



HAL
open science

L'accompagnement à la parentalité de la mère toxicodépendante en néonatalogie

Laury Minnens

► **To cite this version:**

Laury Minnens. L'accompagnement à la parentalité de la mère toxicodépendante en néonatalogie. Pédiatrie. 2020. dumas-03182191

HAL Id: dumas-03182191

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182191>

Submitted on 26 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



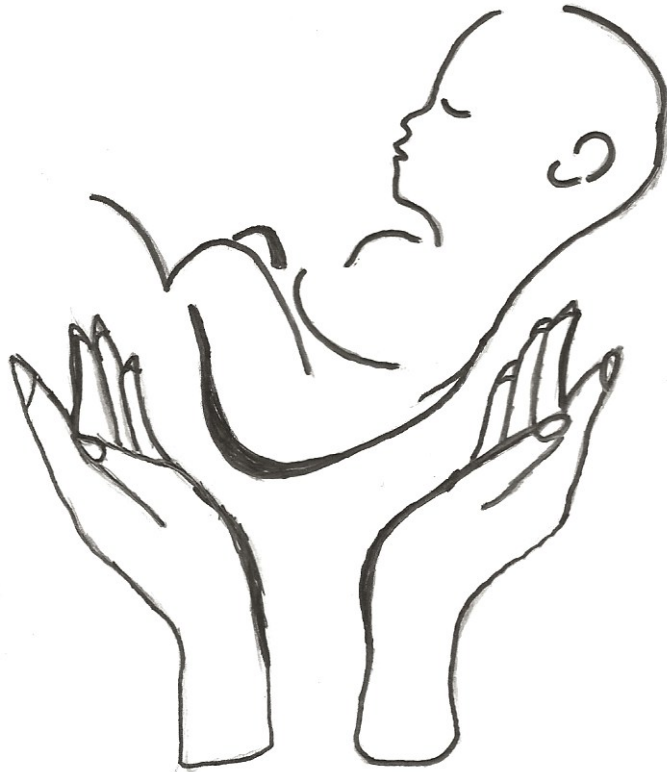
MINNENS Laury

Promotion 2019/2020

Projet professionnel

L'accompagnement à la parentalité de la mère
toxicodépendante en néonatalogie.

Ecole de puéricultrices
Ifsanté Lomme



« Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas ». Verspieren.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma référente mémoire, Madame Laugel, pour ses conseils, sa disponibilité et son soutien avec beaucoup de patience et bienveillance tout au long de mon travail de recherche.

Je souhaite aussi remercier mes deux autres formatrices, Madame Catrice et Madame Vantournhout pour cette année de formation qui fut très riche d'un point de vue professionnel et personnel.

Je n'oublie pas non plus Madame Deshayes, documentaliste d'Ifsanté mais aussi le monsieur de la bibliothèque municipale de Tourcoing pour leur aide dans mes recherches documentaires.

Un grand merci également à tous les professionnels qui m'ont encadré sur le terrain lors des stages ainsi qu'à ceux qui ont accepté de répondre à mes entretiens.

Je tiens particulièrement à remercier ma famille, mais aussi mes amies de promotion qui m'ont soutenu tout au long de cette année de formation.

Pour finir, je vous remercie de prendre le temps de lire mon travail.

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Situation de départ et questionnement	2
3. Cadre contextuel	5
3.1 La puéricultrice	5
3.1.1 Définition	5
3.1.2 La puéricultrice en néonatalogie	6
3.2 La toxicomanie.....	7
3.2.1 Définition de dépendance.....	7
3.2.2 Définitions de drogue.....	8
3.2.3 Facteurs de risque de la toxicomanie	9
3.2.4 Toxicomanie et grossesse.....	10
3.2.5 Syndrome de sevrage	10
4. Cadre conceptuel.....	12
4.1 La parentalité.....	12
4.1.1 Définition	12
4.1.2 Processus de parentalité	13
4.1.3 Le soutien à la parentalité	14
4.2 L'accompagnement	16
4.2.1 Définition	16
4.2.2 Les différents types d'accompagnement.....	16
4.2.3 La relation d'aide et les attitudes	17
4.2.4 La juste distance dans l'accompagnement	19
4.3 Les représentations sociales.....	21
4.3.1 Définitions.....	21
4.3.2 Les préjugés et stéréotypes	23
4.3.3 La représentation sociale de la mère toxicomane dans la société	23
4.3.4 Les représentations sociales des soignants vis-à-vis de la mère toxicomane	25
5. Les hypothèses.....	27
6. L'enquête	27
6.1 L'outil d'enquête	27
6.2 Objectifs des questions.....	28
6.3 Echantillonnage	30
6.4 Contexte des entretiens	31
6.5 Analyse des entretiens.....	32
6.5.1 La formation et l'expérience	32
6.5.2 L'accompagnement.....	34
6.5.3 La relation parent-enfant-soignant	36
7. Validation/invalidation des hypothèses.....	38
8. Conclusion	39
9. Réflexions professionnelles.....	40
Bibliographie
Annexes

1. Introduction

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Puéricultrice, il nous ait demandé d'élaborer un travail de fin d'étude dans le but de « *construire son identité professionnelle en observant les pratiques professionnelles sur le terrain, en s'interrogeant et en se positionnant par rapport à ces pratiques. Ce questionnement s'inscrit donc dans une démarche d'amélioration des soins* »¹.

A la fin de ma troisième année d'études d'infirmière, j'ai eu l'opportunité d'effectuer un stage en service de néonatalogie. C'est lors de ce stage que j'ai vécu la situation qui fut la base de mon travail de recherche.

« *On compte aujourd'hui 150 à 300 000 toxicomanes aux opiacés en France dont un quart sont des femmes en âge de procréer pour la plupart* »². Ma rencontre avec une mère toxicomane était la première. Cependant, au vu de la « *recrudescence d'accueil de parents toxicomanes et/ou polydépendants* »³ en service de néonatalogie et le nombre de femmes atteintes de toxicomanie, il est possible que j'en rencontre à nouveau. De plus, mon projet professionnel étant de travailler en néonatalogie, il était pour moi intéressant d'entamer un travail de recherches sur ce sujet. En effet, cette situation a suscité en moi de nombreuses questions et émotions. Je sais que cela m'aidera dans ma future pratique professionnelle.

J'ai ainsi souhaité comprendre comment une puéricultrice pouvait accompagner ses mères dans leur processus de parentalité.

Dans un premier temps, je vais vous exposer la situation qui m'a amené à me questionner et à définir ma question de départ.

¹ Letellier, C., Dugot, M., Serafini, R. *Réussir son parcours de mémoire de fin d'études*. 3^{ème} éd. Noisy-le-grand : Sètes, 2018. p. 91.

² Morel, O., Fanjeaux, B., Braconnier, A. et al. Suivi obstétrical et pronostic périnatal chez les femmes enceintes toxicomanes. *Gynécologie et obstétrique*, février 2018, volume 46, n°2, p. 100.

³ Cadène, C. Toxicomanie et parentalité. *Cahier de la puéricultrice*, juin 2019, volume 56, n°328, p. 22.

Ensuite, j'aborderais le cadre contextuel de mon travail de recherches ainsi que le cadre conceptuel. Ils me permettront d'émettre une ou plusieurs hypothèses. C'est à partir de ces dernières que j'élaborerais une grille de questions que j'irais poser aux professionnels sur le terrain. Les entretiens menés et leur analyse me permettront de valider ou non les émises auparavant et de conclure mon travail.

2. Situation de départ et questionnement

Lors de ma troisième année d'étude en école d'infirmiers, j'ai eu l'occasion de faire mon stage préprofessionnel, d'une durée de 10 semaines, en service de néonatalogie. Celui-ci est divisé en deux secteurs. On y trouve les soins continus, composés de 5 chambres mère-enfant et 6 box, où sont accueillis les enfants ayant un état de santé stable. Puis une partie de soins intensifs composé de 7 box pour les nourrissons nécessitant une surveillance plus rapprochée. L'ensemble du service reçoit les nouveau-nés âgés de 0 à 2 mois.

C'est lors de ce stage que j'ai vécu la situation expliquée ci-dessous et qui fut le point de départ de mon travail de recherche.

Je suis en poste de 6h30 à 15h, un jeudi matin, dans le service de néonatalogie. Nous sommes en réunion d'équipe, comme chaque semaine, quand l'une de nos collègues reçoit un appel. C'est une sage-femme du service de maternité qui nous prévient de l'hospitalisation d'une petite fille, L. venant de naître prématurément. L'enfant est donc amené en berceau dans notre service afin de la prendre en charge.

Lorsque l'auxiliaire de puériculture monte avec l'enfant dans le service, elle nous transmet diverses informations à propos de son état de santé ainsi que son contexte familial.

Au sujet du contexte familial, l'auxiliaire de puériculture nous informe que les parents de L. sont tous les deux toxicomanes et sans domicile fixe. L. est le deuxième enfant de la maman, son grand-frère vit chez sa grand-mère maternelle. Nous n'avons pas eu d'informations sur la première grossesse de madame.

Concernant la santé de l'enfant, l'auxiliaire nous explique qu'elle est née prématurément au terme d'environ 33 SA (Semaines Aménorrhées), avec un RCIU (Retard de Croissance

Intra-Utérin). La grossesse a été déclarée tardivement et n'a pas été suivie médicalement ce qui n'a pas permis de dater exactement son terme. Elle nous indique également qu'à la naissance de l'enfant, la maman a déclaré avoir consommé de l'alcool ainsi que diverses drogues telles que le cannabis, l'héroïne, la cocaïne et le tabac tout au long de sa grossesse. Ceci a été confirmé par les tests de dépistage urinaire.

Une fois L. arrivé dans le service, nous l'installons dans un box, car nous n'avons pas de chambre mère-enfant disponible et nous ne savons pas si la maman, à sa sortie de maternité, souhaite rester auprès de sa fille.

Tout au long de notre poste, mes collègues et moi-même entendons L. pleurer d'un cri aigu et qui ne cesse que très peu. Ces cris ne paraissant pas « habituels », mais plutôt inquiétants, nous essayons de l'apaiser par diverses méthodes telles que le mobile musical au-dessus du berceau, du réconfort à bras, la pieuvre en tricot⁴ donnée dans le service... Malgré ces méthodes, nous nous rendons compte qu'elle est très agitée et ne trouve pas son sommeil. Lors des soins, nous constatons également qu'à plusieurs reprises l'enfant a des trémulations et est hypertonique. Je transmets donc au pédiatre nos observations et celui-ci va l'ausculter. Il diagnostique un syndrome de sevrage suite aux drogues consommées par la maman lors de la grossesse.

Il prescrit alors des doses de morphines journalières que l'enfant recevra durant 3 semaines. La quantité diminuera au fur et à mesure de l'hospitalisation en fonction de la diminution des différents symptômes.

Le lendemain, l'enfant étant hospitalisé en néonatalogie, la maman demande une sortie anticipée de maternité. Elle vient ensuite rendre visite à L. à raison d'une heure par jour tous les 3-4 jours.

L'enfant est seule dans son box, elle est en contact avec l'adulte au moment des soins. Au vu du diagnostic et de nos connaissances, nous savons que cet enfant a besoin d'avoir un contact avec l'adulte pour s'apaiser et se sentir en sécurité. Nous la prenons donc dans nos bras au sein du service à tour de rôle ou la transportons dans son berceau pendant qu'elle nous agrippe le doigt. Cela lui permet de s'apaiser sur de courtes périodes.

⁴ Cf. Annexe I.

Durant le séjour, les parents ont un rendez-vous avec l'équipe de pédopsychiatrie du service pour comprendre leurs contextes de vie et savoir ce qu'ils envisagent pour l'avenir de leur enfant.

Quelques jours après, l'assistante sociale et le psychiatre du service leur donnent un second rendez-vous pour leur faire part du futur placement de L. en famille d'accueil.

Durant cet entretien auquel je ne suis pas présente, le père de L. s'énerve et lève la main sur l'assistante sociale. Sa compagne, réussissant à le calmer et à le faire sortir du service, en profite pour se confier sur les actes de violence réguliers de son compagnon. Suite à cela, il est interdit de visite.

Quelques jours plus tard, la maman exprime le souhait de vouloir aller en foyer mère-enfant afin d'éviter que L. ne soit placée. Cependant, lorsqu'elle apprend qu'elle devra se sevrer dans le foyer, elle ne souhaite pas y donner suite.

La grand-mère maternelle de L. est donc contactée afin de savoir si elle peut l'accueillir. Elle répondit négativement à cela, car elle a déjà à charge son grand-frère et n'a pas la possibilité de prendre des congés.

Il est donc prévu que L., à sa sortie et une fois sevrée, serait placé en famille d'accueil. Cependant, celles-ci étant difficiles à trouver, elle sera placée en pouponnière en attendant.

J'ai choisi cette situation, car elle m'a particulièrement questionnée et touchée. En effet, la fréquence des visites de la mère était en contradiction avec mes représentations de la fonction maternelle. Il fut donc difficile pour moi de voir l'isolement de l'enfant dans son box sans présence parentale pendant de longues journées.

Je me suis ainsi demandé :

- Comment les puéricultrices se positionnent-elles face à des situations qui sont en contradictions avec leurs propres représentations concernant la présence maternelle ?
- Est-ce que les représentations du rôle parental de la puéricultrice influencent son accompagnement auprès de la maman ?
- Est-ce que la mère a des difficultés dans son processus de parentalité ? Est-ce lié à la toxicomanie ? A son contexte familial, social ?
- Comment la puéricultrice peut-elle accompagner la mère dans son rôle parental ?

Ces questions m'ont amenée à me demander : **en quoi la puéricultrice accompagne-t-elle la mère toxicodépendante dans son processus de parentalité en néonatalogie ?**

3. Cadre contextuel

3.1 La puéricultrice

3.1.1 Définition

Selon le guide de la puéricultrice⁵, « *l'infirmière puéricultrice est une infirmière spécialisée, qui a développé des compétences d'expertise clinique spécifique à la santé de l'enfant de la naissance à l'adolescence, et à la santé de la famille* ».

Avant d'être puéricultrice, elle est avant tout infirmière et doit donc respecter la même législation que celle-ci. Sa fonction est régie par le Code de la Santé Publique⁶ et notamment par deux articles :

- L'article R4311-1 : « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif* ».
- L'article R4311-13⁷ du Code de la Santé Publique disant que « *Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux-ci*

⁵ Colson, S., Gassier, J., Saint-Sauveur, C. *Guide de la puéricultrice*. 4^{ème} éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2016. p.4.

⁶ France. Code de la santé publique. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique. Journal Officiel n° 183 du 8 août 2004 page 37087 texte n° 37086 [en ligne]. Disponible sur :

<<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913888&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>> (consulté le 14/12/2019)

⁷ Ibid.

dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :

- *Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie*
- *Surveillance du régime alimentaire du nourrisson*
- *Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps*
- *Soins du nouveau-né en réanimation*
- *Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie ».*

L'infirmière puéricultrice a la possibilité de travailler dans différents secteurs tels que la crèche, la PMI (Protection Maternelle Infantile) et en milieu hospitalier⁸.

3.1.2 La puéricultrice en néonatalogie

En milieu hospitalier, l'infirmière puéricultrice peut travailler dans différents services comme la pédiatrie, la maternité, mais aussi en néonatalogie.

En néonatalogie, l'infirmière puéricultrice travaille auprès des nouveau-nés malades et de leurs parents. Ce sont des nouveau-nés ayant besoin de soins spécialisés dus à une prématurité ou à d'autres problèmes nécessitant une hospitalisation. Ce service est « *l'un des services les plus techniques de tous les services dans lesquels interviennent les puéricultrices* »⁹.

Au regard de toute cette technicité, la puéricultrice a pour enjeux d'« *humaniser la prise en charge du nouveau-né* »¹⁰ par l'intermédiaire de différents moyens : la présence des parents auprès de l'enfant tout au long de son hospitalisation, l'accès au service à toute heure pour les parents, une salle parents prévue pour eux s'y restaurer, autoriser la visite des fratries ou grands-parents, veiller au confort et au bien-être du nourrisson...

⁸ ANPDE. La spécialité de puéricultrice [en ligne]. (Consulté le 14/12/2019). Disponible sur : <<https://www.anpde.asso.fr/la-profession>>

⁹ Colson, S., Gassier, J., Saint-Sauveur, C. *Guide de la puéricultrice*. 4^{ème} éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2016. p.86.

¹⁰ Ibid.

3.2 La toxicomanie

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)¹¹, c'est « *un état de dépendance physique ou psychique ou les deux, vis-à-vis d'un produit et s'établissant chez un sujet et à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci* ». C'est pour cela qu'on parle plutôt de « *pharmacodépendance* ».

La toxicomanie et la dépendance sont donc deux termes étroitement liés.

3.2.1 Définition de dépendance

L'OMS définit la pharmacodépendance comme « *un état psychique, quelquefois physique, résultant de l'interaction d'un organisme vivant et d'une substance, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une compulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin d'en retrouver les effets et d'éviter les malaises de privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant à plusieurs produits* »¹².

La CIM-10 (10^e révision de la Classification Internationale des Maladies) parle plutôt d'un « *syndrome de dépendance* » et le définit comme « *un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités* »¹³.

Afin de diagnostiquer une réelle dépendance, il est nécessaire d'avoir, selon le CIM-10, trois de ces manifestations en même temps au cours de la dernière année :

- « *Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive*
- *Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance [...]*
- *Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive [...]*

¹¹ ADOSEN. La toxicomanie [en ligne]. (Consulté le 27/12/2019). Disponible sur : <<http://www.prevention.ch/latoxicomanie.htm>>

¹² Paillard, C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3^{ème} éd. Noisy-le-grand : Sètes, 2016. p.134.

¹³ OMS. Syndrome de dépendance. (Consulté le 27/12/2019). Disponible sur : <https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/>

- *Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré [...]*
- *Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets [...]*
- *Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives »¹⁴.*

La dépendance est donc liée à différentes drogues que nous allons aborder.

3.2.2 Définitions de drogue

Selon le MILD&CA (Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives), une drogue correspond à « *toute substance psychotrope ou psychoactive qui perturbe le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience. Une drogue est un produit susceptible d'entraîner une dépendance physique et/ou psychique* »¹⁵.

Il existe différentes drogues, on y trouve :

- Les drogues licites : l'alcool, le tabac ou les médicaments.
- Les drogues illicites : le cannabis, la cocaïne ou l'héroïne.

Elles n'ont pas toutes le même effet sur la personne¹⁶. Certaines provoquent :

- Un effet « hallucinogène » qui modifie les perceptions visuelles, auditives, sensorielles... comme pour le cannabis.
- Un effet « stimulant », qui augmente l'agitation et l'excitation de la personne comme le tabac et la cocaïne.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ MILD&CA. Qu'est-ce qu'une drogue ? (Consulté le 29/12/2019). Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-drogue>

¹⁶ Ibid.

- Un effet de « dépression du système nerveux » qui ralentit les fonctions du cerveau et les mouvements du corps comme l'alcool et les opioïdes.
- Un effet « stimulant-hallucinogène » qui agit à la fois comme le stimulant, mais en y ajoutant un effet hallucinogène.

3.2.3 Facteurs de risque de la toxicomanie

La toxicomanie est un problème qui peut toucher un grand nombre de personnes. Cependant, selon L. Karila, psychiatre spécialisé en addictologie et M. Reynaud professeur de psychiatrie et d'addictologie, il existe différents types de facteurs de risque pouvant entraîner de la toxicomanie¹⁷ :

- Les facteurs de risque individuels tels que les traits de personnalité (faible estime de soi, anxiété, timidité...), les troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, phobique, hyperactivité...), les évènements marquants (deuil, maltraitance, rupture...) et la précocité de la consommation. Cependant, « *d'autres facteurs de vulnérabilité comme les facteurs génétiques auraient une influence sur le métabolisme et les effets des drogues contribuant au développement de l'addiction* »¹⁸.
- Les facteurs de risque liés à l'environnement du sujet comme le contexte familial et social (négligence parentale, parents permissifs, immigration, situation précaire, marginalisation...) et le groupe d'amis (souvent consommateur également).
- Les facteurs liés aux produits eux-mêmes, car selon le type de substance qui est consommé, le degré de dépendance est différent. Les produits les plus addictogènes sont le tabac, l'héroïne et la cocaïne.

¹⁷ Karila, L., Reynaud, M. Facteurs de risque et de vulnérabilité aux addictions. *Santé scolaire et universitaire*, mars-avril 2010, volume 1, n°2, p. 10-12.

¹⁸ Ibid.

3.2.4 Toxicomanie et grossesse

En France, 5% des femmes enceintes consomment des toxiques¹⁹. Leur consommation, notamment celle d'héroïne, provoque une aménorrhée rendant le diagnostic de grossesse tardif et ne permettant pas un suivi régulier.

Ces grossesses sont alors considérées à haut risque et nécessitent une surveillance rapprochée, car « *l'absorption des toxiques et le mauvais suivi de grossesse entraînent des complications obstétricales et un risque élevé de prématurité, avec ses conséquences en termes de morbidité néonatale : retard de croissance, souffrance fœtale aigue, infection périnatale, décès néonatal...* »²⁰.

La consommation de drogues durant la grossesse entraîne chez le nouveau-né différentes conséquences selon celle utilisée. On peut, par exemple, retrouver un syndrome de sevrage plus présent en cas de consommation d'opioïdes (Héroïne, Morphine, Méthadone, Subutex).

3.2.5 Syndrome de sevrage

Le syndrome de sevrage néonatal touche 60 à 90%²¹ des enfants nés de mère toxicomane. Il peut être provoqué par diverses drogues (cannabis, cocaïne) qui passent la barrière placentaire, mais il est plus important en cas de consommation d'opioïdes. Ce syndrome survient au cours des premiers jours de vie et peut se manifester jusqu'au premier mois de l'enfant²².

Il se manifeste par différents symptômes²³ :

- Neurologiques : trémulations, hyperactivité, hypertonie, convulsions, hyperexcitabilité, cri, trouble du sommeil...
- Digestifs : diarrhées, trouble de l'oralité, faible prise de poids...
- Généraux : tachypnée, fièvre, éternuements, hypersudation, vomissements...

¹⁹ Nadjafizadeh, M. Toxicomanie et grossesse : quelle prise en charge optimale ? *Vocation sage-femme*, mai 2010, volume 9, n°82, p. 23-27.

²⁰ Molénat, F. *Grossesse et toxicomanie*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2000. p. 16.

²¹ Réseau de périnatalité. Héroïne et grossesse. (Consulté le 29/12/2019). Disponible sur :

<<https://www.perinatbn.org/accueil-grossesse/prevention-des-risques/heroine-et-grossesse/>>

²² Molénat, F. *Grossesse et toxicomanie*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2000. p. 43.

²³ Lecompte, L. Cours : toxicomanie et grossesse. Lomme : Ifsanté.

Le syndrome de sevrage néonatal peut être traité²⁴ par Chlorhydrate de Morphine en fonction de son intensité. Il existe donc des échelles d'évaluation du syndrome de sevrage comme le score de Finnegan²⁵. On y trouve sur cette échelle 3 catégories de symptômes (troubles du système nerveux central, métaboliques et respiratoires, gastro-intestinaux) notées de 0 à 5 en fonction de leur absence/présence et de leur durée. Plus le score est important, plus le syndrome l'est aussi. Il est conseillé de l'évaluer toutes les 4 à 6 heures afin d'adapter le traitement du nouveau-né.

En revanche, Jean-Pierre Aubert, professeur à l'université Paris Diderot, explique qu'il n'est pas nécessaire de commencer par un traitement médicamenteux en première intention « *si la mère est prévenue de la symptomatologie et peut "faire face" par un nursing très attentif de son bébé, pendant les quelques heures ou quelques jours d'un syndrome de manque léger* »²⁶. Ce « nursing » prend en compte l'alimentation à la demande de l'enfant, le portage et le bercement, l'environnement sans nuisance sonore et lumineuse... Il marque l'aspect psychologique du traitement et démontre l'importance du contact maternel dans l'amélioration de l'état de santé du nouveau-né.

Cependant, dans le cas d'un syndrome de sevrage néonatal, la mère éprouve souvent de la culpabilité face à l'état de santé de son enfant et a peur du jugement. C'est pour cela que j'aborderais les représentations sociales des soignants face aux mères toxicomanes.

²⁴ Nadjafizadeh, M. Toxicomanie et grossesse : quelle prise en charge optimale ? *Vocation sage-femme*, mai 2010, volume 9, n°82, p. 23-27.

²⁵ Cf Annexe II.

²⁶ Cadène, C. Toxicomanie et parentalité. *Cahier de la puéricultrice*, juin 2019, volume 56, n°328, p. 22-24.

4. Cadre conceptuel

4.1 La parentalité

4.1.1 Définition

Tout d'abord, ce concept provient du terme « *Parenthood* », inventé par Thérèse Benedek, psychiatre et psychanalyste américaine. En effet, en 1959, elle rédigea un article s'intitulant « *Parenthood as a developmental phase* »²⁷ qui définit la parentalité comme un « *processus de développement psychoaffectif commun aux deux géniteurs du fait de la conception d'un enfant* ». Pour elle, le fait de devenir parent « *n'est ni une donnée biologique ni une donnée sociale, mais le fruit d'un processus complexe de maturation psychologique* »²⁸.

Ce concept fut peu connu jusqu'en 1980 où des psychologues et sociologues s'inquiétèrent des nouvelles configurations familiales²⁹ (homoparentalité, monoparentalité...).

La définition de la parentalité a beaucoup évolué au fil du temps et varié selon les différents domaines d'activité. En effet la définition est différente selon les psychologues, sociologues et juristes.

En 1999, Didier Houzel, pédopsychiatre et psychanalyste français, tente de réunir toutes les disciplines afin de créer une définition commune en se basant sur trois axes d'exercice³⁰ :

- L'exercice juridique et social de la parentalité qui correspond à l'ensemble des droits et devoirs qu'à un parent envers son enfant. On peut lier cette notion à celle

²⁷ Sellenet, C. Etre parents aujourd'hui : un jeu d'enfants ? [en ligne]. Toulouse : Erès, 2014. p. 16. (Consulté le 2/01/2020). Disponible sur : <<https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/etre-parents-aujourd-hui-un-jeu-d-enfants--9782749242606-page-15.htm>>

²⁸ Colson, S., Gassier, J., Saint-Sauveur, C. *Guide de la puéricultrice*. 4^{ème} éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2016. p.147.

²⁹ Formarier, M., Jovic, L. *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} éd. Paris : ARSI, 2012. p. 231.

³⁰ Le Guillou, G. Le soutien à la parentalité, une affaire d'Etat. *Métiers de la petite enfance*, octobre 2018, volume 24, n° 262, p. 23-25.

de « l'autorité parentale » qui, selon l'article 371-1 du Code civil, correspond à « un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant »³¹.

- L'expérience subjective de la parentalité qui correspond aux remaniements psychiques et aux affects éprouvés par le parent pour son enfant.
- La pratique de la parentalité qui correspond aux actions, tâches et rôles accomplis par le parent envers son enfant.

A ce jour, Catherine Sellenet, professeur en sciences de l'éducation, a revu la définition de la parentalité en prenant en compte tous les remaniements familiaux et facteurs influençant le processus. Elle le définit donc comme « l'ensemble des droits et des devoirs, des réaménagements psychiques et des affects, des pratiques de soin et d'éducation, mis en œuvre pour un enfant par un parent (de droit ou électif), indifféremment de la configuration familiale choisie »³².

Selon Didier Houzel, « Ce que veut souligner le concept de parentalité, c'est qu'il ne suffit ni d'être géniteur ni d'être désigné comme parent pour en remplir toutes les conditions, encore faut-il « devenir parent », ce qui se fait à travers un processus complexe impliquant des niveaux conscients et inconscients du fonctionnement parental »³³. Cela m'a amené à m'intéresser au processus de parentalité.

4.1.2 Processus de parentalité

Comme le disait F. Dolto, « on ne naît pas parent, on le devient ». En effet, le processus de parentalité est un travail constant de la part des parents afin de « devenir parent ».

Il n'est pas le même chez l'homme et chez les femmes, car l'homme ne vit pas la grossesse de façon aussi rapprochée que la mère³⁴. C'est pour cela qu'ont été inventés les termes « *maternalité* » et « *paternalité* ».

³¹ France. Code civil. Loi n°70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006136194&cidTexte=LEGITEXT000006070721>>

³² Sellenet, C. *La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept*. Paris : l'Harmattan, 2007. p. 60.

³³ Sellenet, C. *La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept*. Paris : l'Harmattan, 2007. p. 11.

³⁴ Landais, M. Devenir parents : compétences et adaptations des adultes. *Vocation sage-femme*, septembre 2013, volume 12, n°104, p. 14-16.

J'ai cependant choisi, lors de ce travail, de ne parler que du processus s'élaborant chez la mère.

D'après les psychologues, le processus de parentalité commence, chez la mère avant la grossesse s'il y a un désir d'enfant ou bien durant celle-ci³⁵.

Il se décline en 3 étapes³⁶ :

- Dans un premier temps, la maman ne visualise pas encore son enfant même si elle se dit « être enceinte ».
- Dans un second temps, le ventre s'arrondit, la maman visualise l'enfant par échographie, le sent bouger et commence à réaliser que cela est « concret ». Elle commence à « s'imaginer » son enfant parfois même à « l'idéaliser ».
- Dans un troisième temps, la mère se prépare à la séparation avec son enfant, car l'accouchement approche.

Toutes ces étapes permettent à la mère d'avancer dans son processus de parentalité.

Cependant, la parentalité ne se développe pas de la même manière chez chacune des mères et peut parfois être perturbée par différents facteurs venant interférer dans le processus (sociaux, culturels, matériels, économiques...). Les psychologues expliquent que la parentalité est « *surtout une affaire de désir, un processus psychique qui peut ou non devenir pathologique en fonction de l'histoire antérieure de chacun ou d'une rencontre impossible entre l'enfant du dedans et le bébé actualisé en postnatal* »³⁷.

Il est donc du rôle de la puéricultrice de soutenir les mères.

4.1.3 Le soutien à la parentalité

Comme vu précédemment, la notion de parentalité est différente selon les professionnels. Dans chacune des disciplines, la notion de risque est retenue. Pour les psychologues³⁸, le

³⁵ Rosenblum, O., Genty, M., Vinay, A., et al. Réflexions autour du processus de parentalité : quelles étapes et quelles spécificités dans l'adoption ? *Pratiques psychologiques*, mars 2014, volume 20, n°1, p. 23.

³⁶ Sergent, B. Cours : la prématurité : retentissements et accompagnement des parents, de la fratrie. Lomme : Ifsanté.

³⁷ Sellenet, C. *La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept*. Paris : l'Harmattan, 2007. p. 13.

³⁸ Sellenet, C. *La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept*. Paris : l'Harmattan, 2007. p. 14.

processus de parentalité peut être entravé par les difficultés personnelles de la mère alors que pour les sociologues, c'est la situation sociale de la maman qui peut impacter sa parentalité.

Pour y pallier, différents moyens ont été mis en place afin de « *renforcer, réparer voire restaurer la fonction parentale* »³⁹ comme :

- Les réseaux d'écoute et d'aide aux parents (REAP)⁴⁰ permettant des échanges entre parents, mais aussi avec des professionnels qualifiés.
- La loi du 5 mars 2007, relatif à la protection de l'enfance. Elle a permis d'instaurer un entretien d'échanges au 4^e mois de grossesse pour toutes les femmes enceintes⁴¹ afin de verbaliser d'éventuelles difficultés. Suite à cet entretien, des actions d'accompagnement peuvent être assurées à domicile par le pédiatre, la sage-femme ou la puéricultrice.
- La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) pour accompagner les parents tout au long de la grossesse et les préparer à l'arrivée du bébé.
- Les visites de la PMI lors du retour à domicile afin d'effectuer un suivi et répondre aux éventuelles questions des parents.
- Les points info famille (PIF)⁴² qui ont été créés en 2003. Ils aident les familles dans leurs démarches quotidiennes et leur donnent accès à diverses informations.

L'environnement familial, économique et matériel peut avoir un impact sur le développement des compétences parentales ainsi que sur le développement de l'enfant. Le soutien à la parentalité permet alors de sécuriser les parents et de prévenir les troubles psychoaffectifs chez l'enfant⁴³. Il est dit dans le guide pratique de protection de l'enfance qu'« *une grossesse vécue dans la difficulté, l'isolement, peut compliquer l'accueil de l'enfant et produire des troubles de la relation future parent-enfant* ».

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ministère des solidarités et de la santé. Les Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement [en ligne]. (Consulté le 2/01/2020). Disponible sur : <<https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/famille-enfance/dispositifs-d-aides-aux-familles/article/les-reseaux-d-ecoute-d-appui-et-d-accompagnement>>

⁴¹ Ministère des solidarités et de la santé. Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent [en ligne]. (Consulté le 2/01/2020). Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_prevention_3_BAT-2.pdf>

⁴² Vie Publique. En quoi le soutien à la parentalité consiste-t-il ? [en ligne]. (Consulté le 2/01/2020). Disponible sur : <<https://www.vie-publique.fr/fiches/37956-politiques-de-soutien-la-parentalite>>

⁴³ UNAF. La politique de soutien la parentalité : avec et pour les parents [en ligne]. (Consulté le 3/01/2020). Disponible sur : <https://www.unaf.fr/IMG/pdf/dossier_d_analyse_soutien_a_la_parentalite_27_dec_.pdf>

La puéricultrice a donc un rôle d'accompagnement envers les parents dans leurs processus de parentalité afin de prévenir ses situations à risque.

4.2 L'accompagnement

4.2.1 Définition

Le terme d'accompagnement est défini par le dictionnaire « Le Petit Robert » comme « *se joindre à quelqu'un, pour aller où il va, en même temps que lui* »⁴⁴.

Cependant, Maela Paul, chargée d'enseignement à l'université, exprime dans son livre « l'accompagnement dans le champ professionnel » le fait qu'il n'y ait pas de mode uniforme dans l'accompagnement, car il s'agit à la fois d'une posture et d'une fonction. Elle explique que ces deux termes renvoient à une « *relation et une démarche, qui pour être spécifiques n'en sont pas moins vouées à devoir s'adapter à chaque contexte et chaque matrice relationnelle* »⁴⁵.

Ainsi, il n'existe pas un seul accompagnement, mais bien différentes formes d'accompagnement selon les personnes qu'il convient d'accompagner.

4.2.2 Les différents types d'accompagnement

Selon Maela Paul, l'accompagnement se développe comme une « nébuleuse » de différentes pratiques⁴⁶ telles que :

- Le tutorat qui consiste en l'instauration d'une relation entre l'apprenti et son tuteur (professionnel expérimenté) dans le cadre d'une formation professionnelle. Il permet à l'apprenti de comprendre les spécificités de son futur métier ainsi que les dispositifs mis en place au sein de son entreprise.

⁴⁴ Formarier, M., Jovic, L. *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} éd. Paris : ARSI, 2012. p. 42.

⁴⁵ Paul, M. L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs*, 2009, volume 2, n°20, p.13.

⁴⁶ Paul, M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherches en soins infirmiers* [en ligne], 2012, volume 3, n°110, p13-20. (Consulté le 28/3/2020). Disponible sur <<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm>>

- Le mentoring qui correspond à l'accompagnement d'un plus jeune par une personne plus âgée afin de l'aider à entrer dans la vie adulte.
- Le compagnonnage qui réunit des personnes faisant le même métier afin de partager les savoirs et les pratiques.
- Le sponsoring qui est associé parfois à la notion de « parrainage » a pour fonction de soutenir son partenaire et de faciliter les relations. Il est souvent utilisé pour aider les jeunes en recherche d'emploi à avoir des relations avec le milieu professionnel qu'il vise.
- Le coaching qui correspond à une demande d'aide de la part du professionnel dans l'exercice de son métier afin d'adapter son comportement ou son mode de pensée dans certaines situations.
- Le counselling qui consiste à aider, conseiller, guider, assister une personne. L'association « European Association for Counselling »⁴⁷ le définit comme « *un processus d'apprentissage interactif qui, au terme d'un accord mutuel, s'instaure entre un ou plusieurs counselors et un ou plusieurs clients [...]. Il permet d'appréhender de façon holistique les problèmes sociaux, culturels, économiques, émotionnels des personnes et de les aider à suivre les voies qu'elles se sont elles-mêmes tracées* ».

Carl Rogers, psychologue humaniste, stipule dans son livre « *Counselling and Psychotherapy* » que cela recouvre « *des entretiens d'aide ou de conseil centrés sur la personne et ses problèmes psychosociaux* ». Cette idée d'« *entretiens d'aide* » rejoint aussi la notion de « *relation d'aide* » qu'il définit dans son livre « *le développement de la personne* ».

Le conseil ou « counselling » semble être la façon d'accompagner la mère toxicomane la plus adaptée. Cependant, je souhaite continuer mes recherches sur la relation d'aide, car elle rejoint cette notion.

4.2.3 La relation d'aide et les attitudes

Carl Rogers définit la « *relation d'aide* » comme « *des relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le*

⁴⁷ Formarier, M., Jovic, L. *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} éd. Paris : ARSI, 2012. p. 134.

développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie »⁴⁸.

Elle se base sur 4 attitudes⁴⁹ :

- L'empathie : selon Carl Rogers, c'est « percevoir le cadre de référence interne d'autrui, aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si »⁵⁰. Cela correspond donc au fait de pouvoir comprendre le patient sans s'imprégner de ses émotions.
- L'écoute active : selon Philippe Kaepelin, psychosociologue, « l'écoute devient active avec la parole et la parole en devenant écoutante (c'est-à-dire questionnante, reformulante, encourageante, facilitante pour le locuteur) se fait entendre. [...] Ce qu'il est convenu d'appeler écoute active correspond en fait, à une écoute parlante »⁵¹. Le patient se sent alors écouté et soutenu.
- Le non-jugement ou « considération positive inconditionnelle » : c'est « éprouver un réel et profond respect, ressentir vraiment des sentiments positifs vis-à-vis de l'autre sans crainte, quels que soient ses sentiments, éprouver de la confiance face aux capacités de l'autre à résoudre ses propres problèmes »⁵². Le fait que le patient ne se sente pas jugé ou ne se retrouve pas face à une personne moralisante, évite de mettre un obstacle dans l'instauration de la relation.
- La congruence ou encore « l'authenticité » : elle correspond à « un processus d'acceptation de soi, favorisant l'expression réelle de soi-même et, à travers cette dynamique, qui permet la rencontre réelle avec autrui »⁵³. Carl Rogers précise cela en expliquant que « le changement de la personne se trouve facilité lorsque le thérapeute est ce qu'il est »⁵⁴. La congruence du soignant incite le soigné à l'être également permettant ainsi d'instaurer une relation d'aide constructive.

⁴⁸ Paillard, C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3^{ème} éd. Noisy-le-grand : Sètes, 2016. P 365.

⁴⁹ Argenty, J., Maufoux-Immergout, R. *Précis de soins relationnels*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2012. p. 56-57.

⁵⁰ Formarier, M., Jovic, L. *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} éd. Paris : ARSI, 2012. p. 168.

⁵¹ Formarier, M., Jovic, L. *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} éd. Paris : ARSI, 2012. p. 311.

⁵² Argenty, J., Maufoux-Immergout, R. *Précis de soins relationnels*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2012. p. 61-63.

⁵³ Schneider-Harris, J. *Counselling centré sur la personne et non directif et la relation soignant-soigné. Recherches en soins infirmiers*, [en ligne], 2007, volume 2, n°89, p. 53. (Consulté le 29/3/2020). Disponible sur : <<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-52.htm>>

⁵⁴ Paillard, C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3^{ème} éd. Noisy-le-grand : Sètes, 2016. p.366.

Concernant l'attitude, selon Doron et Parot, professeurs de psychologie à l'université, elle qualifie « *une disposition interne de l'individu vis-à-vis d'un élément du monde social orientant la conduite qu'il adopte en présence, réelle ou symbolique de cet élément* »⁵⁵.

Zanna et Rempel, psychologues et sociologues, expliquent que l'attitude s'articule autour de 3 composantes⁵⁶ :

- La composante cognitive : elle représente l'opinion de la personne à propos de la situation et donc le rapport entre ce qu'elle perçoit et ses propres valeurs.
- La composante affective : elle est associée aux affects, émotions que la situation suscite chez la personne
- La composante conative : elle correspond à la volonté de la personne de vouloir agir de façon favorable ou non face à la situation.

La relation d'aide et les attitudes sont étroitement liées et favorisent une prise en charge adaptée du patient. Cependant, cela peut parfois se mêler aux propres affects du soignant et c'est à ce moment-là qu'il établit une juste distance.

4.2.4 La juste distance dans l'accompagnement

Edward T. Hall a défini la notion de « proxémie » afin de comprendre et décrire les différentes variations de la distance dans les relations. Selon lui, il existe 4 catégories de distance⁵⁷ :

- La distance intime qui concerne les sens comme l'ouïe, l'odorat et le toucher. Elle peut parfois être franchie par le soignant lors des soins, et être ressentie comme une intrusion chez le patient, c'est pour cela que le soignant lui demande s'il peut effectuer le soin.
- La distance personnelle qui intervient lors d'une communication personnelle avec le patient. Le soignant instaure alors une relation de confiance afin d'aider le soigné à verbaliser son ressenti et à se confier.

⁵⁵ Formarier, M., Jovic, L. *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} éd. Paris : ARSI, 2012. p. 81.

⁵⁶ Formarier, M., Jovic, L. *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} éd. Paris : ARSI, 2012. p. 82.

⁵⁷ Michon, F. Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. *Soins*, mars 2013, volume 58, n°773, p. 32.

- La distance sociale qui correspond à une simple discussion avec des collègues ou amis sans emprise de l'un sur l'autre.
- La distance publique qui est adoptée en société. Elle est impersonnelle.

Connaitre ces différentes distances et être en mesure de les repérer permet au soignant de créer une relation d'aide tout en y associant une juste distance.

Cependant, comme le dit Catherine Mercadier, sociologue, dans son livre « le travail émotionnel des soignants à l'hôpital », « *la maîtrise émotionnelle est une obligation implicite, intériorisée par le soignant au cours de sa socialisation professionnelle* »⁵⁸. Ce sentiment d'obligation peut parfois mettre en difficulté le soignant face à certaines situations et de ce fait, rendre complexe l'intégration de la notion de juste distance. En voulant maîtriser ses émotions, le soignant risque de basculer « *dans une distance hyperdéfensive* » provoquant une froideur relationnelle, une banalisation de la maladie et de la souffrance « *au risque d'en oublier l'attitude humaniste nécessaire de son métier* »⁵⁹. Or, « *le soignant, pour prendre soin de l'autre, doit accepter que ces émotions fassent partie intégrante de sa personnalité et doit les légitimer. Il fait alors preuve « d'intelligence émotionnelle » en reconnaissant lui-même ses propres émotions et en les maîtrisant* »⁶⁰.

Pour finir, selon Florence Michon, cadre de santé, « *être dans la juste distance est avant tout une question de dosage, ni trop, ni trop peu* ».

La juste distance permet donc d'équilibrer l'implication émotionnelle du soignant suite à la situation rencontrée.

Face à une mère toxicomane, différents facteurs peuvent influencer l'instauration de la relation d'aide et ainsi avoir un impact sur l'accompagnement du soignant notamment ses représentations sociales.

⁵⁸ Mercadier, C. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan, 2008. p. 213.

⁵⁹ Paillard, C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3^{ème} éd. Noisy-le-grand : Sètes, 2016. p. 156.

⁶⁰ Michon, F. Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. *Soins*, mars 2013, volume 58, n°773, p. 33.

4.3 Les représentations sociales

4.3.1 Définitions

Ce concept a été introduit par E. Durkheim, sociologue, en 1898.

Il a ensuite été repris par de nombreux auteurs de diverses disciplines telles que la psychologie, sociologie...

A partir des années 1960, S. Moscovici, psychologue social, reprit ce concept pour en donner une définition : « *la représentation sociale est une modalité de connaissance particulière ayant pour fonction l'élaboration des comportements et la communication des individus* »⁶¹.

Puis, Denise Jodelet⁶², directrice adjointe du laboratoire de psychologie sociale, a défini les représentations sociales comme « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* ».

Enfin, Jean-Claude Abric, professeur de psychologie sociale, la définit comme « *un ensemble organisé d'informations, d'opinions, d'attitudes et de croyances à propos d'un objet donné. Socialement produite, elle est fortement marquée par des valeurs correspondant au système socio-idéologique et à l'histoire du groupe qui la véhicule pour lequel elle constitue un élément essentiel de sa vision du monde* »⁶³.

D'après lui, la représentation sociale possède deux composantes qui se complètent l'une avec l'autre :

- Le noyau central qui constitue la base, les normes communes à un groupe qui partagent les mêmes idées sur le sujet. Il assure la permanence de la représentation sociale, car elle est composée d'éléments stables et non négociables.
- Le système périphérique, quant à lui, complète le noyau central, mais il est composé d'éléments instables et négociables qui le rendent plus flexible. Il permet

⁶¹ Paillard, C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3^{ème} éd. Noisy-le-grand : Sètes, 2016. p. 370.

⁶² Jodelet, D. *Les représentations sociales*. 7^{ème} éd. Paris : Presse Universitaire de France, 2003. p. 53.

⁶³ Abric, J-C. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. 2^{ème} éd. Toulouse : Erès, 2005. p. 59.

donc « *l'adaptation de la représentation à des contextes sociaux variés* »⁶⁴ en fonction du vécu des individus.

Il y associe 4 fonctions⁶⁵ :

- La fonction identitaire : elle définit l'identité sociale de chaque individu en y conservant les spécificités du groupe social auquel il appartient. Elle est liée au processus de socialisation.
- La fonction de savoir : elle permet d'acquérir des connaissances pouvant ensuite être utilisées dans le but de comprendre la réalité.
- La fonction d'orientation : elle est engendrée par le groupe d'individus auquel on appartient. « *Les représentations sociales créent des relations avec d'autres personnes fonctionnant dans le même sens et engendrent une attitude, un dialogue et des opinions communes* »⁶⁶.
- La fonction justificatrice : elle est directement liée aux trois fonctions vues précédemment et permet de justifier nos choix et nos actes.

Selon les différents auteurs, il en ressort que la représentation sociale d'un individu varie selon plusieurs facteurs : le groupe auquel il appartient, le contexte socio-économique dans lequel il évolue, mais aussi selon ses connaissances sur les différents sujets/objets. Elle guide l'individu sur sa façon de définir les différents aspects de sa vie, de les interpréter, d'en prendre position afin de les défendre et de se créer son identité sociale.

Les soignants ont chacun, en tant qu'individu, leurs propres représentations sociales pouvant parfois mener à des préjugés et des stéréotypes. C'est donc grâce au système périphérique de la représentation qu'ils peuvent adapter leur comportement face à un patient ou parent d'un patient.

⁶⁴ Moliner, P., Guimelli, C. *Les représentations sociales*. Grenoble : Presse Universitaire de Grenoble, 2015. p. 29.

⁶⁵ Paillard, C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3^{ème} éd. Noisy-le-grand : Sètes, 2016. p. 370.

⁶⁶ Ibid.

4.3.2 Les préjugés et stéréotypes

Selon le Larousse⁶⁷, le préjugé est « *un jugement sur quelqu'un, quelque chose, qui est formé à l'avance...* ».

Le stéréotype est, quant à lui, « *une idée, opinion toute faite, acceptée sans réflexion et répétée sans avoir été soumise à un examen critique, par une personne ou un groupe, et qui détermine, à un degré plus ou moins élevé, ses manières de penser, de sentir et d'agir* »⁶⁸.

Pierre Mannoni, explique que, certains faits ou situations peuvent parfois mener à l'élaboration « *d'image* »⁶⁹ qui est constituée « *par un jugement pré-élaboré* » que l'on retrouve chez les individus d'un même groupe social. Chaque membre du groupe sait donc à quoi s'en tenir lorsqu'il est face à la situation et « *n'a pas besoin de chercher de justification ni d'explication pour l'admettre* ». Ces réactions mènent parfois alors à des préjugés et stéréotypes.

Les soignants n'en sont pas épargnés et doivent, durant leur poste, prendre en charge de nombreux patients ayant parfois des comportements qui ne sont pas en adéquation avec leurs propres représentations et qui mènent à des préjugés ou stéréotypes. Cela peut être le cas par exemple pour une mère toxicomane.

4.3.3 La représentation sociale de la mère toxicomane dans la société

En France, la consommation d'alcool ou de tabac est licite. Nous pouvons en trouver dans différents points de vente. Elle est, de ce fait, associée à une consommation normalisée et codifiée.

En revanche, les drogues telles que le cannabis, l'héroïne... sont illicites sur le territoire Français et sont souvent associées à d'autres termes tels que « *délinquance, prison,*

⁶⁷ Larousse. Dictionnaire [en ligne]. (Consulté le 3/04/2020). Disponible sur : <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9jug%C3%A9/63519>>

⁶⁸ CNRTL. Dictionnaire [en ligne]. (Consulté le 3/04/2020). Disponible sur : <<https://www.cnrtl.fr/definition/st%C3%A9r%C3%A9otype>>

⁶⁹ Mannoni, P. *Les représentations sociales*. 4^{ème} éd. Paris : Presse Universitaire de France, 2006. p. 23.

*danger, faiblesse... »*⁷⁰. Leur consommation ou leur vente sont considérées comme un délit. Ce cadre législatif donne l'image du consommateur comme une personne marginalisée, révoltée et en rupture avec la société. Les toxicomanes sont ainsi perçus comme « *des êtres à part dans un monde à part* »⁷¹. Tout ceci faisant partie des représentations sociales d'une partie de la société.

Les mères peuvent également être atteintes de toxicomanie. Selon l'article de Laurence Simmat, sociologue, intitulé « *la mère toxicomane au carrefour des normes et des sanctions* »⁷², elles sont au carrefour de 4 normes :

- La norme pénale, car l'usage de stupéfiants est interdit. Les femmes toxicomanes sont moins repérées par les institutions et, de ce fait, moins condamnées, car la consommation est souvent associée aux hommes. Cependant, lorsqu'il s'agit de femme enceinte ou d'une mère, la loi est plus sévère puisqu'elle est « *susceptible de porter atteinte au fœtus ou à l'enfant* »⁷³ et ceux, même dans les pays où la consommation de stupéfiants est autorisée. De plus, les mères ont souvent la crainte d'un placement de leur enfant par la justice suite à leur consommation. En effet, elles font l'objet d'une attention particulière des services sociaux, et ceci parfois dès la naissance de l'enfant d'autant plus en cas de précarité sociale, psychologique et sans traitement substitutif chez la mère⁷⁴. A cela s'ajoute le fait qu'elle est souvent perçue comme « *empoisonnant son fœtus* »⁷⁵ ce qui n'est pas compatible avec le rôle de « *la mère protégeant son enfant* » surtout vis-à-vis des services sociaux qui ont pour objectifs le bien-être et la sécurité de l'enfant.
- La norme sociale, car la maternité et la naissance de l'enfant sont devenues, dans les cultures occidentales, des moments idéalisés, « *magiques* » suite à la diminution du taux de natalité. Les femmes enceintes toxicomanes enfreignent donc les normes correspondant à la « *bonne mère* » de par leur consommation

⁷⁰ Spahn, C. Addictions et périnatalité : quels enjeux ? *Vocation sage-femme*, mai 2010, volume 9, n°82, p.16-17.

⁷¹ Ibid.

⁷² Simmat-Durand, L. La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Médecin et hygiène*, 2007, volume 31, n°3, p. 307-308.

⁷³ Ibid.

⁷⁴ Rosenblum, O. Les enfants et leurs parents toxicomanes. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, octobre 2000, volume 13, n°7, p. 409-410.

⁷⁵ Simmat-Durand, L. La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Médecin et hygiène*, 2007, volume 31, n°3, p. 310.

illicite, mais aussi par le non-suivi médical de leur grossesse pouvant porter atteinte à l'enfant.

- La norme de genre, car dans la société, les problèmes de toxicomanie sont plus souvent associés aux hommes qu'aux femmes. Dès lors qu'il s'agit d'une femme en mesure d'enfanter, elle est immédiatement associée à un risque pour son devenir en tant que future mère et non en tant que femme. De plus, selon les normes de notre société, la mère est dans le devoir, en tant que « *bonne mère* » de trouver le père idéal pour ses enfants. Or, dans la plupart des cas, le père est aussi dépendant des drogues avec parfois une violence associée. Cependant, « *les autorités chargées de la protection de l'enfance tiennent de plus en plus fréquemment les femmes pour responsables d'avoir mis leurs enfants en danger en maintenant une relation où les enfants peuvent être témoins de violences* »⁷⁶. Cela démontre que la femme est souvent la seule à être tenue responsable du bien-être physique et psychique de son enfant, cela lui ajoute une pression supplémentaire autour de son comportement et de sa consommation.
- La norme médicale correspond au suivi de la grossesse et aux différentes visites obligatoires qui ne sont souvent pas honorées par les mères toxicomanes. Cette absence de suivi peut s'expliquer par la découverte tardive de la grossesse, souvent due à une aménorrhée provoquée par les substances consommées. A cela, s'ajoute la difficulté pour ces femmes de faire face aux représentations des soignants.

4.3.4 Les représentations sociales des soignants vis-à-vis de la mère toxicomane

Concernant le soignant, il est nécessaire de prendre en compte qu'il est un individu à part entière avec ses propres représentations sociales à propos de différents sujets notamment celui de la toxicomanie.

Lors de l'exercice de son métier, le soignant adapte sa prise en soin en fonction de la pathologie du soigné, mais aussi selon son contexte de vie. Néanmoins, quand il s'agit de

⁷⁶ Simmat-Durand, L. La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Médecin et hygiène*, 2007, volume 31, n°3, p. 315.

personne allant à l'encontre de ses propres représentations, il peut parfois être face à différentes difficultés de prise en soin. Cela peut se traduire par⁷⁷ :

- Le rejet qui correspond à une attitude de peur, de mépris et parfois même de dégoût envers le patient toxicomane qui est perçu par le soignant comme un délinquant, un marginal et non pas comme une personne malade, en souffrance.
- La fascination du soignant pour cet usager des drogues qui transgressent les lois, prend des risques... Cette attitude est susceptible de mener le soignant à mettre la relation thérapeutique de côté et se baser sur l'affect. Cela peut pousser le patient à fuir ou au contraire se mettre en position de faiblesse pour garder ce lien avec le soignant.
- Le sentiment d'échec et d'inutilité de la part du soignant lorsque la personne prise en soin rechute après une tentative de sevrage. Ceci ne correspond pas au désir du soignant qui est de le « guérir » et provoque alors en lui ce sentiment.
- La peur du comportement de l'usager des drogues qui est souvent vu comme peu conciliant et qui parfois amène à une confrontation avec le soignant. Il doit alors à la fois être aidant, mais aussi reposer le cadre de fonctionnement de la structure.
- Le manque d'expérience qui peut être un frein à la prise en charge de la personne toxicomane. En effet, les soignants n'ont pas forcément suivi de formation concernant les addictions et la prise en charge des personnes consommant des drogues.
- Le manque de temps qui rend difficile la mise en place d'une relation avec le soigné.

Nous pouvons donc constater que l'accompagnement de la mère toxicomane et de son enfant peut parfois s'avérer difficile pour le soignant. Je me demande alors, comment y arrive-t-il ?

⁷⁷ Spahn, C. Addictions et périnatalité : quels enjeux ? *Vocation sage-femme*, mai 2010, volume 9, n°82, p.17.

5. Les hypothèses

Au début de l'écriture de mon travail, j'ai rédigé une question de départ qui était : **En quoi la puériculture accompagne-t-elle la mère toxicodépendante dans son processus de parentalité ?**

Suite à mes recherches, j'ai ainsi émis deux hypothèses que je souhaiterais confronter aux dires des professionnels lors de mes entretiens :

- L'expérience professionnelle permet de faire évoluer les représentations sociales autour de la toxicomanie et facilite ainsi l'accompagnement.
- Le conseil est privilégié dans l'accompagnement du processus de parentalité par la puéricultrice.

6. L'enquête

6.1 L'outil d'enquête

Afin de continuer mon travail de recherches et confronter mes idées à celles de professionnels, j'ai eu la possibilité de choisir entre l'élaboration d'un questionnaire ou d'une grille pour effectuer des entretiens.

Pour permettre au professionnel d'être libre d'expression, j'ai souhaité faire des entretiens. En effet, le questionnaire risquait d'enfermer le professionnel dans des réponses pré-élaborées et ceci n'est pas le but de ma démarche.

C'est ce que précisent Alain Blanchet et Anne Gotman dans leur livre « l'enquête et ses méthodes : l'entretien » en expliquant que « *l'enquête par entretien est une technique qui s'impose lorsqu'on veut aborder certaines questions, et une démarche qui soumet le questionnement à la rencontre, au lieu de le fixer d'avance* »⁷⁸.

⁷⁸ Blanchet, A., Gotman, A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. 2^{ème} éd. Paris : Armand Colin, 2007. p. 18.

Il existe différents types d'entretien⁷⁹ : directif, libre ou semi-directif. C'est ce dernier que j'ai choisi d'utiliser pour mon enquête sur le terrain. En effet, je trouvais celui-ci plus adapté à ma volonté d'avoir les réponses à mes questions tout en laissant le professionnel s'exprimer librement.

6.2 Objectifs des questions

Lors de l'élaboration de ma grille d'entretien, j'ai souhaité écrire des questions ouvertes, car « *une bonne dynamique d'entretien nécessite des questions ouvertes* »⁸⁰. J'ai également fait attention à l'écriture de mes questions en utilisant des mots simples, en évitant les négations, mais aussi en faisant attention à ne pas induire les réponses aux questions, car « *une réponse peut être considérée comme induite lorsque son contenu est influencé par les termes utilisés dans le libellé de la question* »⁸¹. J'ai donc élaboré une grille d'entretien composée de 12 questions ouvertes, dont 7 de relances.

Questions	Objectifs
Bonjour, pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme ? <u>Relance</u> : Depuis combien de temps exercez-vous en néonatalogie ?	L'objectif de cette question est de connaître l'expérience professionnelle des personnes interrogées. Lors de mon analyse, elle me permettra de voir s'il y a une corrélation entre les années d'exercices et le travail des professionnels sur leurs représentations sociales.
Selon vous, qu'est-ce que la toxicomanie ?	Cette question permet de voir si les professionnels ont des connaissances sur le sujet. Elle rejoint également la question précédente sur l'expérience professionnelle.

⁷⁹ Debout, C. Les méthodes de recueil des données de recherche, l'entretien. *Soins*, avril 2016, volume 61, n°804, p. 59-61.

⁸⁰ Sauvayre, R. Les méthodes de l'entretien en sciences sociales [en ligne], 2013, p. 1-47. (Consulté le 7/04/2020). Disponible sur : <<https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/les-methodes-de-l-entretien-en-sciences-sociales--9782100579709-page-1.htm#pa3>>

⁸¹ Fenneteau, H. *Enquête : entretien et questionnaire*. 3^{ème} éd. Paris : Dunod, 2015. p. 88.

<p><u>Relance</u> : Avez-vous eu une formation en addictologie ?</p>	
<p>Pourriez-vous me raconter une situation d'accompagnement que vous avez rencontré avec une mère toxicomane ?</p> <p><u>Relance</u> :</p> <p>Comment avez-vous abordé la maman ? En quoi cela était différent d'un autre accompagnement ?</p> <p>En rencontrant plusieurs fois la situation, est-ce-que les choses ont changé pour vous ?</p>	<p>Cette question a pour but de prendre connaissance du positionnement et de la posture de la puéricultrice dans sa relation avec une mère toxicomane.</p> <p>Cette question permet de voir si le fait de rencontrer à plusieurs reprises cette situation fait évoluer ses représentations sociales et sa façon d'accompagner la mère toxicomane.</p>
<p>Qu'est-ce que vous observez le plus dans la relation entre la mère et l'enfant ?</p> <p><u>Relance</u> :</p> <p>Comment interagissez-vous à ce moment-là ?</p> <p>Comment voyez-vous votre rôle dans la relation entre la mère et l'enfant ?</p>	<p>Cette question a pour objectif de comprendre l'impact de la toxicomanie sur la relation mère-enfant, mais aussi la relation mise en place par la puéricultrice pour accompagner la mère dans son processus de parentalité.</p>
<p>Avez-vous d'autres choses à ajouter en rapport avec l'accompagnement à la parentalité de la mère toxicodépendante par la puéricultrice ?</p>	<p>Cette question permet au professionnel de s'exprimer sur le sujet si des choses n'ont pas été abordées durant l'entretien.</p>

6.3 Echantillonnage

Afin d'effectuer mes entretiens, j'ai tout d'abord choisi les personnes que j'allais interroger. En effet, « *définir la population, c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger, et à quel titre ; déterminer les acteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose* »⁸².

J'ai donc souhaité réaliser mes entretiens auprès de puéricultrices ayant déjà travaillé en néonatalogie ou travaillant actuellement dans ce service. Cependant, ma première hypothèse rejoignant le thème de l'expérience, j'ai également interrogé des professionnels ayant moins d'expérience.

J'ai eu la possibilité d'effectuer 3 entretiens en service de maternité avec des puéricultrices ayant travaillé en néonatalogie puis 2 entretiens par appel téléphonique et visioconférence avec des puéricultrices travaillant en néonatalogie actuellement.

J'ai ainsi interrogé :

- Une Puéricultrice Diplômée d'Etat (PDE) que l'on nommera PDE 1 qui est diplômée depuis septembre 2019 et travaille en néonatalogie depuis 6 mois⁸³.
- Une puéricultrice que l'on nommera PDE 2 qui est diplômée depuis septembre 2019 et travaille en néonatalogie depuis 10 mois.
- Une puéricultrice que l'on nommera PDE 3 qui est diplômée depuis décembre 2014 et qui a travaillé 2 ans en néonatalogie.
- Une puéricultrice que l'on nommera PDE 4 qui est diplômée depuis décembre 2009 et qui a travaillé 8 ans en néonatalogie.
- Une puéricultrice que l'on nommera PDE 5 qui est diplômée depuis décembre 2007 et qui a travaillé 15 ans en néonatalogie.

⁸² Blanchet, A., Gotman, A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. 2^{ème} éd. Paris : Armand Colin, 2007. p. 46-47.

⁸³ Cf. Annexe III.

6.4 Contexte des entretiens

Au vu de la crise sanitaire, nous avons eu l'autorisation d'effectuer des entretiens par téléphone ou visioconférence.

Mon premier entretien a donc eu lieu par visioconférence. Nous n'avons pas eu de problème particulier lors de la mise en route de la conversation. En revanche, nous avons eu quelques coupures de connexion lors de l'entretien.

Mon second entretien s'est déroulé par appel téléphonique. Nous n'avons pas eu de difficulté à communiquer verbalement. Cependant, au vu du contexte, la communication non verbale était rompue. Or, durant mes entretiens, j'apprécie le fait de pouvoir regarder la personne afin de lui montrer l'intérêt que je porte à ces propos, mais aussi d'analyser ces expressions faciales qui parfois reflètent ses émotions et ressentis.

Mes trois autres entretiens se sont déroulés en service de maternité, dans la salle de pause. Nous avons été interrompus durant l'un d'entre eux par une personne entrant dans la salle, mais elle en est ressortie de suite puis ensuite par un téléphone qui sonnait.

Ayant donc réalisé des entretiens sous différentes formes, j'ai pu remarquer que les professionnelles étaient plus à l'aise dans la discussion lorsqu'elles étaient chez elle que sur leur lieu de travail. Comme l'explique Hervé Fenneteau, sociologue, « *le lieu de l'entretien est important, car il est porteur de significations : l'endroit où se déroule l'entretien induit des préoccupations qui apparaissent dans le discours de l'interviewé* »⁸⁴. Sur leur lieu de travail, les puéricultrices étaient parfois préoccupées par d'autres problèmes au sein du service malgré le temps qu'elles m'ont gentiment accordé.

J'ai effectué mes entretiens avec un dictaphone. J'ai ainsi pu me concentrer à écouter les professionnelles plutôt qu'à prendre des notes. Au préalable, je leur ai demandé l'autorisation d'enregistrer et elles ont toutes accepté.

Ces enregistrements m'ont permis de retranscrire chaque entretien afin de les exploiter.

⁸⁴ Fenneteau, H. *Enquête : entretien et questionnaire*. 3^{ème} éd. Paris : Dunod, 2015. p. 16.

6.5 Analyse des entretiens

Comme dit précédemment, j'ai retranscrit chaque entretien de façon dactylographiée, car j'ai choisi de faire une analyse thématique. En effet, « *l'analyse par thématique défait en quelques sortes la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter-entretiens* »⁸⁵.

J'ai ainsi mis en évidence les différentes idées abordées par les puéricultrices interrogées puis je les ai classées par thèmes tels que la formation, l'accompagnement et la relation parent-enfant-soignant.

6.5.1 La formation et l'expérience

Lors de mes entretiens, j'ai demandé aux professionnelles si elles avaient bénéficié d'une formation en addictologie et j'ai questionné leurs expériences. Mon objectif était de savoir si la formation ou l'expérience pouvait faciliter l'accompagnement des puéricultrices de la mère toxicomane, mais aussi faire évoluer leurs représentations sociales sur le sujet. En effet, selon le Dictionnaire de Pédagogie : 120 notions-clés, 320 entrées, « *la formation est la transformation de l'individu (acquisition de connaissances, adoption de nouveaux contenus de pensée, de nouveaux principes de jugement, de nouveaux modes d'action* »⁸⁶.

Les 5 puéricultrices m'ont répondu qu'elles n'avaient pas eu de formation hormis les cours dispensés durant leur année d'étude de puéricultrice. Cependant, la PDE 2 expliqua qu'« *avoir un peu plus de connaissances, en tout cas de formation [...] pour pouvoir les aider aux mieux* » serait judicieux. Elle expliquait également qu'il serait intéressant de faire intervenir une addictologue afin qu'elle puisse montrer « *les soins les plus appropriés... la prise en charge la plus appropriée* ». Ceci a été dit aussi par la PDE 5 qui disait qu'« *être formé... à comment agir... même à comprendre encore mieux... la situation de la personne au niveau physiologique, médical et tout ça, ça pourrait être intéressant [...] mais effectivement avoir plus de connaissances de... au niveau*

⁸⁵ Blanchet, A., Gotman, A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. 2^{ème} éd. Paris : Armand Colin, 2007. p. 96.

⁸⁶ Paillard, C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3^{ème} éd. Noisy-le-grand : Sètes, 2016. p. 197.

formation... ça pourrait vraiment euh... vraiment être intéressant, je pense, et utile quoi... ». La PDE 3 exprimait le fait que cela « pourrait être aidant pour avoir... une réflexion... sur les prochaines prises en soins envisagées avec des enfants euh... d'une mère toxicomane et sur son... accompagnement ». Les puéricultrices étaient donc en accord sur le fait qu'une formation pourrait les aider dans leur accompagnement auprès des mères toxicomanes.

Au niveau de l'expérience, j'ai questionné les professionnelles sur leurs années effectuées en service de néonatalogie, mais je leur ai aussi demandé si, par le fait d'avoir rencontré plusieurs fois la situation, les choses avaient changé pour elles.

En effet, selon Carl Rogers, « *l'expérience est un processus expérientiel où le vécu, le senti et l'émotion tiennent une plus grande place. Cette approche pédagogique, thérapeutique, consiste à créer entre le soignant et le soigné un climat de confiance permettant de faciliter les changements, d'accepter de nouvelles situations* »⁸⁷.

Mon objectif était à ce moment-là non pas de questionner la formation, mais l'expérience de chacune.

La PDE 1 expliquait que selon elle, il y avait « *une affinité* » et qu'on était « *plus ou moins sensible à ça...* », mais que « *de toute façon, nos pratiques, elles évoluent* ». La PDE 5, quant à elle, disait « *je pense que oui [...] on acquière un peu plus d'aisance* ». La PDE 2 a répondu : « *je pense quand même [...] ce rapport, cette relation ne sera pas la même... que si c'est une situation qu'on a déjà vécue* ». Elle m'a également exprimé le fait que les représentations de la mère toxicomane pouvaient changer par l'expérience en disant : « *peut-être que la première fois on va se dire « bah ce n'est pas normal, elle vient d'accoucher, elle n'aime pas son bébé... » [...] donc voilà on peut avoir ces aprioris-là... alors qu'après peut-être qu'avec du recul on peut se dire que c'est vrai que... malheureusement quand on est toxicomane, des fois on peut dire ce qu'on veut mais... la dépendance est tellement forte qu'on n'arrive même pas à se centrer sur autre chose en fait* ». Enfin, la PDE 4 a répondu qu'« *au départ, on ne comprend pas... surtout qu'on ne comprend pas pourquoi on peut être enceinte et continuer les... les toxiques [...]. On essaye de ne pas juger... mais... mais je pense que c'est l'expérience qui nous apprend à ne pas le faire...* ».

⁸⁷ Paillard, C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3^{ème} éd. Noisy-le-grand : Sètes, 2016. p. 187.

Comme vu précédemment dans mon cadre conceptuel, la représentation sociale possède une fonction de savoir qui permet d'acquérir des connaissances pouvant aider à comprendre la réalité. D'après les réponses des puéricultrices, la formation et l'expérience peuvent leur permettre de travailler sur cette fonction et ainsi sur leurs représentations sociales.

Au regard de ma première hypothèse, qui était : l'expérience professionnelle permet de faire évoluer les représentations sociales autour de la toxicomanie et facilite ainsi l'accompagnement, j'ai ensuite interrogé les professionnelles sur leur accompagnement.

6.5.2 L'accompagnement

Dans mon guide d'entretien, j'ai souhaité demander aux professionnelles de me raconter une situation d'accompagnement auprès d'une mère toxicomane ainsi que leur façon de l'aborder. De cette question, en sont ressortis de nombreux thèmes.

Tout d'abord, les premiers sont l'adaptation et la disponibilité. En effet, la PDE 1 disait « *je pense que ce qui est très important là-dedans, c'est notre disponibilité et c'est euh... et après c'est vraiment l'adaptation* ».

Concernant l'adaptation, la PDE 2 parlait d'adapter « *son comportement et sa communication parce que c'est peut-être des personnes qui, au niveau compréhension, en fait... ne sera pas la même qu'une personne qui ne sera pas sous... [...] sous influence toxique* ». Elle disait également que « *la toxicomanie est une situation un peu compliquée... socialement en fait. Donc il faut aussi s'adapter aux ressources de la personne, à ce qu'elle est en capacité de faire...* ». Ceci rejoint les propos de Maela Paul qui disait que « *la posture d'accompagnement suppose ajustement et adaptation à la singularité de chacun, accueilli en tant que personne* »⁸⁸.

Plusieurs puéricultrices m'ont également parlé d'adaptation, mais en termes de « *moment* ». En effet, la PDE 4 expliquait que « *selon l'état de la prise, elles peuvent avoir des réactions plus ou moins différentes. Donc il y a des jours où les mamans peuvent être très cool [...] et d'autres jours, beaucoup plus speed* ». Elle a donc précisé qu'elle

⁸⁸ Paillard, C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3^{ème} éd. Noisy-le-grand : Sètes, 2016. p. 414.

« *essaye de trouver le bon moment* ». La PDE 5 a rejoint cette idée en disant : « *il y a un moment où elle est moins bien... et puis... ça dépend des phases vraiment... savoir s'adapter* ». Enfin, la PDE 3 expliquait : « *elle disait... « j'ai une heure à vous consacrer euh... » et donc bah... pendant une heure... on mettait vraiment... tout à profit pour qu'elle profite de son enfant... on s'adaptait aux horaires quoi... »*.

La notion du « *bon moment* » rejoint également celle de la disponibilité.

Concernant la disponibilité, la PDE 5 expliquait qu' « *il y a aura beaucoup plus à insister sur le côté patience de notre part... et être disponible pour... pour l'accompagner en fait parce que... le travail est long* ». La PDE 1 a précisé cela en disant que « *l'accompagnement à la parentalité, ce n'est pas quelque chose qui se parle en termes de temps [...] c'est-à-dire que ça doit être fait sur la longueur* ». Elle m'a donc dit qu'elle se rendait « *ultra-disponible pour ces parents* ».

Ensuite, le soutien et la valorisation ont également étaient cités par les différentes puéricultrices.

La PDE 3 disait qu'on était « *une sorte de soutien* » pour ces mères et qu'on se devait « *d'être à l'écoute* ». La PDE 1 expliquait que « *dans un premier lieu, ce qu'il faut, c'est la rassurer sur ses compétences de mère et... la soutenir dans son lien mère-enfant... enfin dans sa parentalité* ». Ceci rejoint la notion de valorisation.

En effet, à plusieurs reprises, les puéricultrices ont exprimé le fait que les mères toxicomanes n'avaient que peu confiance en elles et ressentaient de la culpabilité. Par exemple, la PDE 1 expliquait qu' « *elles étaient jugées par la société dès le départ* » et que ce sont des choses qui « *rentrent en elles* ». Ainsi, il y avait donc « *un gros travail de déculpabilisation* ».

Selon la PDE 5, ce sont donc des femmes qui sont « *assez abimées au niveau de leur confiance en elles* » et il faut donc « *essayer de la valoriser dans le soin et... lui montrer qu'elle est capable de s'occuper de son bébé* ». Pour elle, la puéricultrice est « *un guide... quelqu'un qui accompagne... qui conseille et puis... qui va... donner confiance* ».

Enfin, le bienveillance et le non-jugement sont des termes qui sont revenus dans la plupart des entretiens.

En effet, la PDE 1 m'a parlé de bienveillance en disant : « *on est vraiment un soutien, un accompagnement, en espérant que ça se fasse dans la bienveillance avec la mère* ».

Selon le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, la bienveillance est « *une disposition favorable de la volonté d'une personne envers une autre, ou un groupe. Cette attitude se manifeste par une écoute active et demande une tolérance, un réel intérêt de la personne et la capacité de non-jugement* »⁸⁹.

Cette définition rejoint donc les propos de la PDE 3 qui m'a dit que nous étions « *une sorte de soutien... de ... d'intervenante bienveillante* » et qu'il fallait « *toujours avoir un regard bienveillant... il ne faut pas stigmatiser ces personnes...même si parfois c'est difficile...* ». Suite à cela, je lui ai demandé ce qui était difficile pour elle et elle m'a répondu « *C'est triste [...] ce n'est pas dans les « normes » et ne suit pas... nos valeurs...* », mais pourtant, elle a fini l'entretien en m'expliquant que « *ne pas juger c'est important !* ».

Cette notion de non-jugement correspond à l'une des attitudes de la relation d'aide décrite dans mon cadre conceptuel. Elle semble visiblement bien ancrée chez les professionnelles, car la PDE 3 l'a également exprimé en disant : « *l'accompagnement c'est le non-jugement...* » et en précisant que « *le regard de la société est hyper lourd et donc nous notre rôle c'est d'être complètement neutre et ne pas du tout porter de jugement* ».

La PDE 1, quant à elle, a fini l'entretien en affirmant que « *l'accompagnement c'est le non-jugement...* ».

6.5.3 La relation parent-enfant-soignant

Lors de mes entretiens, j'ai demandé aux professionnelles ce qu'elles observaient dans la relation entre la mère et l'enfant en cas de toxicomanie et quel était donc leur rôle dans l'instauration de la relation entre la mère et son enfant.

La PDE 3 disait qu'elle était « *souvent absente* », « *restait très peu de temps* » et qu'elle mettait donc « *tout à profit pour qu'elle profite de son enfant* » sur le temps où elle venait. La PDE 2 expliquait que souvent la maman était « *pressée* », qu'elle venait « *tellement rapidement qu'on n'avait pas le temps de la voir* » et que la relation était « *plus rapide... moins intense* ». Ainsi, elle essayait de trouver les « *phases qui seraient plus propices aux interactions [...] pour qu'elle puisse euh... interagir et se rapprocher de son bébé et créer un lien* ». Ceci rejoint le thème de la disponibilité abordé auparavant.

⁸⁹ Paillard, C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3^{ème} éd. Noisy-le-grand : Sètes, 2016. p. 72.

La PDE 3 exprimait aussi le fait que la maman comptait sur elle pour faire les soins, n'était pas « *actrice dans la relation avec son enfant* » et qu'elle essayait de « *la solliciter à chaque fois pour les soins* » afin de « *laisser la place aux parents* ».

La PDE 4 affirmait que « *quand elle est en manque, elle ne pense qu'à elle [...] il faut vraiment qu'elle voit qu'il y a un bébé en plus* ». La PDE 1 disait qu'il fallait « *la repositionner au centre de ses soins* » et « *remettre l'enfant au centre de ses priorités* », car « *quelqu'un qui est toxicomane, sa priorité c'est sa consommation* ».

Enfin, la PDE 5 décrivait la mère toxicomane comme une personne « *moins patiente* », « *un peu débordée par ses émotions, par son stress, par son état de manque* ». Elle cherchait donc « *à l'apaiser* » pour que « *justement son bébé s'apaise* » car c'est « *une éponge donc forcément il ressent un petit peu l'état de tension de sa maman* ». Elle m'a ensuite dit qu'il y avait des moments où elle n'était « *pas très bien* », « *ne voulait pas trop s'occuper de son bébé* » et que dans ces cas-là, « *l'attachement est compliqué* ». Elle essayait alors « *un peu de marchandage* » et de la « *négociation* ».

La puéricultrice a donc un rôle d'accompagnement afin de favoriser l'établissement d'une relation et d'un attachement entre la mère et son enfant.

Au fil de mes entretiens, j'ai pu constater que les professionnelles me parlaient à plusieurs reprises de la relation qu'elles mettaient en place avec les mères afin de les accompagner dans leur processus de parentalité.

Dans mon cadre conceptuel, j'ai parlé de la relation d'aide, mais je n'ai pas abordé la relation de confiance.

La PDE 1 expliquait qu'il y avait parfois de la « *dissimulation* » de la part des parents, car « *ils ne sont pas forcément fiers* » et que « *quand il y a de la dissimulation, c'est qu'il y a un manque de confiance* ». Selon la PDE 2, « *il y a des personnes qui peuvent être toxicomanes sans qu'on le sache [...] on est dans l'inconnu et le non-dit, mais... là ça touche plus la confiance* ». La PDE 5 l'a exprimé en disant qu'« *il y avait un peu de manipulation malgré tout derrière et... ce n'était pas forcément évident de savoir se situer et d'avoir confiance* ».

Selon Margot Phaneuf, professeure en sciences infirmières, « *le développement de la confiance n'est pas instantané, il s'agit plutôt d'un processus lent et continu que l'infirmière doit entretenir tout au long de sa relation. La confiance du client (personne soignée) dépend du comportement de l'infirmière, de son professionnalisme, de sa*

capacité d'aller vers lui et de lui communiquer son respect »⁹⁰. Cela rejoint les propos de la PDE 1 qui me confiait que le jugement de la personne pouvait « *briser cette confiance qui peut être longue à mettre en place* ».

Elle disait également que « *ça aide beaucoup la prise en charge quand il y a quelqu'un qui est transparent avec nous* » et que « *c'est important d'avoir confiance, qu'ils aient confiance en moi et que moi j'ai confiance en eux* » car « *c'est un partenariat* » entre le parent et le soignant. Cette notion de partenariat a été définie par Danièle Bourdès, puéricultrice et cadre de santé, comme « *une approche de la complémentarité selon laquelle chacun des acteurs trouve sa place et où la prise de décision s'effectue par la négociation* »⁹¹.

La puéricultrice, afin d'accompagner au mieux la mère toxicomane dans son processus de parentalité, instaure donc une relation de confiance avec elle qui se doit d'être réciproque.

7. Validation/invalidation des hypothèses

Avant de réaliser mes entretiens, j'avais émis l'hypothèse que : l'expérience professionnelle permet de faire évoluer les représentations sociales autour de la toxicomanie et facilite ainsi l'accompagnement.

Les puéricultrices m'ayant décrit l'expérience professionnelle comme aidante dans la prise en charge de la mère toxicomane et ayant un impact sur leurs représentations sociales, je peux donc dire que mon hypothèse a été validée. Cependant, j'ai également abordé avec elles la notion de « formation ». La plupart d'entre elles m'ont exprimé le fait que cela leur permettrait d'acquérir les connaissances théoriques nécessaires à la prise en charge de personnes toxicomanes.

A la fin de mon cadre conceptuel, j'avais émis une seconde hypothèse qui était : le conseil est privilégié dans l'accompagnement du processus de parentalité par la puéricultrice. Au vu de l'analyse de mes entretiens, je constate que mon hypothèse est partiellement validée. En effet, selon la PDE 2 « *notre rôle c'est de les aider... les conseiller...* ».

⁹⁰ Paillard, C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3^{ème} éd. Noisy-le-grand : Sètes, 2016. p. 360.

⁹¹ Bourdès, D. Le rôle du cadre de santé et la place des parents en pédiatrie. *Soins pédiatrie/Puériculture*, février 2008, volume 29, n°240, p. 41.

Cependant, notre accompagnement est décrit par les autres professionnelles comme un soutien, une écoute mais aussi un moyen de valoriser les mères toxicomanes qui, face au regard de la société, se sentent parfois coupables et perdent confiance en elles. Cet accompagnement doit donc avoir lieu dans la bienveillance et le non-jugement. Ce sont dans ces conditions que la puéricultrice pourra instaurer un climat de confiance lui permettant d'accompagner au mieux les mères toxicomanes dans leur processus de parentalité mais aussi dans l'instauration d'une relation avec son enfant.

8. Conclusion

J'ai commencé à écrire ce mémoire à partir d'une situation que j'avais vécue en stage et qui a suscité en moi de nombreuses questions.

J'ai alors formulé une problématique qui était : **en quoi la puéricultrice accompagne-t-elle la mère toxicodépendante dans son processus de parentalité en néonatalogie ?**

J'ai ensuite fait des recherches et écrit un cadre conceptuel me permettant d'émettre deux hypothèses qui étaient :

- L'expérience professionnelle permet de faire évoluer les représentations sociales autour de la toxicomanie et facilite ainsi l'accompagnement.
- Le conseil est privilégié dans l'accompagnement du processus de parentalité par la puéricultrice.

Enfin, j'ai effectué une grille d'entretien me permettant d'interroger des puéricultrices travaillant ou ayant travaillé en néonatalogie. Celles-ci m'ont permis de valider en partie mes hypothèses. De plus, elles m'ont apporté des réponses supplémentaires me permettant d'élargir mes connaissances.

C'est donc grâce à ce long travail de recherches que j'ai constaté que l'accompagnement de la mère toxicodépendante dans son processus de parentalité était un sujet très complexe. En effet, il n'existe pas de « bonne façon » d'accompagner, mais bien une multitude de moyens de le faire. En ayant eu l'occasion d'interroger 5 professionnelles avec chacune des expériences différentes et même si parfois des thèmes communs ont été abordés, j'ai eu l'opportunité d'avoir un panel de « méthodes » utilisées.

En revanche, la plupart des puéricultrices ont insisté sur le fait qu'il était important d'avoir une attitude de non-jugement envers les mères toxicomanes, car cela permet d'instaurer une relation de confiance avec elle. Cette relation de confiance permettra à la mère de se sentir soutenue, écoutée, mais aussi de comprendre que, comme le dit la PDE 1, nous ne sommes pas là pour « *intervenir sur ses consommations* », mais bien pour « *le bien-être suprême de l'enfant* », de son enfant.

J'ai également pris conscience qu'il n'était pas inquiétant que je me sente démunie lorsque j'ai vécu ma situation de départ, car je n'avais aucune expérience à laquelle me référer avant cela. Les puéricultrices m'ont-elles-mêmes exprimé le fait que c'était bien l'expérience qui permettait de faire évoluer nos pratiques en termes d'accompagnement, mais aussi nos représentations sociales. Elles m'ont aussi dit qu'une formation pourrait les aider à acquérir les connaissances nécessaires.

J'ai donc fini ce travail de recherches en me demandant quelles étaient les possibilités de formations en addictologie pour les Puéricultrices Diplômées d'Etat ?

9. Réflexions professionnelles

Ce projet professionnel est l'aboutissement d'un long travail de recherches, de réflexions, mais aussi de remise en question personnelle et professionnelle.

Sur le plan personnel, il fut parfois long et difficile à écrire, mais agréable, car mon sujet m'a beaucoup intéressé.

J'ai, à plusieurs reprises, douté d'être capable de rendre cet écrit. Cependant, j'ai réussi à dépasser mes craintes grâce au travail que j'ai fait sur moi-même, mais aussi à toutes les personnes qui m'ont accompagné durant cette année. J'ai donc fini l'écriture de ce mémoire avec beaucoup de fierté et je suis ravie que vous puissiez me lire aujourd'hui.

Sur le plan professionnel, les recherches que j'ai effectuées m'ont permis d'acquérir de nombreuses connaissances sur la toxicomanie, l'accompagnement de ses mères toxicomanes, la parentalité, mais aussi sur les représentations sociales. Ce dernier concept fut pour moi difficile à traiter, car très complexe, mais aussi parce que lors de mes

recherches, j'avais tendance à y trouver de nombreuses choses pouvant me faire dévier de mon sujet.

Je conclus l'écriture de ce mémoire en me disant que j'ai encore de nombreuses expériences et années de carrières à vivre avant de, peut-être, me sentir plus à l'aise lorsque je vivrais des situations qui ne sont pas en adéquation avec mes représentations sociales. Cependant, c'est grâce à mon travail de recherches que j'ai compris que je ne serais pas « la professionnelle parfaite », mais que malgré tout, je possède des ressources me permettant de m'adapter aux différentes situations que je rencontrerais.

Bibliographie

OUVRAGES

Abric, J-C. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. 2^{ème} éd. Toulouse : Erès, 2005. 296p.

Argenty, J., Maufoux-Immergout, R. *Précis de soins relationnels*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2012. 122p.

Blanchet, A., Gotman, A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. 2^{ème} éd. Paris : Armand Colin, 2007. 126p.

Colson, S., Gassier, J., Saint-Sauveur, C. *Guide de la puéricultrice*. 4^{ème} éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2016. 1240p.

Formarier, M., Jovic, L. *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} éd. Paris : ARSI, 2012. 328p.

Jodelet, D. *Les représentations sociales*. 7^{ème} éd. Paris : Presse Universitaire de France, 2003. 454p.

Letellier, C., Dugot, M., Serafini, R. *Réussir son parcours de mémoire de fin d'études*. 3^{ème} éd. Noisy-le-grand : Sètes, 2018. 305p.

Mannoni, P. *Les représentations sociales*. 4^{ème} éd. Paris : Presse Universitaire de France, 2006. 127p.

Mercadier, C. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan, 2008. 288p.

Molénat, F. *Grossesse et toxicomanie*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2000. 150p.

Moliner, P., Guimelli, C. *Les représentations sociales*. Grenoble : Presse Universitaire de Grenoble, 2015. 139p.

Sellenet, C. *La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept*. Paris : l'Harmattan, 2007. 188p.

REVUES

Bourdès, D. Le rôle du cadre de santé et la place des parents en pédiatrie. *Soins pédiatrie/Puériculture*, février 2008, volume 29, n°240, p. 41.

Cadène, C. Toxicomanie et parentalité. *Cahier de la puéricultrice*, juin 2019, volume 56, n°328, p. 22-24.

Debout, C. Les méthodes de recueil des données de recherche, l'entretien. *Soins*, avril 2016, volume 61, n°804, p. 59-61.

Karila, L., Reynaud, M. Facteurs de risque et de vulnérabilité aux addictions. *Santé scolaire et universitaire*, mars-avril 2010, volume 1, n°2, p. 10-12.

Landais, M. Devenir parents : compétences et adaptations des adultes. *Vocation sage-femme*, septembre 2013, volume 12, n°104, p. 14-16.

Le Guillou, G. Le soutien à la parentalité, une affaire d'Etat. *Métiers de la petite enfance*, octobre 2018, volume 24, n° 262, p. 23-25.

Michon, F. Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. *Soins*, mars 2013, volume 58, n°773, p. 32-33.

Morel, O., Fanjeaux, B., Braconnier, A. et al. Suivi obstétrical et pronostic périnatal chez les femmes enceintes toxicomanes. *Gynécologie et obstétrique*, février 2018, volume 46, n°2, p. 100.

Nadjafizadeh, M. Toxicomanie et grossesse : quelle prise en charge optimale ? *Vocation sage-femme*, mai 2010, volume 9, n°82, p. 23-27.

Paul, M. L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs*, 2009, volume 2, n°20, p.13.

Rosenblum, O., Genty, M., Vinay, A., et al. Réflexions autour du processus de parentalité : quelles étapes et quelles spécificités dans l'adoption ? *Pratiques psychologiques*, mars 2014, volume 20, n°1, p. 23.

Rosenblum, O. Les enfants et leurs parents toxicomanes. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, octobre 2000, volume 13, n°7, p. 409-410.

Simmat-Durand, L. La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Médecin et hygiène*, 2007, volume 31, n°3, p. 307-315.

Spahn, C. Addictions et périnatalité : quels enjeux ? *Vocation sage-femme*, mai 2010, volume 9, n°82, p.16-17.

DOCUMENTS ELECTRONIQUES

- Pages d'un site

ADOSEN. La toxicomanie [en ligne]. (Consulté le 27/12/2019). Disponible sur : <<http://www.prevention.ch/latoxicomanie.htm>>

ANPDE. La spécialité de puéricultrice [en ligne]. (Consulté le 20/12/2019). Disponible sur : <<https://www.anpde.asso.fr/la-profession>>

MILD&CA. Qu'est-ce qu'une drogue ? [en ligne]. (Consulté le 29/12/2019). Disponible sur : <<https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-drogue>>

Ministère des solidarités et de la santé. Les Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement [en ligne]. (Consulté le 2/01/2020). Disponible sur : <<https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/famille-enfance/dispositifs-d-aides-aux-familles/article/les-reseaux-d-ecoute-d-appui-et-d-accompagnement>>

Ministère des solidarités et de la santé. Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent [en ligne]. (Consulté le 2/01/2020). Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_prevention_3_BAT-2.pdf>

OMS. Syndrome de dépendance [en ligne]. (Consulté le 27/12/2019). Disponible sur : <https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/>

Réseau de périnatalité. Héroïne et grossesse [en ligne]. (Consulté le 29/12/2019). Disponible sur : <<https://www.perinatbn.org/accueil-grossesse/prevention-des-risques/heroine-et-grossesse/>>

UNAF. La politique de soutien la parentalité : avec et pour les parents [en ligne]. (Consulté le 3/01/2020). Disponible sur : <https://www.unaf.fr/IMG/pdf/dossier_d_analyse_soutien_a_la_parentalite_27_dec_.pdf>

Vie Publique. En quoi le soutien à la parentalité consiste-t-il ? [en ligne]. (Consulté le 2/01/2020). Disponible sur : <<https://www.vie-publique.fr/fiches/37956-politiques-de-soutien-la-parentalite>>

- Revue électronique

Paul, M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherches en soins infirmiers* [en ligne], 2012, volume 3, n°110, p. 13-20. (Consulté le 28/3/2020). Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm>

Sauvayre, R. Les méthodes de l'entretien en sciences sociales [en ligne], 2013, p. 1-47. (Consulté le 7/04/2020). Disponible sur : <<https://www-cairn-info.ezproxy.univ->

catholille.fr/les-methodes-de-l-entretien-en-sciences-sociales--9782100579709-page-1.htm#pa3>

Schneider-Harris, J. Counselling centré sur la personne et non directif et la relation soignant-soigné. *Recherches en soins infirmiers*, [en ligne], 2007, volume 2, n°89, p. 53. (Consulté le 29/3/2020). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-52.htm>

Sellenet, C. Etre parents aujourd'hui : un jeu d'enfants ? [en ligne]. Toulouse : Erès, 2014. 286 p. (Consulté le 2/01/2020). Disponible sur : <<https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/etre-parents-aujourd-hui-un-jeu-d-enfants--9782749242606-page-15.htm>>

TEXTES LEGISLATIFS

France. Code de la santé publique. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique. Journal Officiel n° 183 du 8 août 2004 page 37087 texte n° 37086 [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913888&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>> (consulté le 20/12/2019)

France. Code civil. Loi n°70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006136194&cidTexte=LEGITEXT000006070721>>

TRAVAUX UNIVERSITAIRES

Lecompte, L. Cours : toxicomanie et grossesse. Lomme : Ifsanté.

Sergent, B. Cours : la prématurité : retentissements et accompagnement des parents, de la fratrie. Lomme : Ifsanté.

DICTIONNAIRES

CNRTL. Dictionnaire [en ligne]. (Consulté le 3/04/2020). Disponible sur :
<<https://www.cnrtl.fr/definition/st%C3%A9r%C3%A9otype>>

Larousse. Dictionnaire [en ligne]. (Consulté le 3/04/2020). Disponible sur :
<<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9jug%C3%A9/63519>>

Paillard, C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3^{ème} éd. Noisy-le-grand : Sètes, 2016. 568p.

Annexes

Annexe I : La pieuvre en tricot

Les pieuvres sont tricotées par des bénévoles pour les nouveau-nés prématurés en néonatalogie. Elles sont confectionnées selon de nombreuses exigences pour assurer la sécurité de l'enfant. Elles permettent à l'enfant de tenir les tentacules dans les mains afin de s'apaiser et d'éviter de toucher à ses sondes.



Annexe III : retranscription de l'entretien n°1

Bonjour, merci de prendre le temps de répondre à mon entretien. Est-ce que cela vous dérange si j'enregistre vocalement notre conversation afin de pouvoir la retranscrire ?

PDE 1 : Bonjour, non pas de soucis.

Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme s'il vous plait ?

PDE 1 : Euh... bah l'obtention de mon diplôme c'est récent, j'ai été diplômée en septembre 2019. J'ai travaillé dans un hôpital pendant 3 mois dans le secteur de maternité avec les bébés koalas et puis depuis janvier 2020, je suis dans le service de néonatalogie d'une clinique.

D'accord... et selon vous qu'est-ce que la toxicomanie ?

PDE 1 : Bah la toxicomanie c'est une dépendance à une substance illicite qui entraîne des séquelles. C'est une dépendance physique et psychique.

D'accord et est-ce que vous avez eu une formation en addictologie ? soit durant vos études ou en dehors ?

PDE 1 : Non, non pas particulièrement. On nous en parle pendant nos études, on nous a parlé des grilles qui permettent d'évaluer le niveau de dépendance d'un nouveau-né par exemple, ce genre de chose mais on n'a pas de formation à proprement parlé sur la toxicomanie euh, non. Alors peut-être dans nos études d'infirmière plus, plus que dans nos études de puéricultrice.

Ok... d'accord. Pourriez-vous me raconter une situation d'accompagnement que vous avez rencontré avec une mère toxicomane ?

PDE 1 : Une ?

Oui.

PDE 1 : Euh... (problème de réseau lors de la visioconférence). Bah, tu as des critères ? Car je peux t'en citer une mais ça ne sera pas la plus intéressante pour toi. C'est quoi les critères ?

C'est surtout me décrire, peu importe la situation, c'est juste comment, enfin, c'est plus me raconter une situation et puis après comment vous avez abordé la maman ?

PDE 1 : D'accord, alors, euh bah ma dernière situation en date. C'était une maman qui était polyaddicte, je ne sais pas comment on le dit, polytoxicomane. Donc elle consommait euh, des anxiolytiques, de l'alcool et plusieurs drogues. C'est une maman qui avait commencé son sevrage quand elle a été euh, au courant de sa grossesse donc à 3 mois de grossesse, elle a commencé à être sevrée donc sous méthadone, etc. Donc déjà moi je trouve que ça change plusieurs choses dans la prise en charge parce que ça veut dire qu'on est quand même sur euh, une... mère qui est euh, qui a en tout cas envie de... fin de mener à terme sa grossesse sans être dans une consommation de stupéfiants donc la prise en charge pour moi elle n'est pas la même. Et c'était une maman qui était tout à fait au clair sur ses consommations, qui en avait parlé avec son gynécologue dès le début et donc l'accompagnement il a commencé avant la naissance de l'enfant en fait puisque ducoup elle a été suivie euh.. à la clinique, car il y a un service d'addictologie aussi donc elle a été suivie par les psychologues, etc et par les gens qui sont formés pour la prise en charge des toxicomanes... Donc en fait nous on était prévenu de son arrivé dès le début parce qu'il y a quand même des choses qui doivent être mises en place. Il faut qu'on ait par exemple du sirop de morphine, ce genre de choses et nous c'est vrai que des parents toxicomanes c'est pas quelque chose qu'on a non plus très régulièrement euh... à la clinique donc on avait euh... déjà mis en place tout ce qu'il fallait pour pouvoir l'accueillir et on savait outre le fait que ce soit une maman qui est toxicomane, c'était quelqu'un qui était en souffrance, vraiment, donc on savait que même sans parler de sa consommation, il fallait aussi euh... prendre en charge sa souffrance et s'avoir l'écouter et l'accompagner. C'était ducoup un bébé qui était placé en néonatalogie pour risque de syndrome de sevrage. Et en fait, c'est un accompagnement qui s'est très bien passé. C'est un bébé qui a, en effet, fait un syndrome de sevrage mais qui a été vraiment bien géré et pour lequel on l'a accompagné et on a fourni tous les soins de confort parce qu'au premier abord, avant de s'investir dans des traitements médicamenteux, il y a tous des soins, pleins de soins de support qu'il faut mettre en place sans forcément passer par le fait de donner des traitements à ce bébé et là pour le coup euh... cette maman, c'était une maman vraiment ultra investit et pour laquelle euh... l'enfant c'était un peu la chance de sa vie. Elle était avec quelqu'un qui n'était pas consommateur etc... donc pour

tous les deux c'était un nouveau départ. C'était la première fois qu'elle essayait de se sevrer euh... depuis le début de ses consommations. Elle avait commencé à consommer quand elle avait une vingtaine d'années. Et là elle avait 32 ans. Et donc ducoup, pour le coup, elle était hyper investie, elle était ultra à l'écoute et elle avait vraiment très envie qu'on l'accompagne et qu'on l'aide parce qu'elle était vraiment consciente de ses difficultés, elle savait que ça allait être un moment difficile pour elle parce que c'est toujours la maternité, c'est un nid d'angoisses. L'accouchement c'est quelque chose de stressant, et est-ce que le lien va se faire etc... et le fait de se retrouver dans un milieu fermé, hospitalisé, c'est des choses qui étaient compliquées pour elle donc elle était complètement consciente de ses failles donc elle les verbalisait beaucoup et ça aide beaucoup la prise en charge quand il y a quelqu'un qui est transparent avec nous, qui verbalise ses peurs sur le retour à domicile, sur la reprise de ses consommations parce qu'elle était plus enceinte etc... Et, euh... ce qui nous a aussi beaucoup aidé c'est que c'est une maman qui allaitait et donc elle savait euh... l'importance qu'il y avait aussi pour elle de ne pas reprendre ses consommations et en fait son bébé avait un besoin de téter très important. Souvent les enfants qui ont un syndrome de sevrage ont une succion très intense et donc en fait la seule clé à pouvoir aider son enfant à ce moment-là c'était elle. Donc ça permettait de la repositionner vraiment au centre des soins, de lui donner toute son importance et pas de la dénaturer de son rôle de mère comme si voilà, on prend l'enfant et on le gère parce que là ce n'est pas de vous qu'il a besoin mais de nous. Cela ne s'est jamais passé comme ça parce qu'elle allaitait et elle était à fond dans son allaitement, voilà... Donc ça s'est vraiment très bien passé et euh... elle a pas du tout été stigmatisée et je pense que ça c'est très important pour elle. Elle a été ultra soutenue, on a passé beaucoup de temps avec elle. C'est-à-dire que c'était un bébé qui en soit, ne nécessite pas beaucoup de temps sur les soins techniques, il nécessitait pas vraiment de soins techniques mais par contre euh... on a été présent à chaque fois, on ne laissait jamais monter l'angoisse, parce que c'est une maman qui avait des fortes angoisses donc on ne laissait jamais monter l'angoisse. Ça veut dire que quand elle sonne, on est là tout de suite, elle le sait et euh... peu importe l'heure etc... Et après, c'est la déculpabiliser. Il y a un gros travail autour de la déculpabilisation. Elle, pour le coup, elle était euh... elle parlait vraiment très librement de sa consommation donc euh... Elle avait tendance à reconnaître des signes de manque qu'elle pouvait avoir parce qu'elle avait toujours des signes de manque malgré la méthadone. En plus chez elle, elle gérait sa consommation mais là c'était à heure fixe donc bah des fois, tu vois comment c'est dans un service euh... bah là l'infirmière arrive plus tard car il y a eu des aléas et donc elle reconnaissait des signes de manque chez elle et elle avait tendance à les transposer chez sa fille. Donc en fait, elle était tout le temps en angoisse parce qu'elle nous disait « non

mais ça c'est moi, je faisais ça moi, j'étais comme ça, là elle est en manque... » et donc elle se culpabilisait beaucoup et c'était aussi à nous de resituer, « voilà c'est un bébé, un bébé ça pleure, c'est normal, il y a des moments qui sont plus difficiles et évidemment la nuit elle va être plus agitée que la journée, mais ça c'est pareil pour tous les bébés ». Et elle avait besoin de l'entendre parce qu'elle était vraiment beaucoup dans la culpabilité et donc notre accompagnement il est là aussi. Donc voilà... c'était pour le coup, je pense que c'était la première fois que j'avais une prise en charge de bébé sevré avec une maman qui avait plutôt tendance à être dans l'angoisse et à reconnaître les faits et pas du tout à se cacher. En règle générale, enfin en tout cas moi, les prises en charge que j'ai eu pour des bébés avec des mamans toxicomanes, il y a plutôt de la dissimulation et donc c'est plus compliqué de prendre en charge quand il y a une dissimulation chez les parents alors que là elle était complètement au clair avec sa consommation etc... voilà.

D'accord... et du coup est-ce que vous voyez une différence entre la prise en charge d'une mère où il y a une dissimulation et la prise en charge justement d'une mère qui ne se cache pas ?

PDE 1 : Bah la différence je pense que c'est la confiance. Euh... enfin après on est tous différents dans notre prise en charge, mais moi j'ai besoin d'installer un climat de confiance avec les parents. Alors après, on reste dans un schéma très professionnel. C'est-à-dire qu'on est bien d'accord, on est pas amis euh... voilà, je n'ai pas de... je ne suis pas dans le jugement etc... jamais. Mais par contre, moi je pense important d'avoir confiance, qu'ils aient confiance en moi et que moi j'ai confiance en eux. Et donc, quand il y a de la dissimulation, c'est qu'il y a un manque de confiance. Elle, elle a un manque de confiance envers moi et envers ce que je représente. C'est-à-dire la professionnelle de santé et donc le corps qui m'entoure et moi je vais inévitablement avoir un manque de confiance en elle parce que je sais qu'il y a de la dissimulation. Après, je pense que c'est important de se rendre compte aussi que quand il y a une consommation d'un produit illicite ou même de l'alcool, en règle générale il y a de la dissimulation, cela va souvent avec. On sait que... les gens ont beau être de bonne volonté, il y a des choses qui les rattrapent et ces choses, ce sont des choses dont ils ne sont pas forcément fiers et donc ils ne vont pas en parler facilement. Mais le travail n'est pas le même. Je trouve que... je pense que ce qui est important dans la prise en charge d'un bébé avec un syndrome de sevrage ou qui n'en a pas forcément d'ailleurs car tous les enfants dont les parents sont consommateurs n'ont pas un syndrome de sevrage mais en tout cas qui naissent dans un contexte comme ça, c'est que nous on est là pour accompagner le bébé à ce moment-là mais on est aussi là pour essayer de... d'évaluer... et de... je ne sais pas comment dire ça mais euh...

enfin il y a l'après. C'est-à-dire que la consommation chez un parent, elle va influencer en effet la grossesse, mais elle influe aussi après sur le soin que le parent va donner à son enfant. Et donc nous notre rôle, c'est aussi de prévenir ça et c'est aussi de savoir se dire ben « est-ce que l'enfant est en danger ou pas ? » là par exemple dans le cas de cette maman, nous on l'a laissé sortir très naturellement alors avec un suivi PMI etc... parce qu'elle aussi était en demande et que c'est... là pareil une question de confiance... c'est un partenariat. Elle sait que nous pour être euh... serein avec cette histoire... ça nous rassure de nous dire qu'il va y avoir un passage chez elle etc... mais elle, elle est rassurée de se dire entre guillemets qu'elle est surveillée. Parce qu'en fait, cette maman, c'est ce dont elle avait besoin. Elle ne se faisait pas assez confiance pour se dire « moi toute seule je vais savoir me freiner » et elle avait besoin de quelqu'un. Et donc, c'est... en ça que le fait de ne pas dissimuler, ça aide. Car d'habitude on est pas dans des stratégies... alors que quand il y a une dissimulation, bah finalement on ne connaît pas l'après donc on peut prendre en charge l'enfant, le prendre en soin l'enfant sur... au moment T où il est chez nous mais après on ne sait pas ce qu'il se passe... et moi je trouve cela assez frustrant et puis inquiétant et... c'est aussi de notre rôle que de mettre en place tout ce qui est possible pour que le retour à la maison se fasse correctement... donc euh... donc voilà. Après, il ne faut pas juger, je pense que la dissimulation ça fait partie aussi de ces maladies, parce que c'est une maladie et que... nous n'étant pas dans ce... n'étant pas toxicomane, on ne peut pas imaginer la souffrance que c'est pour le parent. Donc... je pense que le non-jugement c'est primordial. Si on est dans le jugement, ils seront dans la dissimulation, c'est sûr.

Vous disiez que cela était frustrant et inquiétant, en quoi ?

PDE 1 : Parce que parfois la mère toxicomane... on ne sait pas comment elle va réagir. Si elle est en manque, elle peut se montrer impatiente, assez brutale dans ses gestes... et donc on se dit qu'on ne sait pas comment elle va faire les soins à son enfant dans ces moments-là sans quelqu'un à côté euh... donc c'est l'après qui inquiète.

Et en quoi l'accompagnement était différent d'un autre ?

PDE 1 : Bah il y a une différence mais comme toutes les prises en charge il y a une différence euh... enfin tout est important euh... un parent ou des parents qui ont un parcours PMA (Procréation Médicalement Assistée) par exemple euh... ils ne sont pas dans une addiction mais la prise en charge elle va être différente parce qu'on sait que c'est des bébés qui sont ultra

désirés, que le lien derrière peut être différent etc... euh la différence euh... moi je suis ultra disponible pour ces parents parce que euh... parce que je sais que c'est un moment qui est compliqué et que je... je mise beaucoup sur la maternité. Il y a un truc qui me dit... mais c'est complètement personnel hein... mais je me dis ça peut... ça peut, peut-être tout changer et les aider donc c'est à nous d'être ultra disponible et de les accompagner et... dans une société où on a tendance déjà à... marginaliser les gens qui sont dépendants mais... d'autant plus la mère. C'est-à-dire que la mère dépendante, c'est quelque chose de très particulier. La femme alcoolique c'est compliqué, la mère dépendante que ce soit à la cigarette, à l'alcool euh... à la cocaïne, peu importe. Le regard de la société est hyper lourd et donc nous notre rôle c'est d'être complètement neutre et de ne pas du tout porter de jugement sur cette consommation parce que avant d'être puéricultrice on est aussi infirmière et qu'on l'a appris dans nos études... ne stigmatisons pas euh... les personnalités qu'on soigne. Donc je pense que ce qui est important c'est ça, le non-jugement, de faire très attention... moi je... enfin voilà dans les équipes il y a des points de vue qui peuvent être différents mais euh... tout s'entend dans les couloirs par exemple c'est des choses qui pour moi, sont très importantes. C'est-à-dire, ne discutez pas devant la porte de cette patiente, même si la porte est fermée, elle peut entendre parce que la moindre chose peut briser cette confiance qui peut être longue à mettre en place parce que... parce que souvent les gens qui sont toxicomanes ont des parcours hospitaliers avant nous, c'est pas la première fois qu'elle vient en... qu'elle se fait hospitaliser cette patiente... euh... par exemple euh... et qu'elle a peut-être été jugée dans des précédentes hospitalisations ou alors c'était des hospitalisations contraintes, avec de la violence, enfin pas de la violence physique hein mais voilà... des traitements qui sont quand mêmes lourds etc... et donc c'est à nous de remettre en place cette confiance. Il y a toujours une différence dans la prise en charge mais... euh... je pense que ce qui est très important là-dedans, c'est notre disponibilité et c'est euh... et après c'est vraiment l'adaptation. En règle générale, on essaye euh... moi je suis en néonatal mais je suis en service de maternité aussi et on vise quand même beaucoup à l'autonomie pour que les parents quand ils sortent soient à peu près autonomes... là moi sur cette maman-là par exemple, l'autonomie c'est important mais dans un premier lieu, ce qu'il faut c'est la rassurer sur ses compétences de mère, et... et la soutenir dans son lien mère-enfant... enfin dans sa parentalité. Et donc euh... c'est ce que... c'est ce qu'on... mise beaucoup. Il y a ça et puis après bon bah voilà... tout ce qui tourne autour de la toxicomanie ça peut être euh... voilà... des ordonnances de placement provisoire etc... et là c'est encore euh... bien plus compliqué. Moi ça m'est arrivé euh... depuis que je suis diplômée aussi euh... quand j'étais dans un autre hôpital ducoup et là c'est complètement encore autre chose parce qu'on est dans une autre

dimension. C'est-à-dire que la mère elle sait qu'il va y avoir une intervention judiciaire et que... et que mine de rien euh... si elle n'était pas suivie avant c'est que l'information vient de nous et donc c'est compliqué aussi... voilà. Ce qu'il ne faut jamais oublier c'est qu'on est euh... soignant de l'enfant mais avec l'enfant vient les parents mais que par contre nous on ne doit pas intervenir dans euh... la dépendance de la mère. Enfin je pense que nous on doit intervenir dans la parentalité, dans le soutien et l'accompagnement de cette maman et des parents d'ailleurs avec le bébé mais par contre, on est... on n'est pas euh... un service d'addicto et donc ce n'est pas à nous d'intervenir sur les consommations... la questionner... enfin voilà, moi je ne suis pas du tout là-dedans en tout cas. Et je pense que c'est ça qui m'aide à me recentrer. Enfin c'est mon point de vue.

D'accord. Et est-ce qu'en rencontrant plusieurs fois la situation les choses ont changés pour vous ?

PDE 1 : Euh... bah je ne sais pas. Je pense qu'il y a une affinité aussi... je pense que... on est plus ou moins sensible à ça... moi c'est... même quand j'étais infirmière en règle générale la psychologie euh... les addictions etc... c'est quelque chose qui m'a toujours intéressé et... je pense que de toute façon, nos pratiques, elles évoluent. Mais c'est peut-être trop juste... tu vois j'ai que 8 mois de diplôme, je pense que c'est trop tôt pour moi pour te répondre. Peut-être que dans 10 ans je pourrais te répondre « bah oui, la façon dont je prends en charge aujourd'hui ce n'est pas la façon dont je prenais en charge il y a 10 ans, il y a 5 ans parce que... j'ai évolué, moi aussi dans ma vie personnelle j'évolue et puis euh... voilà j'ai l'expérience » là euh... 8 mois de temps c'est trop tôt pour te dire que... que le fait de rencontrer d'autres euh... situations m'a fait évoluer dans ma prise en soin.

D'accord, ok... et qu'est-ce que vous observez le plus dans la relation entre la mère et l'enfant ?

PDE 1 : Bah c'est... enfin il n'y a pas de généralités je pense. Il y a des... il n'y a pas de généralités. Euh... il y a des parents pour lesquels il va falloir remettre l'enfant au milieu de ses préoccupations. C'est-à-dire qu'il va falloir essayer de remettre l'enfant comme étant une priorité pour le parent parce qu'un parent qui euh... qui est toxicomane a tendance... enfin en général quelqu'un qui est toxicomane, sa priorité c'est sa consommation et donc ce qui est important pour nous c'est d'essayer de remettre l'enfant au centre de ses priorités et ça ça peut-

être un gros travail et euh... on n'y arrive pas toujours et puis euh... excuse moi j'ai perdu ta question ? tu m'as dit ? ah oui ce qui est le plus important dans la relation ? Enfin...

Ce qu'on observe beaucoup dans la relation entre la mère et l'enfant.

PDE 1 : Ah oui ! bah franchement ça peut être pleins de choses... ça peut-être de la culpabilité, ça peut-être le déni euh... enfin voilà euh... moi la maman dans l'autre hôpital pour laquelle il y avait une ordonnance de placement par exemple, elle était complètement dans le déni. C'est-à-dire que pour le coup, son enfant a fait un gros syndrome de sevrage avec une grosse décompensation et pour elle il n'y avait aucun lien avec sa consommation... euh... elle était dans la dissimulation totale. C'est-à-dire qu'elle mentait sur ses consommations, sur depuis quand elle consommait, euh... et euh... elle était vraiment dans le déni, rien n'était vraiment de sa faute mais c'est une protection... enfin... vraiment on ne peut pas juger ça parce que c'était à ce moment-là sûrement trop insoutenable pour cette maman d'imaginer que si son bébé aujourd'hui est en souffrance c'est de sa faute mais euh... donc ça peut être vraiment le déni et c'est... et ne rien dire et puis se dire que ce n'est pas de sa faute et ça peut être aussi de l'ultra culpabilité comme cette maman. Je pense que souvent c'est un peu euh... un peu une seconde chance... enfin voilà euh... alors est-ce que c'est parce que euh... elle dissimule ou pas mais par exemple pour la maman pour laquelle il y avait une OPP (Ordonnance de Placement Provisoire), elle avait tendance à nous dire « mais moi maintenant qu'il est là, tout va changer, enfin voilà... plus rien n'est comme avant » etc... alors, certainement qu'elle le pense et dans ces cas-là elle euh... elle voit en cet enfant une porte de sortie mais euh... peut être que c'est ça, peut être que ce sont des enfants qui sont vus comme des sauveurs je ne sais pas... franchement je n'ai pas de réponse claire... parce que c'est toujours différent c'est... peu importe qu'il soit consommateur ou pas, une relation parent-enfant est toujours différente.

Et comment voyez-vous votre rôle dans la relation entre la mère et l'enfant ?

PDE 1 : C'est un soutien ! je pense qu'il faut euh... d'autant plus pour ces mamans qui sont euh... qui peuvent être un peu destituées de leur rôle, peu importe qu'il y ait eu une intervention judiciaire ou pas euh... comme elles sont jugées par la société dès le départ... une mère qui va même fumer une cigarette etc... ce qui est grave hein je ne dis pas le contraire, elle va être vue comme une... possible mauvaise mère. Et donc ce sont des choses qui rentrent en elles hein ! Enfin je veux dire, ce n'est jamais anodin. Renvoyer ce regard-là à une mère euh... enceinte ou

déjà euh... avec ces enfants c'est jamais anodin de leur renvoyer ce regard-là donc nous notre rôle c'est de... de leur montrer que la clé et le bien-être de leur enfant c'est elles. Mais pas juste elles, une mère euh... qui vit dans un squat euh... alcoolisée du matin au soir et voilà euh... c'est très important pour cet enfant mais ce n'est pas forcément ce qui va lui faire le plus de bien donc c'est elle mais dans de bonnes conditions donc c'est remettre l'enfant, c'est ce que je te disais, au centre des priorités. C'est-à-dire que voilà, « aujourd'hui il y a ce petit être qui compte sur vous et que sur vous, vous êtes la seule personne au monde qui le connaissait le mieux, qui peut lui faire le plus de bien mais qui peut aussi lui faire beaucoup de mal » et donc nous notre rôle c'est de pas... euh... se placer comme étant un pion, enfin un personnage principal de l'histoire parce que ce n'est pas ce qu'on est, nous on est vraiment un soutien, un accompagnement, en espérant que ça se fasse dans la bienveillance avec la mère. C'est-à-dire qu'elle va nous accepter et demander notre aide ou pas mais... enfin en tout cas elle ouvre ses portes pour qu'on l'accompagne et si ce n'est pas le cas bah... (problème de connexion) intervenir plus tard pour que euh... pour que l'enfant soit en sécurité parce que notre rôle aussi c'est le bien-être suprême de l'enfant. C'est que... nous notre rôle c'est aussi la protection et le soin de cet enfant. On est le soignant de l'enfant. Donc il faut le faire avec les parents tant qu'on peut et quand ce n'est pas possible parce qu'on se rend compte que c'est un trop gros danger pour l'enfant, il faut aussi faire les démarches de manière à le protéger pour l'après parce qu'il y a l'hospitalisation où il ne peut pas se passer grand-chose finalement parce que le parent est entouré tout le temps et puis il y a l'après où il rentre à la maison. Et donc nous il faut qu'on soit euh... capable de s'assurer que l'enfant ne sera pas en danger au retour à la maison. Voilà.

D'accord... Avez-vous d'autres choses à ajouter en rapport avec l'accompagnement à la parentalité de la mère toxicodépendante par la puéricultrice ?

PDE 1 : Non, je pense que l'accompagnement à la parentalité, ce n'est pas quelque chose qui se parle en termes de temps. C'est-à-dire que si on est dans un service de néonatalogie, de maternité, de soins intensifs... peu importe euh... notre accompagnement, il ne se fait pas qu'à l'instant où nous on est là et à l'instant où le parent est là. C'est-à-dire que ça doit être fait sur la longueur donc c'est... quand ils sont hospitalisés avec nos collègues oui... c'est-à-dire que je pense que c'est important d'être avec nos collègues et pédiatres, enfin tous les gens qui interviennent auprès de l'enfant et des parents sur un peu la même longueur d'onde euh... enfin voilà une continuité dans la prise en charge et puis ce qui est important c'est la sortie quoi... c'est l'après parce que je pense que beaucoup se joue à ce moment-là. C'est euh... voilà

qu'après ça se passe bien, et de ne pas laisser euh... le parent livré à lui-même euh... dans ses difficultés parce que c'est des parents qui sont vraiment en difficulté et qui ont besoin d'être aidés donc euh... enfin voilà. Je pense que l'accompagnement il est là et surtout et je pense que c'est ce que tu veux dire par l'accompagnement c'est ne pas se figer sur euh... le syndrome de sevrage de l'enfant... les soins techniques qu'on pourrait lui apporter, évidemment c'est hyper important parce qu'ils en ont besoin mais euh... mais notre rôle c'est vraiment le lien... entre le parent et l'enfant euh... le bien-être du parent parce qu'on sait qu'un parent qui n'est pas bien et qui est angoissé, stressé, malheureux et bah c'est forcément un parent qui est en difficulté avec son enfant... Donc euh... je pense que notre rôle il est surtout là... C'est-à-dire que nous on n'est pas prescripteur etc... Donc après sur l'exécutif et sur les soins on va suivre ce qu'on nous dit et après il y a la relation et ça c'est euh... à nous de la mettre en place quoi... parce qu'on est aussi la première personne à passer plus de temps avec l'enfant et le parent à ce moment-là donc c'est important que... qu'il nous fasse confiance et que... qu'on l'accompagne vraiment et... l'accompagnement c'est le non-jugement... enfin s'il sent qu'on le juge et qu'on est... et que voilà on fait les choses parce qu'on doit les faire mais qu'au fond de nous on se dit « non mais euh... qu'est-ce qu'il lui prend ? » bah c'est... je pense que c'est mort. Voilà...

Ok... je vous remercie pour cet entretien. Merci d'avoir pris le temps de répondre.

PDE 1 : Avec plaisir.