environnement à risque élevé versus faible adapté de Ellis et al. (1997, p. 223)

<i>Facteur de risque pour l'enfant</i>	<i>Environnement à risque élevé</i>	<i>Environnement à risque faible</i>
<i>Psychopathologie parentale</i>	Le parent alcoolique présente une comorbidité psychiatrique	Le parent alcoolique ne présente pas de comorbidité
<i>Similarité des parents</i>	Les deux parents présentent un alcoolisme et/ou une autre psychopathologie	Généralement, seul un parent présente un alcoolisme
<i>Utilisation d'alcool</i>	Plus sévère et/ou problématique	Moins sévère et moins problématique
<i>Niveau intellectuel parental</i>	Plus faible	Plus haut
<i>Agressivité au sein de la famille</i>	Haut niveau d'agressivité envers l'enfant et violence entre les parents	Bas niveau d'agressivité et de violence intra-familiale
<i>Statut socio-économique de la famille</i>	Plus faible	Plus haut

7 Ellis, D.A., Zucker, R.A., & Fitzgerald, H.E. (1997). The role of family influences in development and risk. *Alcohol Health & Research World*, 21, 218-226.

8 Harter, S.L. (2000). Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics a review of the recent empirical literature. *Clinical Psychology*, 20, 311-337.

l'hyperkinétisme ou certains déficits cognitifs pourraient contribuer au développement ultérieur d'un alcoolisme ou d'une toxicomanie. Si ces différents facteurs augmentent la probabilité d'un alcoolisme ultérieur, ils peuvent aussi mener au développement d'une variété de problèmes de santé mentale. D'autre part, les enfants résilients de parent(s) alcoolo-dépendant(s) partagent plusieurs caractéristiques qui contribuent à leur devenir et qui incluent l'habileté à obtenir une attention positive de la part d'autrui, des aptitudes de communication adéquates, une intelligence normale, une attitude chaleureuse, un lieu de contrôle interne, un désir de réussite, et la confiance en soi et en son autonomie.

Il est également essentiel de garder à l'esprit que les variables génétiques et environnementales interagissent. Par exemple, les enfants de parent(s) alcoolo-dépendant(s) ayant un génotype à haut risque génétique sont très susceptibles de développer des problèmes comportementaux, même dans un environnement peu stressant, alors que les enfants d'alcoolique(s) ayant un génotype à faible risque, ne deviendront vulnérables que s'ils sont exposés à un environnement familial hautement stressant. C'est pourquoi, la plupart des modèles de risque des enfants d'alcoolique(s) utilisent un cadre probabiliste, qui propose que les influences bio-génétiques, les influences environnementales - celles des pairs, de la communauté, et de la famille - et les caractéristiques individuelles agissent de concert.

Prévenir les risques pour les enfants de parent alcoolo-dépendant.

L'alcoolisme parental et ses répercussions pour les enfants ne sont pas des phénomènes simples et à caractéristiques uniques. Si la littérature clinique

est assez alarmante sur les conséquences d'être un enfant de parent(s) alcoolo-dépendant(s), les résultats des recherches sont plus nuancés. Selon Harter (2000), on ne peut pas parler de « syndrome d'enfant d'alcoolique », même s'il convient de rester vigilant face à cette problématique. Des programmes de prévention spécifique existent à différents niveaux qui se complètent (par exemple, sensibilisation par les médias, psychoéducation, dépistage, accompagnement des personnes alcoolo-dépendantes et/ou de la famille, groupe d'entraide pour la personne alcoolo-dépendante, pour ses proches, etc.). La promotion de la santé offre pour cela un cadre qui permet de réduire les risques et d'augmenter les ressources de l'individu.

Une meilleure interaction entre les recherches et les interventions et préventions cliniques seraient néanmoins nécessaires pour améliorer et mieux organiser les services offerts aux enfants de parent(s) alcoolo-dépendant(s).

Toutefois, il faut garder à l'esprit que chaque enfant a des besoins, des problèmes et un potentiel propres : il est dès lors sine que non de rester attentif à ne pas basculer dans le déterminisme. Une pathologie psychiatrique parentale, un abus dans l'enfance, une dysfonction familiale peuvent contribuer à produire des déficits similaires à ceux observés chez les enfants d'alcoolique(s) indépendamment d'une histoire familiale d'alcoolisme.

Il semble dès lors important de replacer le thème de la psychopathologie des enfants de parent(s) alcoolo-dépendant(s) dans le cadre plus général de l'étude des facteurs qui permettent le développement harmonieux de l'enfant et préviennent l'apparition de psychopathologies à l'âge adulte. ■

PARENTALITÉ-ADDICTION À BRUXELLES :

PARENTS TOXICOMANES, DES PARENTS COMME LES AUTRES ?

Anne Robert

Les manières d'être parent, d'être toxicomane sont infinies. Dès lors, le travail de Parentalité-Addiction tente de s'adapter à chacune des situations rencontrées en tenant compte tant du profil psycho-médico-social des parents que de leurs modalités de consommation. L'équipe encadre ces futurs parents, parents, familles, enfants touchés de près ou de loin par la toxicomanie, en leur offrant un soutien multidisciplinaire d'une part et en visant à tisser, renforcer ou améliorer la qualité des liens intrafamiliaux, d'autre part.

Mots-clés

- Parentalité
- Toxicomanie
- Pluridisciplinarité
- Grossesse
- Traitement de substitution
- Lien
- Parentalité-Addiction

Anne Robert est coordinatrice du Secteur Parentalité-Addiction, Interstices C.H.U. Saint-Pierre asbl.

« Dans quelles mesures les compétences parentales peuvent-elles être influencées par la toxicomanie ? »

Il n'existe pas une seule manière d'exercer la parentalité, ni une modalité unique de dépendance.

Chaque parent, chaque toxicomane, est avant tout un sujet singulier, avec son histoire personnelle et familiale, son vécu, ses valeurs, son rapport particulier à la vie et aux autres, son rapport au produit, sa manière de le consommer ou encore de gérer sa dépendance.

Grâce à sa pluridisciplinarité, l'équipe Parentalité-Addiction soutient et encadre les futurs parents, les parents, les familles et les enfants touchés de près ou de loin par la toxicomanie.

Lorsque notre équipe rencontre une femme toxicomane enceinte, elle propose d'emblée un suivi obstétrical et essaye de comprendre la place que la drogue tient dans la vie de cette patiente : Prend-elle déjà un traitement de substitution ? Consomme-t-elle encore ? Quel produit ? A quelle fréquence ? Sous quel mode ? Depuis combien de temps consomme-t-elle ? Y a-t-il des co-morbidités ?

Une information claire et précise est donnée à la patiente quant aux effets des produits sur le fœtus et les risques du sevrage du bébé. La psychiatre propose, si nécessaire, un traitement pharmacologique adapté aux conditions particulières de la grossesse. Elle peut, ainsi, instaurer un traitement de substitution ou finaliser un sevrage.

Cependant, s'il est important de comprendre très vite la place que prend le produit dans la vie quotidienne de la patiente et de son compagnon, les thérapeutes s'intéressent à l'histoire personnelle et familiale de la patiente afin de comprendre avec quel bagage cette future maman, ces futurs parents, vont démarrer leur processus de parentification. Quels repères ont-ils ? Quels sont leurs modèles identificatoires ?

Les thérapeutes tentent d'aider les parents à repérer les ressources dans lesquelles ils vont pouvoir puiser pour élever leur enfant et les fragilités qu'ils vont devoir travailler.

L'équipe offre tout à la fois un soutien psychologique, psychiatrique, social et une préparation affective à la naissance ;

pour le suivi obstétrical et la consultation prénatale, elle collabore avec l'hôpital dans lequel elle est implantée.

Le soutien se situe dans un cadre clair, souple et contenant. En effet, la disponibilité de l'équipe, sa fiabilité, sa proximité (visites à domicile, rappels par téléphone, modifications des horaires de rendez-vous) sont parfois des expériences nouvelles et différentes que peuvent vivre ces patients qui ont souvent des vécus de ruptures affectives multiples. Ces nouvelles expériences positives pourront être introjectées et utilisées, par la suite, avec leur enfant.

Lors de l'accouchement, notre équipe collabore étroitement avec les équipes de la néonatalogie et de la maternité. Un travail autour du lien parent / enfant est effectué à la maternité et continue après la sortie de l'enfant.

Le thérapeute permet aux parents de repérer tant leurs compétences et leurs carences que celles de leur enfant. Le travail du thérapeute est double : soutenir et développer les compétences des parents tout en évaluant le potentiel qu'ils ont pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins de leur enfant.

Lors de la sortie du bébé, chaque situation est pensée dans sa singularité : l'équipe pose un cadre de sortie le plus sécurisant pour le nouveau-né et le plus adapté à chaque famille. Quel que soit le cadre posé, elle reste vigilante à maintenir un lien avec la famille en vue de soutenir au mieux le lien parental.

Parentalité-Addiction propose également un soutien à domicile via l'aide natale qui présente aux familles des repères sur lesquels elles pourront s'appuyer (rythmes du bébé, alimentation, ressources du quartier...).

L'équipe offre également un espace de rencontre pour les mamans et leurs enfants. Espace fréquenté par nos patientes mais aussi par les mamans du quartier... Cet espace, appelé « Alizés », est

un lieu convivial dans lequel peut se tisser un réseau social qui soutiendra ces familles souvent fort isolées.

Bien que chaque histoire de vie soit singulière, on observe souvent chez les personnes toxicomanes des expériences traumatiques (vécus d'abandon, de rejet, de placements multiples, de violences familiales dont elles ont été témoins ou victimes, de négligences graves, d'abus...). Ces personnes ont donc souvent vécu dans un quotidien chaotique, dans une insécurité matérielle et/ou affective. Elles sont en manque de repères structurants. Face à des adultes qui ne les ont pas ou peu protégées, elles ont souvent développé des logiques de survie au jour le jour, des attitudes de retrait, de fuite et de méfiance.

Au vu de ce contexte, il est parfois difficile d'établir un climat de confiance mutuelle entre les équipes soignantes et ces patientes.

Le produit peut avoir différentes fonctions : il peut être une réponse à l'anxiété, au stress, à la colère, au sentiment d'impuissance, à la dépression, au sentiment de vide ou d'ennui. Certains consomment pour ne pas affronter leur peur de vivre, de ne pas être à la hauteur, de souffrir, de ne pas être aimable, de ne pas pouvoir aimer.

Quels que soient les motifs de consommation, certains parviennent néanmoins à intégrer leur consommation de manière à ne pas altérer leur vie socio-familiale quotidienne.

A côté des patients tout à fait stabilisés, en traitement de substitution depuis de longues années ou gérant leur consommation, il y en a d'autres pour qui le produit fait encore partie intégrante de leur vie et la rend chaotique.

La grossesse, qu'elle soit désirée ou non, constitue fréquemment une période angoissante pour les parents avec, souvent,

une prise de conscience de leur parcours de vie et de leur toxicomanie. La grossesse peut être vécue comme une période charnière entre un passé chaotique et un futur différent.

C'est souvent un moment où les parents espèrent reprendre contact avec leurs propres parents dans l'espoir d'une réconciliation. L'enfant est généralement idéalisé. Il représente tout à la fois l'enfant qu'ils n'ont pas pu être et celui qui leur donne enfin une identité : celle de parents.

Cette période charnière peut être un puissant levier thérapeutique même si, parfois, elle peut être empreinte d'ambivalence et de complexité. Surgissent en effet, à ce moment-là, de nombreuses questions et mouvements contradictoires concernant le désir d'enfant, de fonder une famille, la place du père, la place des produits et les renoncements nécessaires.

C'est au cœur de tous ces questionnements que se place notre intervention. En visant l'amélioration des premières expériences relationnelles entre l'enfant et son entourage familial, nous tentons de minimiser les dommages pour les bébés et de réduire les effets du sevrage, les risques de négligence et de maltraitance. On peut cependant se demander si les nourrissons exposés in utero à la métha-

done et recevant une médication dans les premiers mois de leur vie sont plus susceptibles de présenter des retards développementaux.

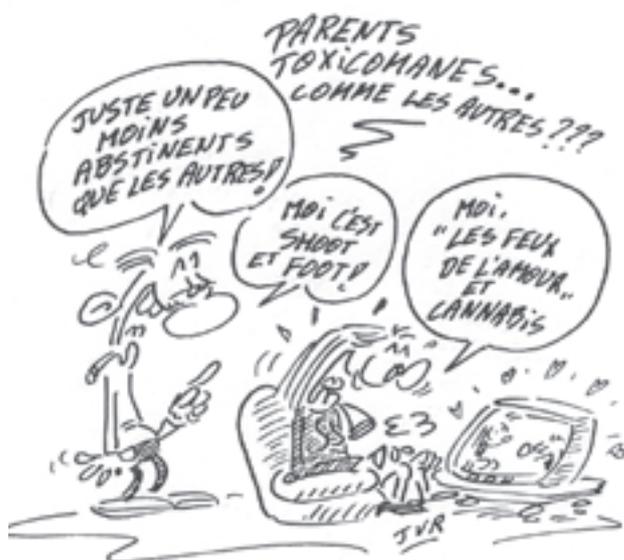
Aussi, en 2002, sous l'impulsion du Fonds Houtman, notre équipe a réalisé une recherche visant à évaluer le développement de ces enfants de façon objective, en utilisant le test de N. Bayley permettant l'évaluation du développement mental, moteur et comportemental du jeune enfant. Bien que réalisée sur un échantillon réduit (11 enfants), cette étude met en évidence que ces enfants n'obtiennent pas de résultats significativement inférieurs aux moyennes définies par les échelles de N. Bayley.

Par contre, ils présentaient des signes préoccupants au niveau de leur comportement durant la passation du test : refus de collaboration, difficultés dans le contact, états d'agitation et d'anxiété, insécurité.

Nous pensons que ces difficultés sont directement liées à l'environnement dans lequel vivent ces enfants.

Les effets du sevrage sur le bébé (irritabilité excessive, pleurs intenses...) peuvent influencer sur la qualité du lien entre la mère et son enfant. Les mères se culpabilisent souvent de la souffrance de leur enfant, se sentent responsables de leur état de manque. Elles se sentent incapables de le calmer et se sentent incompetentes comme mère. Leur manque d'estime d'elles-mêmes, leur manque de points de repères font naître des difficultés relationnelles empêchant de faire émerger un sentiment de sécurité tant chez la mère que chez l'enfant.

Les résultats de cette étude nous confirment donc l'importance de proposer pour les parents toxicomanes une aide pour gérer leur toxicomanie mais également un soutien durable de leur parentalité. ■



ACCOMPAGNER L'ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS USAGERS DE DROGUES : UNE FORMATION POUR LES TMS DE L'ONE

Pascale Anceaux

Pour la seconde année, Infor-Drogues et Interstices ont été chargés par l'Office de la naissance et de l'Enfance (ONE) d'organiser, dans le cadre des programmes de formation continuée, un module de formation à l'intention des travailleurs et travailleuses médico-sociaux (TMS) de cet organisme. Il s'agit, dans ce cadre, d'ouvrir la parole sur l'anxiété que peuvent générer les usages de drogues et les situations où se conjuguent parentalité et addictions, de permettre aux TMS de reconnaître leurs savoirs et expériences et de pouvoir valoriser ceux-ci dans ces situations.

Ce module a été élaboré autour de quatre journées de travail, et nous l'avons conçu en collaboration avec Interstices (Parentalité-Addiction). Il nous paraît en effet essentiel de favoriser un échange entre ces professionnels de première ligne afin de pouvoir, d'une part, enrichir le travail autour des représentations, des connaissances et des pratiques et, d'autre part, ouvrir la formation à des échanges ultérieurs entre structures.

En effet, force est de constater que pour ce qui concerne leur rapport aux usages de drogues, les choses changent peu pour les travailleurs sociaux de première ligne. Comme auparavant, ces consommations viennent mettre à mal leur expérience et leurs savoir-faire. Assistants sociaux, personnel soignant, éducateurs : tous semblent remettre en question leurs capacités à accompagner des usagers, la tentation restant grande de vouloir passer la main, en disqualifiant toutes les compétences acquises au fil du temps en matière d'écoute, d'observation et de suivi.

Dans le cadre de la petite enfance, les questions se posent de façon particulièrement aiguë. Il s'agit de mères et de tout petits enfants. Les erreurs peuvent déboucher sur des drames et les bébés exacerbent les sentiments de protection. Le contexte d'intervention est toujours marqué par l'urgence. Et face à des parents usagers de drogues, l'urgence prend encore davantage d'acuité. Urgence du rapport au produit, la dépendance renvoyant à la nécessité de combler besoin et manque. Urgence, également, par rapport à une présence à assurer en tant que parent. Urgence enfin pour les professionnels : souvent ces parents s'inscrivent dans une précarité tout à la fois économique, sociale et relationnelle. Dès lors, la tentation peut être grande de penser cette parentalité au travers des idées préconçues et des a priori ancrés dans l'image classique du toxicomane, c'est-à-dire en termes d'irresponsabilité, de fragilité, de conduites à risques, de destructivité. Comment un consommateur de drogues pourrait-il assurer son rôle de parent alors qu'il parvient si mal à faire face à l'existence ?

Mots-clés

- Parentalité
- Drogues
- ONE
- Travailleurs médico-sociaux
- Formation
- Lien
- Transmission

Pascale Anceaux est Coordinatrice du service prévention, Infor-Drogues asbl.

L'ampleur d'une fonction

D'emblée, nous avons été impressionnées par l'ampleur de la mission des TMS de l'ONE et par la complexité de leur rôle. Elles doivent intervenir auprès de la future famille, assurer un suivi médico-social, veiller à la consolidation du lien mère-enfant.

Il s'agit d'accompagner, de guider les parents. Il s'agit de prévenir les défaillances. Il s'agit d'assurer le bien-être du bébé et de sa famille. « Si la maman va bien, le bébé ira bien ». Tout va très vite. Les consultations ne sont pas obligatoires. Les TMS ne sont pas mandatées par la Justice. Néanmoins, elles se rendent seules à domicile où elles sont amenées à évaluer les capacités du milieu familial à répondre aux besoins de l'enfant. Aider l'enfant, le protéger. Accompagner la maman mais sans pouvoir lui consacrer trop de temps et s'assurer qu'elle s'en sort ou qu'elle s'en sortira. Il s'agit de « faire avec » la défiance et la crainte. Favoriser la bien-traitance. Travailler en solitaire dans cette entreprise de longue haleine inscrite dans un temps compté. Et parfois signaler une maman et inscrire une famille dans un processus de séparation.

« Lors de la première visite à domicile, une maman me confie qu'elle a déjà deux enfants placés en raison de problèmes de drogues. Elle m'assure qu'elle ne consomme plus à l'exception d'un peu de cannabis de temps en temps et hors de la présence du bébé. Elle a l'air fragile mais le bébé va bien. Je passe la voir une fois par semaine. Nous parlons beaucoup. Elle est très seule. J'aimerais beaucoup que quelqu'un d'autre que moi la voie également pour être certaine que je ne passe à côté de rien. J'ai interpellé les services d'aide à la jeunesse mais j'ai peur qu'ils ne considèrent ma requête comme un signalement et qu'on ne la sépare une fois de plus de son enfant ».

Durant notre formation, une fois abor-

dés les éléments relatifs aux produits et à leurs usages, nous en venons à ce qui fait difficultés pour ces professionnels : l'évaluation de la situation en termes de santé, de sécurité et de lien. Quels points de repères déterminer ? Quel soutien apporter ? Quelle collaboration mettre en place ? Quelles limites se donner ?

Les mamans

Au cœur des représentations sociales, la mère, la maman, est toujours salvatrice et protectrice, sans rapport avec le thème archaïque de la mère dévorante et dévastatrice. Cette mère qui nous habite est une mère qui entend, comprend, protège, nourrit, soutient, exauce. Les limites qu'elle pose, s'il l'on entend qu'elle puisse en poser, sont d'abord des limites de protection pour son enfant. Cette mère est une mère avant tout, mobilisée par son tout-petit. La maternité reste envisagée en termes de création, de vie, d'espoir, de plaisir, d'épanouissement.

Dès lors, la femme toxicomane s'avère insoutenable, dans les deux sens du terme : insupportable et impossible à soutenir car soutenue par autre chose que son « être mère ».

« J'assure le suivi d'une maman toxicomane et je ne parviens pas à comprendre comment elle peut continuer à prendre des produits alors qu'elle attend un bébé. Et qu'est-ce qui va se passer quand le bébé sera là ? »

Comment entendre ce désir et ce manque envahissant ? Comment se prémunir du rejet qu'il peut induire par sa violence ? Dès lors, le travail de formation va s'articuler autour de ces représentations qui viennent faire obstacle à la rencontre avec cette maman-là.

Qu'est-ce qu'une bonne mère ? En quoi la dépendance vient-elle mettre ou non à mal les capacités maternelles ? Si le produit fragilise trop le lien mère-en-

fant, comment travailler avec la maman sans renforcer cette image négative qu'elle peut avoir d'elle, cette incapacité à se sentir bonne qui la rend « insuffisamment bonne » ? Jusqu'où aller ? Comment mettre des limites ? La question de la transmission se situe au cœur du processus d'accompagnement. Mais ce processus peut renvoyer, faute d'une réflexion approfondie, à des réflexes normatifs. Les professionnels disposent de peu de points de repères théoriques pour faire face à ces malaises, au désarroi croissant de bon nombre de parents et à leur propre sentiment d'impuissance. Et la pression du risque zéro va croissant. Nous savons combien il est demandé aux populations fragilisées en général et aux usagers de drogues en particulier, de nous rassurer sur leurs capacités.

La commune humanité

« Une maman vient à la consultation. Elle est enceinte de quatre mois et sous méthadone depuis trois ans. Tout se passe bien mais le papa ne sait rien de son traitement. Nous la suivons en essayant qu'elle avertisse le papa. Le temps passe sans qu'elle parvienne à lui parler. Un jour, elle arrive à la consultation, visiblement soulagée : elle lui a parlé et tout va bien. Nous sommes soulagées aussi. A la naissance, le bébé fait un sevrage et est envoyé au service de néonatalogie. Le papa est affolé : il ne comprend pas ce qui se passe : nous découvrons qu'en fait, elle ne lui a parlé de rien, qu'elle nous a menti. »

Ce qui nous semble essentiel, c'est de pouvoir travailler avec ces professionnelles de première ligne quelque chose d'une commune humanité avec les mamans auprès desquelles elles interviennent. Comprendre combien notre regard sur les drogues, tout comme celui que nous posons sur la parentalité, s'inscrit dans notre histoire à chacun, à notre expérience, à notre projet de devenir ou

non parent, aux valeurs individuelles mais aussi sociales.

Que partagent ces professionnelles avec ces mamans ? Il n'est pas question d'ex-cuser ou de fermer les yeux devant un comportement négligent vis-à-vis du tout-petit ou par rapport à des absences répétées. L'objectif est de permettre à une rencontre de se produire, à des paroles d'être dites, entendues et comprises, à une collaboration réelle de se co-construire. A des repères d'être mis en place et re-questionnés tout au long du travail mené en équipe.

« Pendant longtemps, les commentaires, naïfs ou savants, sur la parentalité portaient uniquement sur ce qui serait son objet, c'est-à-dire le développement harmonieux de l'enfant : propre ou sale, en réussite ou en échec scolaire, en souffrance ou apparemment épanoui, symptomatique ou non d'une pathologie psychique, au développement standard ou anormal, etc. L'étude de la parentalité à travers le parent est un mouvement plus récent. Examinant ce à quoi la parentalité peut être exposée, nous rappellerons que le concept, autant qu'il est cohérent, désigne non un état transcendant mais un processus toujours modifiable »¹

N'en est-il pas de même pour les usages de drogues ? ■

Formation à l'intention des TMS de l'ONE:

Répartie en quatre journées de travail, à raison d'une fois par mois.

Deux séances d'une demi-journée sont co-animées par des intervenantes d'Interstices (Parentalité et Addiction), une pour ce qui concerne la maman toxicomane, l'autre pour l'accompagnement du suivi postnatal.

Les formations se déroulent en Communauté française et réunissent des TMS d'une même région, inscrites volontairement à ce module.

1 Propos de Jacques Dayan, pédopsychiatre, cité par BEN SOUSSAN, P., La parentalité exposée, 2007(1ère éd. 2000).

LES PARENTS USAGERS DE PSYCHOTROPES AU CENTRE DE L'INTERVENTION : « L'ATELIER PARENTALITÉ/USAGES DE DROGUES » À CHARLEROI

Isabelle Meurisse et Marie-Paule Giot

Une expérience de travail en réseau autour de la parentalité et l'usage de psychotropes se poursuit depuis plusieurs années dans la région de Charleroi. Il s'agit d'un projet existant depuis une dizaine d'années et regroupant des professionnels de différents secteurs. Celui-ci se nomme « L'Atelier parentalité/usages de drogues » et est porté par l'équipe Assuétudes du Centre de Santé Mentale du CPAS de Charleroi. Cet article fait état de l'évolution des débats au sein de cet Atelier et des constats que font ces professionnels sur le terrain, notamment au travers d'un projet participatif qui émerge de cet Atelier.

Mots-clés

- Parentalité
- Usages de drogues
- Travail en réseau
- Pratiques professionnelles
- Réduction des risques
- Lien social
- Education par les pairs

Isabelle Meurisse est assistante sociale et Marie-Paule Giot est coordonnatrice de l'équipe Assuétudes du Centre de Santé Mentale du CPAS de Charleroi.

L'Atelier parentalité/usages de drogues est un lieu de rencontre entre professionnels confrontés notamment à des situations impliquant des parents usagers de drogues.

Ces professionnels sont des travailleurs sociaux, des médecins et des psychologues issus des secteurs de l'Enfance, des Assuétudes/Toxicomanies, des institutions d'accueil pour mères et/ou enfants, de l'Aide à la jeunesse ou encore de la Santé. Ensemble, ils suspendent quelque peu « l'urgence » des situations et d'une certaine « frénésie » professionnelle (n'ayant d'égal que la pondération des ressources financières des secteurs...), pour réfléchir à l'amélioration des interventions et prises en charge pluridisciplinaires concernant des parents usagers de psychotropes.

Cet Atelier, existant depuis plus de dix ans, évolue au fil du temps, laissant place à une réflexion plus large. Les situations évoquées par les participants ne réfèrent plus exclusivement à des situations de parents usagers, mais à des situa-

tions plus générales de « parentalité en crise ».

L'évolution du contenu des échanges soulève une question importante : les parents usagers de drogues seraient-ils considérés par les intervenants psycho-médico-sociaux comme des parents « comme les autres » ? Aurait-on progressivement fait la démonstration que ce qui constitue ou doit constituer le véritable fil conducteur d'une intervention auprès de parents consommateurs se trouve d'abord dans les mots « être parent(s) » ?

Ce qui suit illustre le travail mené au sein de « L'Atelier parentalité/usages de drogues » : les constats qui ont présidé à sa mise en œuvre, son fonctionnement actuel et les idées et projets qui en ont découlé.

Historique et origine du projet

L'Atelier s'est mis en place à partir de diverses observations cliniques et d'une recherche action portant sur la rencon-

tre des professionnels de la santé. Les constats qui ont guidé sa mise en œuvre sont les suivants :

- l'offre en matière d'accompagnement des parents usagers de drogues est insuffisante ou à l'inverse, face à des situations lourdes qui font « peur », le nombre d'intervenants se multiplie, engendrant des dysfonctionnements importants dans l'intervention ;
- les professionnels « diabolisent » les usagers de drogues ; ils sont mal informés sur la problématique des toxicomanies et associent dès lors très vite toxicomanie et incapacité parentale ;
- les professionnels du champ des assuétudes ne tiennent pas compte de l'enfant dans leurs interventions auprès des parents ;
- les enfants de parents usagers de drogues font souvent l'objet de pratiques qui aboutissent à des placements parfois précoces, inadéquats ou mal préparés ;
- il existe un clivage entre les professionnels du secteur des assuétudes et ceux du secteur de l'enfance ;
- l'accompagnement multidisciplinaire et le travail de réseau sont indispensables pour offrir une aide qui tienne compte des dimensions médicales, psychologiques et sociales des situations mais cet aspect nécessite une meilleure connaissance des institutions et de leurs missions.

Cadre et objectifs du projet

Ce projet est subsidié par la Communauté française dans le cadre d'un programme de promotion de la santé. Il est porté par l'équipe Assuétudes du Centre de Santé Mentale du CPAS de Charleroi.

Ses finalités sont, d'une part, le développement harmonieux de l'enfant de parents usagers de drogues et, d'autre part, le renforcement des compétences parentales de ces derniers.

De manière plus spécifique, l'Atelier tente d'agir sur différents déterminants tels que :

- **l'accès des usagers de drogues et de leurs enfants aux services et aux ressources du réseau psycho-médico-social.** Faire en sorte que les parents usagers s'adressent plus facilement/rapidement ou de manière plus continue, aux acteurs et institutions est un enjeu primordial. Il implique tant un travail sur les représentations, les connaissances et la motivation (savoir-être) des usagers, qu'un questionnement des représentations, connaissances (cadres et fonctionnement des autres professionnels) et aptitudes d'accueil des professionnels. Au-delà des compétences individuelles des usagers et des professionnels, travailler l'accès aux services interroge également la visibilité des différents services, la manière dont ils communiquent sur leurs activités ou missions. Plus loin, l'attention prêtée à ce déterminant peut éclairer des « manques » ou des « doublons » dans la réponse aux demandes et besoins des usagers ainsi que des professionnels dans l'exercice de leur métier ;
- **la cohérence et la pertinence des interventions auprès des familles.** Comme moteur de cohérence professionnelle, on peut ici pointer l'expression et le partage des représentations et cultures de travail au départ de situations concrètes. La participation des parents usagers de drogues placée au cœur des échanges entre professionnels, constitue un autre levier d'action sur la pertinence, voire sur l'éthique professionnelle. Plus précisément encore, l'augmentation des connaissances, savoir-être et savoir-faire professionnels à l'œuvre dans l'Atelier en matière de développement de l'enfant ou d'évaluation des compétences parentales sont autant de garanties pour la qualité des pratiques ;
- **la coïncidence entre besoins, de-**

A LIÈGE AUSSI

Le Centre ALFA, à Liège, est un Centre de Santé Mentale spécialisé, d'une part dans la prévention et d'autre part, dans le traitement des personnes dépendantes au sens large du terme et de leur entourage.

Depuis 1994, le centre a développé un service d'accompagnement des parents consommateurs abusifs de produits et de leurs enfants. Une équipe pluridisciplinaire travaille en amont et en aval du moment clé que représente la naissance de l'enfant.

L'équipe réalise un accompagnement psycho-médico-social individuel et/ou de couple et/ou familial, ainsi qu'un travail de proximité sur le lieu de vie des intéressés et un travail de réseau. Notre objectif est de maintenir ou développer des relations harmonieuses entre des parents consommateurs abusifs de produits et leurs enfants et ce, quel que soit leur mode de vie (ensembles ou séparés).

Le centre a aussi mis sur pied un atelier parentalité et usage de drogues en région liégeoise et un sous-groupe d'interventions.

Nourrie de ces expériences, une psychologue a rédigé avec et pour les enfants de parents toxicomanes reçus à sa consultation un conte pour aider à mettre des mots sur les consommations parentales. ALFA attend les subsides qui permettront de l'édition.

Magali CROLLARD
Psychologue, responsable
du Service Parentalité

mandes (des usagers) et offres (de services). Au cours du partage d'expériences vécues sont rappelées (ou mises à jour) les demandes des parents (et usagers de toxiques). Force est de constater qu'elles ne font pas toujours écho aux besoins définis ou pressentis (voire imposés) par les professionnels pour les usagers. En marge des différences de points de vue et de mandats (de santé, d'accompagnement social, de justice) qui peuvent mobiliser longuement les discussions, l'Atelier entraîne aussi la capacité des professionnels à entendre/accueillir et « négocier » les demandes des parents. Cet axe de réflexion, élargi au réseau d'intervention (local) dans son ensemble, permet la mise à jour progressive des ressources et manques dans la réponse équilibrée aux besoins et demandes des usagers. Il repositionne aussi les professionnels dans leurs cadres et limites d'intervention respectifs.

Organisation et déroulement de l'Atelier

L'Atelier a lieu à peu près tous les mois (cinq ateliers/an). Il alterne les exposés théoriques d'experts (séances plénières) et les études de cas issus des pratiques et vécus de terrain (travaux en sous-groupes). Un « groupe porteur », composé de membres des secteurs de l'enfance et des assuétudes, ajuste en permanence la méthode de travail aux objectifs, prépare et évalue chaque séance de travail.

Les participants à l'Atelier représentent leur service mais s'engagent à être personnellement présents. L'Atelier a évolué à la suite d'une réflexion plus large sur la fermeture du groupe. Si l'évaluation annuelle avait montré que les participants restaient réticents à la fermeture de l'Atelier, une séance plénière a mis en évidence certaines difficultés quant à une ouverture totale de l'Atelier. Cette

séance avait comme objectif d'améliorer les collaborations entre professionnels des secteurs psycho-médico-sociaux et les services d'Aide à la jeunesse, de Protection judiciaire, ainsi qu'avec le tribunal de la jeunesse. La rencontre avec des acteurs habituellement peu disponibles et préparée avec les participants réguliers à l'Atelier a amené une mobilisation importante d'autres professionnels moins ou pas impliqués dans le travail en Atelier. La rencontre n'a dès lors pas pu répondre aux objectifs fixés ainsi qu'aux attentes des professionnels investis dans sa préparation (décalage entre les échanges et les questions envisagées). Les réactions de mécontentement des participants habituels, ainsi que des échanges à propos de ce phénomène de participation massive (qui doit cependant être corrélé avec la difficulté pour les acteurs des champs sociaux et judiciaires de se rencontrer hors de l'urgence...) ont abouti au choix de restreindre le groupe de participants à l'Atelier. L'intégration à l'Atelier passe par un contact avec le groupe porteur qui se charge d'informer la personne demandeuse sur le travail réalisé ou en cours.

Les séances en plénière permettent aux membres de l'Atelier d'affiner leurs connaissances théoriques sur un sujet pour les répercuter ensuite dans leurs équipes respectives. Cette année sont par exemple prévus des exposés sur l'incidence de l'usage de produits psychotropes sur la grossesse, le secret professionnel, etc.

Les séances en sous-groupes autour de situations concrètes permettent d'échanger sur les savoir-être et les pratiques de terrain des professionnels. Elles ont notamment pour visée l'amélioration des collaborations et mettent donc particulièrement l'accent sur les conditions qui favorisent ces collaborations (confiance, clarification des missions et cadres de travail, limites d'intervention, etc.). S'agissant d'un lieu de rencontre de dif-

férentes cultures professionnelles, cet espace d'échanges permet d'abord une meilleure connaissance du langage de l'autre. Une des conséquences positives de ce travail de « mise en réseau » est une meilleure orientation des familles vers les ressources de ce réseau.

La diversité des secteurs représentés au sein de l'Atelier permet de mettre en place des partenariats plus adéquats. Néanmoins, certains intervenants (comme les délégués du service de l'Aide à la jeunesse), pourtant centraux dans l'accompagnement des parents et la protection de l'enfant, sont absents du débat, souvent par manque de disponibilité.

Une thématique à l'honneur : le travail en réseau

L'année 2007-2008 a été particulièrement consacrée à la thématique du travail en réseau. En effet, l'évaluation de l'année écoulée avait énoncé la question du lien social comme « lieu de symptôme » pour les parents usagers. Plus précisément, l'interrogation qui traversait les évaluations pouvait être résumée comme suit : comment remettre du lien quand les parents ne savent plus en mettre ? Le travail en réseau était alors apparu comme une démarche pour mieux cerner, créer et/ou consolider un lien de confiance entre parents et professionnels, mais aussi entre professionnels autour des familles et avec elles.

Une séance en plénière a permis d'entamer une réflexion sur le travail en réseau avec l'intervention d'un représentant de Sacopar (Santé Communauté Participation), asbl active en promotion de la santé et en santé communautaire. Cela a été une occasion de clarifier quelque peu les concepts et démarches en lien avec le travail en réseau. Ce moment théorique a également amené les participants de l'Atelier à s'interroger sur l'identité

de « réseau » de l'Atelier. Cette question reste ouverte, même si la plupart des participants semblait ne pas assimiler l'Atelier à un réseau. Il s'agirait davantage d'un espace d'échanges où l'on contribue à l'amélioration d'un travail en réseau qui se joue en dehors de l'Atelier, et pas seulement entre les membres de l'Atelier. Une autre séance en plénière a été consacrée au travail en réseau avec le service de l'Aide à la jeunesse et le service de Protection judiciaire. Ceux-ci ont pu parler de leur pratique de travail lorsqu'ils étaient confrontés à des situations de parents usagers de drogues. Cette dernière rencontre a mis fortement en évidence le fait qu'il n'y avait pas de distinction (en théorie) entre les situations de parents usagers de drogues et celles des parents non usagers de toxiques. Le décret de l'Aide à la jeunesse de 1991 s'applique d'ailleurs à toutes personnes éprouvant des difficultés dans l'exécution de ses obligations parentales.

En parallèle aux plénières, des séances en sous-groupes ont été consacrées à des études de cas illustrant concrètement la question du travail en réseau.

La question du lien social et de la coordination de l'aide autour des familles (fil rouge) a été (et se trouve toujours) au centre des constats de terrain et des échanges en sous-groupes. Citons la situation d'une maman enceinte vécue par la consultation prénatale de l'ONE. Ses autres enfants sont pris en charge par la famille ou placés. Elle ne vient pas aux rendez-vous fixés par l'ONE, elle se retrouve sans domicile fixe, ne se projette pas par rapport à la naissance et refuse la maison maternelle. A la naissance du bébé, elle refuse les propositions du service de l'Aide à la jeunesse. Elle n'est pas bien perçue par les infirmières de maternité qui la trouvent « passive, non collaborante ». L'évaluation de la situation par les infirmières ne met pas en évidence

d'éléments positifs. Par la suite, le bébé reste hospitalisé et l'équipe de l'hôpital, inquiète, signale la situation au Parquet de la Jeunesse. Les débats ont alors porté sur les points suivants : comment réfléchir-on l'aide ? Quel est le projet de la mère ? Comment travailler en réseau autour de cette mère ? Comment mieux préparer les équipes hospitalières à l'accueil de telles situations ? Comment travaille-t-on la question des « préjugés » et représentations ? Cette situation pointe la question du lien social et permet de réfléchir davantage aux difficultés que soulève l'intervention de différents professionnels à des niveaux multiples (qui initie l'aide ? Qui coordonne l'aide ? Comment travaille-t-on en réseau dans une telle situation ? Comment évalue-t-on ce travail en réseau ?).

De la participation active de l'usager... à la naissance du projet PER

A plusieurs reprises, la question de la participation de l'usager au débat a été posée et réfléchi au sein de « l'Atelier parentalité ». De cette réflexion a émergé la décision de développer un projet de prévention participative avec les parents usagers de drogues. Ainsi est né le projet « Part en Relais » (PER).

Actuellement subsidié par le Fonds Assuétudes du Service public fédéral et porté par le Centre de Santé Mentale du CPAS de Charleroi, PER consiste à former des parents usagers de drogues sur les questions en lien avec l'exercice de la parentalité (gestion des limites, communication parents-enfants, stratégies de réduction des risques liés à la consommation, etc.) afin qu'ils puissent transmettre des messages préventifs à leurs pairs. Le projet offre également aux parents un espace de parole quant à leur propre vécu parental, et, s'ils le souhaitent, un suivi plus individualisé.

« Part en Relais » est donc issu des réflexions et échanges entre professionnels de l'Atelier parentalité, mais il permet surtout de créer des ponts entre réflexion et pratiques de terrain au départ du vécu des parents acteurs de PER.

Evolution et conclusions

Comme évoqué précédemment, les études de cas amenées par les membres de l'Atelier sont aujourd'hui différentes. Elles traitent davantage de questions générales en lien avec la parentalité : manque de moyens, déni des familles, critères de l'état de danger, etc..

Ces questions sont également rencontrées dans le cadre de situations de parents usagers de drogues, mais les membres de l'Atelier ne distinguent plus « les deux types » de situations.

Les préoccupations des professionnels évoluent, elles ne touchent plus essentiellement à la consommation de toxiques et aux responsabilités parentales, mais ciblent des parents en crise ou en désarroi, sans prendre en considération la question des assuétudes et usages de toxiques de manière prioritaire. Les parents usagers de drogues seraient-ils dès lors envisagés et approchés comme le sont les « autres » parents ? Partant de l'Atelier et des échanges entre professionnels, on aurait tendance à répondre positivement. Néanmoins, si nous faisons le lien avec le projet « Part en Relais », la réponse ne semble pas si évidente. Les parents rencontrés dans le cadre de ce projet nous relatent encore des vécus personnels difficiles quant à leur rencontre avec les professionnels du secteur psycho-médico-social.

Quelques exemples :

Une maman s'est vu refuser une demande d'accompagnement à cause de sa consommation, sans être réorientée vers un autre service approprié à sa demande. Une autre maman s'est culpabilisée de la

séparation avec son bébé, suite aux commentaires d'une infirmière de maternité. De manière générale, les parents que nous côtoyons nous confient leurs craintes de parler de leur consommation de toxiques lors des consultations prénatales par peur que l'enfant soit placé dès la naissance. Certains parents, se présentant dans des services d'aide moins spécialisés dans la question des usages de psychotropes, sont renvoyés vers d'autres services mais d'une façon inadéquate, sans soutien quant à cette réorientation. Bien souvent, ils abandonnent la démarche.

Un module de la formation PER aborde la connaissance des ressources du réseau, et nous montre que la majorité des parents connaissent effectivement les différents services mais y ont difficilement recours pour diverses raisons. Une des raisons est qu'ils se sentent discriminés et jugés par ces services. Ils ont le sentiment que les professionnels n'ont pas de considération pour eux, et surtout pour leur rôle et leur identité de parents. A travers les propos qu'ils nous ramènent, nous faisons le constat que les professionnels paniquent face à la question des usages de psychotropes, d'autant plus quand la santé ou la protection d'un enfant leur semble en jeu. A propos des usages, ils ont tendance à se situer d'emblée dans un discours d'abstinence (et très souvent moralisateur), davantage que dans des messages et une approche de réduction des risques...

Les parents usagers de drogues se culpabilisent beaucoup quant à leur situation et quant à ce qu'ils ont l'impression de faire vivre à leurs enfants (à tort ou à raison). Cela explique également pourquoi ils se sentent très vite discriminés par les professionnels. Les parents ont besoin de pouvoir parler librement de leur consommation, sans craindre de voir leur capacité parentale mise en doute. D'autre part, un regard plus positif des profes-

sionnels, appréhendant (également) les ressources des parents usagers de toxiques, constituerait un socle essentiel à la qualité et à l'efficacité de l'accompagnement psycho-médico-social.

Suite à ces différentes réflexions et constats, les participants de l'Atelier ont décidé de recentrer davantage les échanges sur la parentalité et l'usage de toxiques.

Le travail avec les professionnels vise donc avant tout la modification des représentations à l'égard des parents usagers de psychotropes, et, plus loin, l'adaptation des savoirs et savoir-être de ces professionnels. Les finalités sont d'éviter ou de réduire la stigmatisation des parents usagers, et de renforcer, in fine, la qualité de la prise en charge de l'enfant de parents usagers (par les parents, avec les professionnels).

La démarche menée depuis plusieurs années au sein de l'Atelier Parentalité doit se faire de façon permanente. Non seulement les représentations (de l'usage de toxiques, de l'usager, du parent usager, etc.) doivent pouvoir être mises sereinement « à plat » et conscientisées, mais il semble aussi nécessaire de remettre la question des usages à sa « juste place »... afin qu'elle ne prenne pas tout l'espace ou trop d'espace dans la relation public-professionnel, quitte à masquer d'autres ressources qui ne seraient dès lors pas activées, ou d'autres problématiques devant également faire l'objet d'un accompagnement.

Un ou plusieurs pas doivent encore être posés : de l'intention aux pratiques ou, plus exactement, des réflexions et échanges entre professionnels à la mise en œuvre de pratiques et de cadres (décrets, missions, mandats, moyens financiers etc.) encore plus adéquats et plus producteurs (voire promoteurs) de santé ! ■

CES MÈRES DÉPENDANTES ... DE QUOI ?

Myriam LANDI

Bien qu'il ne soit pas un service spécialisé dans les assuétudes, le SAIE « La Séquence » est amené à prendre en charge des enfants dont l'un des parents ou les deux parents présentent une problématique de toxicomanie. Le travail de terrain montre que ces situations sont parfois liées à des situations intergénérationnelles complexes. Ces mères toxicomanes hésitent entre autonomie et dépendance vis-à-vis de leurs propres parents et peinent à trouver leur place. Le rôle de l'intervention d'aide éducative est de les aider à la retrouver au bénéfice des enfants.

Mots-clés

- Aide à la jeunesse
- Parentalité
- Jeune mère
- Toxicomanie
- Capacité éducative
- Confusion de place

Myriam LANDI est coordinatrice de La Séquence- SAIE.

Les services sociaux ont généralement une image négative des mères toxicomanes. Elles sont présentées comme des personnes jouant avec les normes sociales, centrées uniquement sur elles. Les autorités mandantes présentent les situations de parents toxicomanes comme étant un problème d'éducation, de négligence et de désinvestissement de la part de la famille. La toxicomanie parentale à elle seule fait peser le risque d'un placement des enfants en institution.

A l'occasion de plusieurs prises en charge de mamans qui présentaient une toxicomanie, nous avons remarqué des analogies. Ces constatations faites sur le terrain ne sont en aucun cas généralisables et ne veulent pas établir qu'il existerait des familles types en la matière.

Anne est une jeune maman d'un garçon. Un jugement ordonne une mesure d'accompagnement éducatif. La toxicomanie de la mère est relevée, ainsi que des relations difficiles entre Madame et son fils (8ans). Madame dit avoir mal vécu qu'on ait pu remettre en doute ses capacités éducatives. L'enfant a vécu dès son jeune âge chez la grand-mère maternelle. Selon Madame, son fils est partagé entre

elle et ses propres parents. Madame vit dans la maison de sa sœur qui se situe à proximité de chez leurs parents. Elle a l'intention de déménager pour mettre de la distance entre elle et sa famille.

Nous considérons la problématique de la toxicomanie comme un élément parmi un ensemble d'éléments et non pas comme un problème central. En effet, nous avons pu constater dans nos différents suivis la complexité de ces prises en charge. Souvent ce sont des jeunes femmes qui vivent seules ou en couple, marginalisées, désemparées par des ressources économiques et sociales insuffisantes. Ces femmes ont une pauvre estime d'elles-mêmes, honteuses vis à vis d'elles ; elles ont peur du rejet et surtout peur de perdre la garde de leurs enfants.

Entre désir d'autonomie et dépendance familiale

En tant que service d'aide et d'intervention éducative, nous offrons un espace de parole. Nous travaillons en fonction de ce qui est amené par le parent, selon ses priorités. La préoccupation première de ces jeunes mamans est de garder ou

de récupérer leur rôle de mère. Nous nous arrêtons à leurs attentes, aux difficultés qu'elles entrevoient à jouer leurs rôles (la perception d'elles-mêmes comme mères, la perception qu'elles ont de leur enfant).

Ces mamans expriment leur souffrance liée à leur place dans la famille, à leur identité, à l'investissement des parents et à la fois à un besoin avide de reconnaissance. Elles entretiennent des relations très complexes avec leur famille. Nous retrouvons là une ambivalence. Elles sont tiraillées entre un désir d'autonomie et un état de dépendance à un système familial qui rend impossible toute évolution de l'individualité hors du cercle des relations familiales.

Cette dépendance rend l'accès à la parentalité très difficile pour elles. Pour pouvoir accéder à une autonomie, elles font parfois « don » de leur enfant à leur famille. Ce qui pourrait être un relais s'avère une source de conflit autour du rôle parental. En effet le système familial est tel que très vite la grand-mère se substitue à la mère des enfants.

L'enfant, lui, se retrouve face à des questions de loyautés et des enjeux familiaux intergénérationnels qui le dépassent. L'enfant va être le centre sur lequel vont se fixer les conflits familiaux, il est instrumentalisé.

Une aide éducative pour les mamans ... et les enfants

C'est au travers d'une écoute et d'une reconnaissance de leurs difficultés qu'on peut amener ces femmes à s'investir dans une relation d'aide telle que celle que nous proposons. Mais être à l'écoute de leur souffrance, peut nous éloigner des préoccupations concernant l'enfant. Jusqu'où peut-on suivre le rythme des parents (avancées et rechutes) ? Qu'en est-il du bien être du jeune ?

Nous travaillons en co-intervention, cet

outil nous permet à la fois d'être disponible pour le parent et pour l'enfant. Toutefois, nous partons du vécu de l'enfant pour pouvoir réfléchir sur la dynamique familiale. Ainsi quand un enfant est pris dans le conflit parents/grands-parents, cela nous permet au départ de la place qu'il occupe dans la famille de tirer l'attention sur ce qui se joue et d'impulser un nouveau réaménagement plus positif pour l'enfant.

Nous nous retrouvons souvent face à des grands-parents qui disent avoir tout fait pour leur fille. Ils se considèrent comme étant une famille sans problème. Il est difficile pour eux de faire confiance à la maman qu'ils considèrent immature. Ils se donnent le devoir de pallier les manques de leur fille dans l'éducation de leurs petits-enfants.

Ils sont fort présents et nous devons les impliquer dans le travail, sans rentrer dans la relation problématique qui les anime. A nouveau, nous partons du vécu de l'enfant, de l'intérêt d'établir une cohérence éducative et de sensibiliser au respect des places de chacun.

Le père devrait être un tiers dans la relation mère-enfant pour que celui-ci puisse progressivement accéder à la différence et se tourner vers le monde extérieur. Pourtant, dans les situations que l'on rencontre, les pères sont trop souvent absents. Les mères ont de réelles difficultés à leurs laisser une place. Ensemble, nous explorons comment entrevoir la fonction paternelle. Si le père est présent, nous l'introduisons dans le travail et nous faisons le lien avec les besoins de son enfant.

Nous sommes un service mandaté dans un temps. Il est important pour nous de faire appel au réseau dès le début du suivi familial et d'envisager, à l'arrêt de notre intervention, une prise en charge plus spécifique si le parent estime encore avoir besoin de soutien. ■

La Séquence - SAIE

Rue de la closière, 15
7100 La Louvière
Tél/Fax 064/84 82 15

« La Séquence » est un Service d'Aide et d'Intervention Educative (SAIE), mandaté par les services d'aide à la jeunesse, par les services de protections judiciaires et par les juges, pour une durée de 6 mois renouvelable.

Notre service apporte une aide éducative dans le milieu de vie ou en logement autonome.

Nous rencontrons des situations familiales très complexes (maltraitance physique, psychique, sexuelle) où se mêlent des problèmes individuels, familiaux et sociaux.

Notre travail avec la famille se fait au travers de rencontres régulières avec elle et au besoin avec la famille élargie. Ces rencontres peuvent être basées sur des entretiens ou sur un travail éducatif concret. Le but étant de réfléchir au sens à donner à leurs actes, de rechercher avec les personnes des réponses aux difficultés soulevées dans l'intérêt du mineur concerné.

DÉPENDANCES FAMILIALES ET PROCESSUS D'AUTONOMISATION DU JEUNE : UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE

Manuel Dupuis

Les parents de jeunes toxicomanes sont souvent les premiers demandeurs d'une consultation pour leur enfant. Ceux-ci décrivent le produit comme quelque chose d'extérieur à la famille, et qui est venu contaminer le jeune en même temps que détériorer les relations familiales. « Débarrassez-nous de ce problème, et tout redeviendra comme avant » semble demander la famille au thérapeute. C'est ainsi que les parents sont souvent demandeurs d'une aide individuelle pour leur enfant. Ce type de demande a d'ailleurs amené pendant tout un temps les intervenants à entreprendre des démarches thérapeutiques individuelles avec le consommateur. Il semble néanmoins que l'addiction du jeune (alcool, toxicomanies, cyberdépendance,) remplit bien souvent une fonction précise au sein de la famille, et signe certains dysfonctionnements relationnels intra-familiaux. Nous présenterons ici des vues principalement axées sur différents auteurs travaillant comme thérapeutes au Centre de thérapie familiale Monceau¹. Le comportement addictif de l'enfant permettrait de sauvegarder l'équilibre de familles dépendantes à certains modes de fonctionnement intrafamiliaux dont la rigidité empêche toute évolution du jeune vers son autonomie.

Mots-clés

- Adolescence
- Addiction
- Familles
- Approche systémique
- Autonomisation

Manuel Dupuis est consultant-formateur, Prospective Jeunesse.

Addiction et processus d'autonomisation

Le mésusage d'un produit apparaît bien souvent durant la période de l'adolescence. La question des difficultés d'autonomisation du jeune par rapport à sa famille semble être une constante non négligeable dans l'interprétation des thérapeutes familiaux contemporains à ce sujet.

La période d'adolescence amène un nouveau contexte relationnel auquel la famille doit s'adapter. Dans certains systèmes familiaux trop rigides, l'individu est prisonnier d'un dilemme entre son appartenance à sa famille et la nécessité de se différencier et de se définir comme personne distincte et autonome.

Duncan Stanton et Thomas Todd² ont

développé la notion de « cycle de vie ». Ils distinguent un certain nombre d'étapes qui nécessitent des ajustements notamment dans les rôles remplis par chaque membre de la famille et les règles du fonctionnement familial. Ces différentes étapes, déjà décrites par Hill et Duvall en 1948, sont : le couple sans enfant, la famille avec de jeunes enfants, la famille avec des adolescents, le départ des enfants, le couple parental à la retraite. Des difficultés dans ces ajustements peuvent produire des distorsions ou des arrêts du développement de ces familles.

Au moment où le jeune est en train de se séparer de sa famille, l'addiction permet de garder l'enfant à la maison, soit physiquement, soit émotionnellement, soit

les deux, et donc de ne pas se séparer. Ceci semble à première vue « incriminer » les parents, mais cette difficulté à se séparer touche également le jeune qui consomme, qui est en fait pris dans des relations de liens très fortes avec ses parents. La consommation permet ainsi de couper l'évolution trop difficile pour la famille. Souvent, le couple parental n'est pas prêt à assumer les contraintes dues aux changements de l'étape qui suit la séparation, celle du « nid vide ». Les parents doivent alors apprendre à réaménager leur relation pour vivre à deux.

Addiction et homéostasie³ familiale

Selon Angel et Angel, il ressort de toute une série de situations cliniques que la dépendance permet de sauvegarder l'homéostasie familiale, dans le sens où la consommation empêche toute possibilité de détachement et d'individuation du jeune par rapport aux liens existant dans la famille.

Les phénomènes graves de codépendance et de familio-dépendance se développent dans des systèmes familiaux « rigides », par rapport à des systèmes dits « souples ». Cette rigidité se signe par le refus d'autonomisation du jeune, et par un refus d'avoir des liaisons exogamiques⁴. L'individuation du jeune remettrait en cause l'homéostasie familiale et serait vécue comme menaçante à l'équilibre de la famille. Cette rigidité se marque aussi dans ces familles par l'absence de remise en question de leur manière de fonctionner et par le peu d'adhésion aux stratégies thérapeutiques proposées. Il importe dès lors au thérapeute de permettre à ces familles d'assouplir leur système familial et de modifier les règles relationnelles qui régissent leur fonctionnement, afin de pouvoir s'adapter à des réalités nouvelles.

Une autre caractéristique des familles de toxicomanes décrite par les auteurs est le fantasme d'endogamie. Le mythe

familial fondateur de ces familles reposerait sur l'idée que les relations au sein de la famille sont de même nature que les liens de sang. Chaque membre de la famille se situe fantasmatiquement dans une relation de parenté consanguine avec les autres, y compris les membres du couple parental entre eux. Denis Vallée parle de systèmes « flous », systèmes qui n'existent que dans le flou qui les sépare du monde extérieur. Il existe une illusion d'endogamie où l'homme et la femme du couple parental n'ont pas dû être en relation avec le monde externe à la famille consanguine pour se trouver. Il y a comme un refus d'ouverture au monde extérieur : on se suffit au cercle familial. L'addiction tente souvent de rompre l'indéfectibilité de ces liens si forts, et met en péril le mythe fondateur du couple. Le jeune recherche par son comportement de dépendance un espace de liberté et d'autonomie. Néanmoins, comme le souligne Aussenberg⁵, la dépendance au produit rapproche progressivement le toxicomane de sa famille, et l'espace de liberté qu'il recherchait se transforme souvent en contrainte.

Au niveau thérapeutique, il importe de tenir compte de la fonction du comportement addictif au sein de la famille. La dépendance constitue une porte d'entrée pour comprendre les difficultés rencontrées au sein du système familial et pour mettre en place de nouvelles possibilités créatrices et autocuratives.

Selon Nathalie Duriez, la nature des transactions au sein de familles de toxicomanes ne favorisent pas le processus d'autonomisation du jeune. Par exemple, des parents soulignant les difficultés ou des échecs répétés de leur enfant augmentent le sentiment d'échec et le manque d'estime de soi. Ces remarques disqualifiantes entraînent le plus souvent une spirale d'échec qui maintient le jeune dans une dépendance à sa famille. Le recours à la drogue constitue alors un refuge. ■

1 Cet article s'appuie principalement sur les trois textes suivants :

ANGEL, S. et ANGEL, P., *Les problématiques familiales dans les addictions : le paradigme des familles d'usagers de drogues*, dans REYNAUD, M., *Traité d'Addictologie*, Paris, 2006, p.81-83.

DURIEZ, N., *Enjeux et concepts de la thérapie familiale dans Revue Toxibase*, no 18, 2ème trimestre 2005, p.1-6.

VALLEE, D., *Les familles dépendantes, Introduction à la clinique des systèmes flous*, dans *Revue Toxibase*, n° 18, 2^e trimestre 2005, p. 7-12.

2 STANTON, M.D., et TODD, T., *The family therapy of drug abuse and addiction*, New York, 1982.

3 L'homéostasie est un terme de la biologie. Il désigne la tendance de l'organisme à maintenir ou à ramener les différentes constantes physiologiques (température, débit sanguin, tension artérielle, etc.) à des degrés qui ne s'écartent pas de la normale. Ce terme est utilisé, en approche systémique, pour désigner la tendance des organisations et des groupes humains à maintenir ou à ramener vers un équilibre.

4 Exogame : en dehors de la famille

5 AUSSENBERG, J., CZERNICHOW, S., GEBEROWICZ, B., *Violences familiales*, Paris, 1994.

LE SERVICE KANGOUROU DE L'ASBL TREMPOLINE : UN ESPACE DÉDIÉ À LA PARENTALITÉ DES PERSONNES TOXICOMANES EN POST-CURE

Hugues Martens et Florence Beuken

Depuis près de 10 ans, l'asbl Trempline a intégré la question de parentalité à son programme thérapeutique. En effet, on pourrait parler de « parents-boom » chez les personnes toxicomanes. C'est d'abord pour les mamans, qui n'avaient pas, ou peu, accès aux soins en résidentiel que Kangourou a ouvert des portes nouvelles, pour, peu à peu, laisser une place aux papas, devenus plus nombreux et plus demandeurs.

Mots-clés

- Toxicomanie
- Parentalité
- Communauté thérapeutique
- Résidentiel
- Lien
- Transgénérationnel
- Transmission

Hugues Martens est responsable Kangourou et Florence Beuken, Coordinatrice Parentalité de l'asbl Trempline.

- 1 **Les groupes pédagogiques** sont animés par un membre de l'équipe Kangourou-Parentalité ou par un professionnel de l'enfance (Trempline ou non), ils traitent d'un thème relatif à l'enfance ou la Parentalité. **Les entretiens individuels**, en général mensuels, sont réalisés par l'éducateur référent de la maman pour le service Kangourou, il permet à la maman de se poser un moment et de s'auto-évaluer, de manière formative, par rapport à sa parentalité. **Le Questionnaire bientraitance**, inspiré des travaux de JP Pourtois, de l'Université de Mons, est l'un des outils d'auto-évaluation des mamans.

Histoire de la parentalité à Trempline

C'est à la fin des années 90 que l'asbl Trempline, centre de post-cure pour personnes toxicomanes, dressa un constat concernant l'absence significative des femmes toxicomanes dans son programme de soins résidentiel. Une partie des femmes toxicomanes avaient un enfant et refusaient de commencer une thérapie, soit par peur de perdre la garde de leurs enfants si elles déclaraient leur toxicomanie, soit parce qu'une thérapie résidentielle les aurait obligées à se séparer de leur enfant pendant les 12 mois du programme thérapeutique.

C'est ainsi qu'a été ouvert, en mai 2000, le service Kangourou qui permettait à ces mamans de s'insérer dans le programme résidentiel de Trempline sans se séparer de leurs enfants. Une maison, dans l'enceinte du parc de l'asbl, fut alors aménagée à cet effet. Elle pouvait, à cette époque, accueillir 3 mamans et jusqu'à 6 enfants. La journée, les mamans vivaient selon un rythme semblable à celui qu'elles auraient vécu si elles avaient travaillé : la journée, elles suivaient le programme thérapeutique avec les autres résidents, tandis que leurs enfants étaient, selon leur âge, à la crèche ou à l'école, qui sont,



l'une et l'autre, partenaires de notre projet éducatif, puis, en soirée, mères et enfants revenaient à la maison Kangourou et la vie « familiale » prenait son cours.

Parentalité ? Thérapie ?

L'objectif du service Kangourou est donc double : aider les femmes toxicomanes à sortir de la drogue, via un programme thérapeutique, et travailler la relation mère-enfant. Il rencontre également un objectif de prévention, en effet, les enfants profitent d'une (re)prise en charge familiale, d'un accompagnement et évite toute rupture affective. Il permet également de (re)créer le lien, à l'écart du « produit ». Dès lors, nous pensons qu'en réduisant les carences affectives et relationnelles, nous endiguons le processus de transmission intergénérationnelle de la dépendance.

Dès le départ, les objectifs de la Communauté Thérapeutique et de Kangourou sont bien distincts, tout en ayant la

même finalité : tandis que l'une est consacrée à la thérapie, l'autre a pour cheval de bataille la « parentalité ». C'est en ce sens que vont être créés divers outils de pédagogie, de soutien à l'éducation et de travail du lien : questionnaire « bien-traitance », groupes pédagogiques, entretiens individuels deviennent rapidement des outils officiels du service¹.

Le démarrage ne fut pourtant pas si facile car la parentalité pouvait parfois être vue comme concurrente de la thérapie. En effet, comment garder le sens et la cohérence du programme alors qu'une maman doit régulièrement s'absenter, pour se rendre à des rendez-vous avec son enfant, pour le garder lorsqu'il était malade ? Peu à peu, l'équilibre s'est fait pour atteindre une complémentarité des interventions. Kangourou a provoqué une évolution du cadre institutionnel de Trempoline et a modifié la perception des résidents. Finalement, le projet Kangourou a remis la personne toxicomane et mère au centre de sa thérapie.

Une demande plus importante

Peu à peu, les demandes de mamans ont afflué, nous avons pu étendre l'offre d'accueil à cinq mamans, mais les papas eux aussi ont commencé à se manifester : ils avaient également besoin d'aide, de droit à la parole, d'une place pour leur parentalité. C'est alors qu'ont été mis en place différents groupes : le groupe « organisation de week-ends », et le groupe de parole « parentalité ». Cela s'est très rapidement avéré trop faible au vu du nombre² et de la demande grandissante des parents.

Nous nous sommes demandés, comme beaucoup, quelle était la raison de cette augmentation massive de la parentalité chez les personnes toxicomanes. Était-ce simplement une augmentation de la motivation des parents-toxicomanes à entreprendre une thérapie ? Au vu des différentes études, il semble que non : c'est une explosion réelle du nombre de

parents-toxicomanes. Nous ne pouvons l'expliquer que de manière hypothétique par l'arrivée et l'expansion de la méthadone dans les années 90. Celle-ci évitait, la plupart du temps, les aménorrhées dont souffrent souvent les femmes toxicomanes. En outre, ce traitement de substitution préserve physiquement et donc esthétiquement les personnes, leur permettant alors de présenter une apparence plus séduisante, et donc favorable à la vie amoureuse et familiale.

En 2006, face à cette réalité dont il fallait tenir compte, l'asbl Trempoline a introduit le projet « Parentalité » au Fonds Assuétudes créé par le Ministre de la Santé Publique afin de pouvoir engager une personne à mi-temps, qui assurerait la coordination de la parentalité au sein de l'institution, aussi bien pour les hommes que les femmes en traitement. En août 2007, était donc officialisé « l'Espace Parentalité ».

Dès le départ, un état des lieux des situations, des demandes et des objectifs à atteindre a été réalisé sur base d'entretiens individuels avec chacun des résidents-parents. En effet, il nous semblait essentiel de partir de leur demande, des besoins réels des résidents-parents, et non des besoins que nous supposions ou déterminions à leur place, et ceci afin de pouvoir apporter la réponse la plus adéquate possible.

Nous avons alors pu mettre à jour la grande variété de situations vécues par les résidents parents :

- des mamans dont les enfants ne pouvaient pas être accueillis à Kangourou (enfants de plus de sept ans ou placés par le juge) ;
- des papas voyant régulièrement leur(s) enfant(s) en visite de week-end à Trempoline
- des papas en conflit avec la maman, ne voyant plus leur(s) enfant(s), parfois depuis plusieurs années, et souhaitant reprendre contact, tôt ou tard ;
- des papas qui avaient perdu leurs droits ;

Trempoline

Service Kangourou
-Parentalité
Grand-Rue 3/5,
6200 Châtelet
071/24.30.13.
www.trempoline.be



² Le pourcentage de résidents ayant un ou plusieurs enfants est passé de 15% en 1992 à 55% en 2008.

- des papas qui n'avaient jamais reconnu l'enfant et se demandaient ce qui était le plus opportun ;
- Etc...

A côté des demandes sociales ou juridiques concernant les droits de visite au sens large émergeaient d'autres types de demandes : un accompagnement psychologique, des conseils éducatifs et communicationnels, des informations théoriques sur le développement de l'enfant, un accompagnement lors des visites des enfants, du matériel ludique et éducatif. Nous avons donc décidé, en concertation avec les parents présents à l'époque, de mettre en place une série de services aux résidents-parents.

Les services proposés

Les services aux résidents-parents

- Les « groupes parentalité », d'abord, étaient bien entendu maintenus, au même rythme (deux fois par mois) mais leur temps était allongé et leur organisation était repensée sous deux formes : le premier groupe restait un « groupe de parole », le second devenait un « groupe à thème » permettant d'aborder diverses thématiques selon les besoins et demandes du mo-

ment. Ces derniers étaient animés par l'équipe Kangourou-Parentalité mais pouvaient également l'être par des professionnels extérieurs au service, ou à l'institution. Les thématiques abordées furent « l'Aide à la Jeunesse » (par l'équipe de « Part en Relais », « les services de l'ONE », « la parentalité » et « Les limites » (par l'ONE), « Etre parent pour moi, c'est », « Le rôle du père », « Etre femme et mère », « J'ai moi aussi eu des parents », « La Saint-Nicolas », « Le jeu », « Parler de ce que je vis avec mes enfants »,

- **Entretiens** : tout ne peut pas être traité en groupe, nous avons donc instauré les *entretiens individuels*. Chaque résident-parent, dès son arrivée dans la phase de Communauté Thérapeutique (environ 2 mois après l'arrivée à Tremplone), rencontre la Coordinatrice Parentalité. Ce premier entretien permet de créer la « Carte d'identité parentale » du résident, c'est-à-dire son identité, celle de ses enfants, de l'autre parent, de la situation parentale et conjugale, des éventuelles décisions de justice, de son vécu familial, son parcours de consommation, ainsi que ses attentes et objectifs en termes de parentalité.

Le second entretien a lieu à mi-parcours (6 mois) et permet de faire le point, de rectifier le tir, de prendre en compte les éventuels nouveaux éléments, l'évolution du résident.

Le dernier entretien a lieu au moment du passage en phase de réinsertion sociale. On y évalue l'évolution de la situation, l'atteinte des objectifs, on aide à planifier l'avenir, à tenir compte de la réalité du résident, de la présence éventuelle de personnes ressources.

- Une **ludo-bibliothèque** pour enfants a vu le jour, répondant à une demande d'outils de communication parents-enfants. Les jeux permettent de créer le lien par le jeu, le rire, la bonne humeur ; les livres permettent d'aborder, avec des mots adaptés, les problématiques pouvant être vécues par les parents ou



les enfants eux-mêmes (le divorce, le chômage, les disputes, l'alcoolisme, les problèmes scolaires, la propreté, les cauchemars, ...)

- Enfin, une **documentation** riche a été rassemblée afin de répondre aux demandes des parents tant en matière de psychologie ou d'éducation qu'en termes de ressources et de partenaires extérieurs (Yapaka, allo parents, SAJ, ONE).

Des partenariats internes

Outre ces services proposés aux résidents-parents, nous avons été attentifs à ce que les différents services et secteurs de Trempline soient sensibilisés à la parentalité des résidents (hommes), autant qu'ils l'étaient à celle des résidentes de Kangourou. Non que la parentalité doive prendre toute la place, mais nous avons pu observer que lorsque nous prenions cette particularité en compte, les résidents restaient plus longtemps dans le programme.

C'est pourquoi nous avons tenu à formaliser des moyens de communication régulière avec les responsables des différentes phases du programme (1^{er} contact, Accueil, Communauté thérapeutique, Réinsertion sociale) ainsi qu'avec le service social et le service familles. Ce dernier nous aide à établir une communication, lorsque c'est possible, avec le conjoint ou l'ex-conjoint du résident-parent. En effet, il nous semble essentiel de (tenter de) maintenir un dialogue entre les deux parents, afin qu'ils puissent discuter de l'éducation de leur enfant, des objectifs qu'ils ont en commun pour lui, et ce dans un souci de cohérence et d'équilibre essentiel pour le bien-être et l'évolution de l'enfant.

Des partenariats externes

Nous avons également choisi de nous tourner vers l'extérieur. Un riche partenariat s'est alors mis en place : parmi de nombreuses institutions et ASBL, relevons le Centre Coordonné de l'Enfance, partenaire de longue date qui réserve

des places pour les enfants de mamans Kangourou dans son service extrascolaire « les Marmousets » ainsi que dans sa crèche. En outre, le service de Garde d'Enfants Malades collabore régulièrement avec la maison Kangourou. L'ONE fut l'un des premiers partenaires de l'équipe Kangourou-Parentalité au sens large, nous pouvons compter sur leur riche information, mais également sur des animations de groupe régulières. Le centre de planning familial « Les Haies » nous a apporté une aide particulière au niveau juridique, en termes d'information ou de plages horaires réservées pour nos résidents. Enfin, nous sommes en pourparlers avec le Conseil de Coordination Service Jeunes pour son service « Familles-Relais ». Le service de parentalité vise prioritairement des aides aux parents qui pourront être prolongées au-delà de la thérapie.

Depuis l'élargissement du service « Kangourou & Parentalité », en août 2007, aux autres résidents-parents de l'institution, nous avons comparé cette ouverture, avec humour et satisfaction mais aussi un grand questionnement, à celle de la « boîte de Pandore ». Croyant, par quelques heures de plus, répondre à la demande, nous avons été confrontés à une multiplication des demandes. Le poste de coordinateur à mi-temps s'est avéré insuffisant et s'est transformé, petit à petit, en un 4/5 temps. Cette situation nous a confortés dans l'idée que ce service aux parents avait bien une mission semblable à celle du service Kangourou. C'est à ce moment que nous avons choisi d'officialiser la dénomination couplée de « Kangourou-Parentalité ».

La réflexion pour l'avenir

La transmission de la dépendance

Après une première année de travail, d'entretiens, de réflexions, nous avons décidé de nous pencher sur l'aspect transgénérationnel de la dépendance. En effet, nous avons remarqué que la plupart

Deux cahiers de Labiso consacrés à l'aide aux parents usagers



Le Laboratoire des innovations sociales, développé par Alter&I et l'asbl Texto avec le soutien du ministre wallon de l'Action sociale et de la Santé, publie une fois par mois, sous format numérique, une monographie consacrée à un service des secteurs de l'aide aux personnes. Il mise sur un mode de rédaction professionnel, tout en gardant une place à ce que les équipes ont déjà produit elles-mêmes à propos de leur travail.

Deux cahiers de Labiso sont consacrés aux parents usagers. Le numéro 11 raconte l'expérience du service Kangourou de Trempline. Le numéro 56 rapporte les échanges tenus lors d'une journée d'études organisée par l'asbl Trempline, le 9 décembre 2005 sous le titre : « La personne toxicomane et ses enfants : agir au cœur de la relation ».

des résidents-parents provenaient d'une famille où la dépendance était une réalité, ce qui explique probablement cette crainte fréquente de la transmission de la problématique à leurs propres enfants. Nous savons que l'un des principaux facteurs de résilience, dans un contexte de dépendance, est que des personnes proches puissent expliquer à l'enfant ce qu'est la toxicomanie, quels sont les dangers, les risques, les conséquences. C'est pourquoi nous encourageons les résidents-parents à communiquer avec leur enfant et, quand ils se sentent prêts, à expliquer la raison de leur présence à Trempline et à exprimer les craintes qu'ils ont que leurs enfants suivent cette même voie. Tout cela avec des mots adaptés, dans un climat de confiance, accompagnés par un membre de l'équipe éducative s'ils le désirent. Nous avons également commencé à établir une base de données qui nous permettra, à long terme, d'analyser certains aspects liés à la parentalité et concernant

la transmission, mais également la durée pendant laquelle les résidents-parents restent dans le programme. Il nous semble important de tenir compte de l'effet de prévention que pourra revêtir notre action thérapeutique.

Sensibilisation des autres professionnels

Enfin, en accord avec le Ministère de la Santé, nous avons pour projet de sensibiliser d'autres acteurs des services de soins dans le secteur des toxicomanies. La parentalité fait parler d'elle, mais ne nous semble pas encore suffisamment prise en compte dans notre secteur. Nous sommes convaincus du bien-fondé d'un accompagnement à la parentalité pour les personnes toxicomanes, comme nous sommes convaincus de la nécessité d'une thérapie pour les parents présentant des problèmes de dépendances. Ces deux éléments sont pourtant souvent, trop souvent, traités séparément. ■

Dépendances : testez vous-même où vous en êtes

Infor-Drogues vient de lancer un site internet (www.stopouencore.be) permettant à tout un chacun d'évaluer où il en est par rapport à sa consommation de différents produits. Huit tests faciles et rapides qui concernent le cannabis, l'alcool, les jeux d'argent, l'ecstasy, la cocaïne, internet, le speed et les somnifères. Grâce aux tests de « Stop ou encore ? » le public ¹ pourra déterminer, en quelques clics, si sa consommation ou son comportement comporte des risques. L'internet permet de faire ces tests de façon totalement anonyme, gratuite et facile d'accès. Ces conditions sont évidemment primordiales pour les consommateurs. À l'issue du test, le consommateur reçoit un avis « sur mesure » qui lui permet de

prévenir ou de réduire les risques les plus importants de sa consommation. En fonction du résultat, le consommateur est éventuellement encouragé à poursuivre le contact avec Infor-Drogues par téléphone ou par courriel. De cette manière, si la personne est intéressée, elle pourra évoquer avec le service les possibilités de changement et d'aides possibles. Enfin, Infor-Drogues espère que le projet « Stop ou encore ? » sera utilisé par de nombreux intervenants de terrain (comme les médecins par exemple) pour faciliter l'abord des usages/consommations de leurs patients. Des affiches et folders sont disponibles sur simple demande par courriel à courrier@infor-drogues.be.



1 Attention, ces questionnaires sont destinés à un public adulte. D'autres normes sont d'applications si vous avez moins de dix-huit ans, et les résultats du test seraient par conséquent faussés.

Les Cahiers de Prospective Jeunesse : titres parus

	N°	
1996	1	Pratiques judiciaires en matière de consommation de produits illicites
1997	2	Privé ou public : quels espaces de liberté ?
	3	Ecole et prévention (tome 1)
	4	Ecole et prévention (tome 2)
	5	Les situations des jeunes adultes (18 - 25 ans)
1998	6	Ecole et prévention (tome 3)
	7	La question du plaisir, le plaisir en question (tome 1)
	8	La question du plaisir, le plaisir en question (tome 2)
	9	La question du plaisir, le plaisir en question (tome 3)
1999	10	La question du plaisir, le plaisir en question (tome 4)
	11	Economie souterraine ou économie des exclus ? (tome 1)
	12	Economie souterraine ou économie des exclus ? (tome 2)
	13	Drogues et prison (tome 1)
2000	14-15	N° double — Drogues de synthèse : de la prévention des risques aux risques de la prévention (actes de la journée d'étude d'Eurotox du 3.12.1999)
	16	Drogues et prison (tome 2) et Eco. souterraine ou éco. des exclus (tome 3)
	17	Drogues et cultures
2001	18	Cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 1)
	19	Les alicaments : entre nutriments et médicaments
	20	Cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 2)
	21	Cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 3)
2002	22	La famille (tome 1)
	23	Le secret professionnel
	24	La famille (tome 2)
	25	Ecole (tome 1) : radioscopie du monde enseignant
2003	26	Monde du travail et psychotropes
	27	La réduction des risques (tome 1)
	28	La réduction des risques (tome 2)
	29	Ecole (tome 2) : à l'école des jeunes
2004	30	Contextes et consommations
	31	Santé et prévention : braderie ou promotion ?
	32	Actes du colloque « jeunes et alcool » du 18 mai 2004
	33	Le tabac
2005	34	Santé et communication : info ou intox ?
	35	Fête et psychotropes
	36	Pauvreté, contrôle social et (dé)stigmatisation (tome 1)
	37	Pauvreté, contrôle social et (dé)stigmatisation (tome 2)
2006	38	Enjeux de lois
	39	Dépendances : assuétudes, addictions, toxicomanies... ?
	40	Quand la prison s'ouvre... aux partenariats
	41	Soigner les usagers de drogues 1970-2006
2007	42	Parents-enfants : quand la justice s'en mêle
	43	Soutien à la parentalité : les besoins
	44	Soutien à la parentalité : les ressources
	45	Précarité et travail en réseaux
2008	46	Représentations, préjugés, stéréotypes : des leviers pour agir
	47	Ordinateur, une dépendance ?
	48	L'amour : risque et ressource
	49	Parents usagers, enfants en danger ?

Sommaires : www.prospective-jeunesse.be/cahiers

Commandes : 02 512 17 66 ou cahiers@prospective-jeunesse.be

S

Editorial « Parentalité et usages de drogues : un défi pour les intervenants »
Etienne CLÉDA

1

O

Dossier :

PARENTS USAGERS, ENFANTS EN DANGER ?

- Parent(s) alcoolo-dépendant(s) : quels impacts sur les enfants ?
Marie-Line Foisy (Prospective Jeunesse) 2

- Parentalité-Addiction à Bruxelles
Parents toxicomanes, des parents comme les autres ?
Anne Robert (Interstices C.H.U. Saint-Pierre) 8

M

- Accompagner l'accompagnement des parents usagers de drogues
Une formation pour les TMS de l'ONE
Pascale Anceau (Infor-Drogues) 11

M

- Les parents usagers de psychotropes au centre de l'intervention
« L'Atelier Parentalité/usages de drogues » à Charleroi
Isabelle Meurisse et Marie-Paule Giot (CSM CPAS Charleroi) 14

- Ces mères dépendantes ... de quoi ?
Myriam Landi (SAIE La Séquence) 20

A

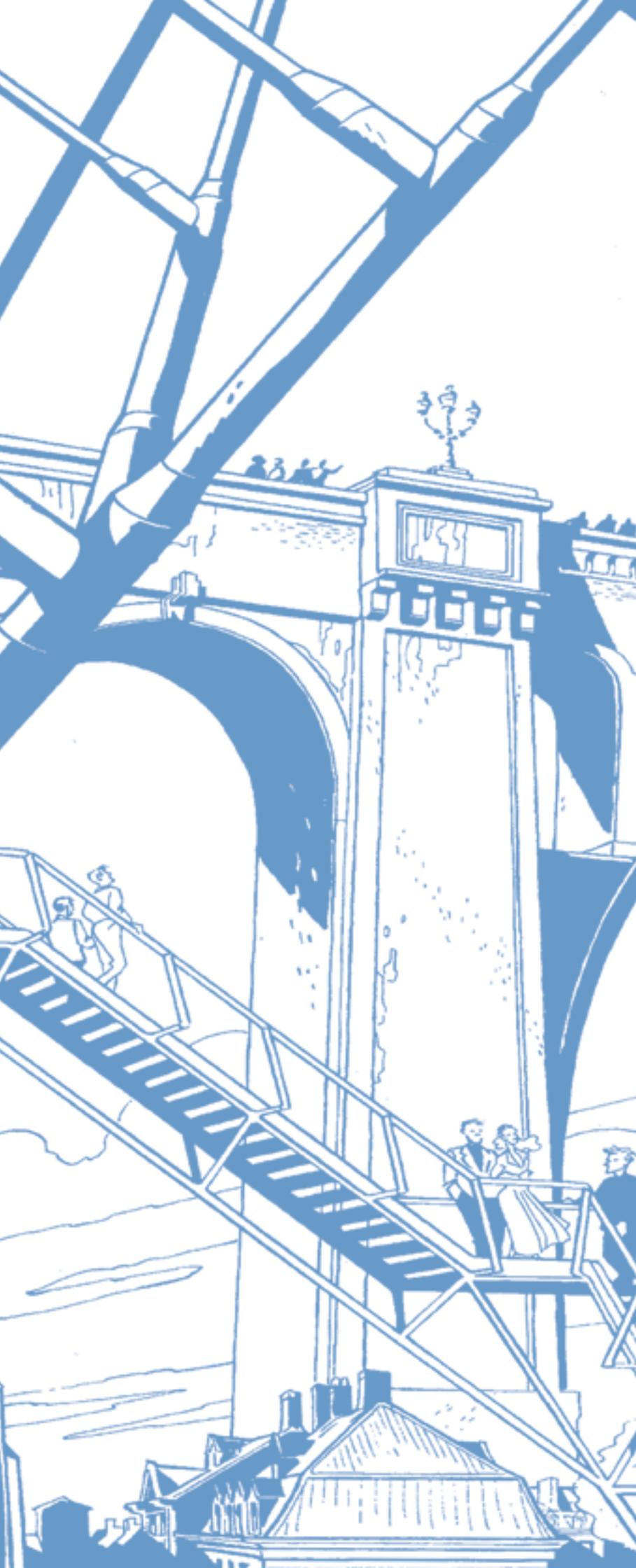
- Dépendances familiales et processus d'autonomisation du jeune :
une approche systémique
Manuel Dupuis (Prospective Jeunesse) 22

- Le service Kangourou à Châtelet — Un espace dédié à
la parentalité des personnes toxicomanes en post-cure
Hugues Martens et Florence Beuken (Trempline) 24

I

R

E



Les cahiers de
PROSPECTIVE
Jeunesse

Numéro d'agrégation : P405048
Bureau de dépôt – 1050 Bruxelles 5

Cahiers – Volume 13 – n° 4 – 4^e trimestre 08

Cahier numéro 49

Parents usagers, enfants en danger ?

**Pas de fatalisme pour les enfants
de parents alcoolo dépendant**

**La famille dépendante :
mythe ou réalité ?**

**Mères usagères,
femme dépendantes ...**

**Bruxelles, Charleroi, Chatelêt
et Liège : des services aux côtés
des parents**