



## **RESEAU DE SANTE DAPSA**

*Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires*

### **Séminaire des équipes mobiles « parentalité et addictions » Jeudi 18 Octobre 2012**

#### **Présentation du travail de chaque équipe**

##### **Marijo TABOADA, Médecin psychiatre coordinateur, Réseau DAPSA (Paris)**

Les équipes mobiles « parentalité - addictions » ont été financées suite à des appels à projets MILDT-DGS en 2010 et 2011. Au sein du groupe « femmes » de la MILDT<sup>1</sup>, ont été débattues les différentes modalités d'évaluation des actions impulsées grâce à cet appel à projet. Un groupe de travail s'est constitué suite à la création d'un cahier des charges. L'idée du séminaire sur ce travail a été proposée afin de réfléchir cliniquement aux réflexions que cette proposition de travail faisait émerger. Il y a vingt ans, il y avait eu un tel séminaire « précoce » avec une proposition de travail autour de la non-demande de soins et de la réduction des risques. Lorsqu'on relit les actes de ce séminaire, on se rend compte que les questions posées précocement en 1992 ont encore du sens en 2012. Nous avons donc voulu réitérer l'expérience avec nos équipes mobiles.

Le projet a été accepté et financé avec une présentation des résultats au groupe de travail de la MILDT. Du fait des crédits accordés, des actes seront publiés et diffusés afin de matérialiser et de valoriser cette pensée collective qui appartient à chacun d'entre nous. Dans le cadre d'une évaluation plus qualitative, nous nous proposons d'organiser un « chantier » du DAPSA vers le mois de juin (un colloque en moins protocolaire, qui a pour vocation de présenter une pensée au travail et non pas une pensée close) pour présenter les équipes mobiles parentalité-addiction aux professionnels avec lesquels nous travaillons, qu'il s'agisse des domaines de l'addictio, de l'obstétrique ou de l'enfance.

#### ***Tour de table : présentation de chaque personne présente (nom, fonction, structure et ville)***


##### **Marijo TABOADA (DAPSA)**

Le réseau de santé DAPSA s'est doté d'une équipe mobile parentalité-addictions à partir de 1999. Contrairement à vous, nous ne sommes pas financés par la MILDT mais par des budgets multiples –ARS<sup>2</sup>, projets prévention et promotion de la santé, PMI de la ville de Paris... je vous le précise car l'origine des budgets est importante pour savoir comment on se situe par rapport aux autres.

---

<sup>1</sup> Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)

<sup>2</sup> Agence régionale de Santé (ARS)



L'équipe mobile, qui a connu quelques méandres mais qui dispose aujourd'hui d'une assise solide, compte deux éducatrices spécialisées, une psychologue clinicienne, une sage-femme. Nous avons développé la branche collaboration avec les partenaires, en nous situant clairement du côté de l'accès aux soins. Nous proposons de rencontrer les personnes au domicile quand il y a en a un et quand c'est possible, ou dans une chambre d'hôtel, un local prêté par les partenaires, un café, voire un square quand on n'a pas le choix. C'est donc une équipe déambulatoire plutôt qu'ambulatoire.

Notre file active est de 100 familles par an, mais toutes ne sont pas vues par les EMEO,<sup>3</sup> qui suivent environ 50% des situations en intervention directe. Notre travail est dans la coordination avec les professionnels plutôt que dans l'intervention auprès des familles.

Nous sommes plutôt axés sur les « tout petits » même si parfois cela déborde un peu, jusqu'à trois ans.

Nos demandeurs sont pour environ un tiers des maternités essentiellement pour des questions liées à l'alcool, un tiers des services addicto et un tiers les PMI.

**Philippe ROSSARD, Cadre socio-éducatif, Pôle addictologie – Centre hospitalier Charles Perrens (Bordeaux)**

Et l'accès à ces publics, il s'effectue par les professionnels ?

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Oui l'accès s'effectue par les partenaires. Nous ne faisons pas de maraudes. On n'est jamais en 1ère ligne, nous ne sommes pas un lieu de soins. Parfois cela peut être l'entourage qui nous sollicite – ce qui implique d'ailleurs une autre construction.

**Philippe ROSSARD (Equipe Bordeaux)**

C'est un travail dans la rue et pas un travail de rue.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**


Nous ne sommes pas non plus une équipe addicto ; nous n'avons aucun budget venant de l'addiction, mais ce n'est pas plus mal finalement.

**Méline FATSEAS, psychiatre, Pôle addictologie – Centre hospitalier Charles Perrens (Bordeaux)**

Notre équipe mobile est mise en place depuis septembre 2011. Elle s'inscrit dans le cadre de l'équipe addicto du pôle addictologie de l'hôpital qui présente différentes unités fonctionnelles : un CSAPA, un hôpital de jour et une équipe de liaison. Et bientôt un réseau addiction et une antenne prison. Notre équipe mobile est à l'interface des différentes unités de ce pôle. Elle est constituée de moi-même qui suis psychiatre et travaille aussi au sein du CSAPA, d'une infirmière, d'une éducatrice spécialisée, d'une psychologue et d'un cadre

---

<sup>3</sup> Equipe Mobile d'Evaluation et d'Orientation (EMEEO)



socio-éducatif. On a la perspective de recruter aussi une personne qui ait une formation de TISF<sup>4</sup>.

Notre activité porte sur trois points essentiels : favoriser l'accès aux soins des parents qui sont dans une situation d'addiction ; proposer une prise en charge multidisciplinaire d'accompagnement à la parentalité ; enfin une activité de coordination, de mise en lien avec les différents partenaires.

Pour les situations de grossesse, on est directement sollicité par la maternité. Nous pouvons proposer une prise en charge immédiate pour la mère et l'enfant dans le cadre du CSAPA.

Dans ce cadre, nous avons été amenés à développer un partenariat avec la maternité du CHU<sup>5</sup> toute proche géographiquement, via aussi le réseau de psychiatrie périnatale implanté in situ, partenariat par lequel nous sommes régulièrement sollicités pour des situations de femmes enceintes. Ça peut être pour l'alcool mais aussi l'héroïne, la cocaïne,...

Concernant les autres partenaires, principalement les autres CSAPA, nous sommes davantage sollicités sur l'aspect « coordination ».

Notre éducatrice Paula travaille deux jours et demi par semaine sur la maison d'arrêt. Les incarcérations génèrent des impacts conséquents sur les familles, d'où une action sur ce point. Mais pas que pour les femmes, il y a aussi des pères en souffrance. Il y a un entremêlement dans le pôle addicto, mais une dissociation des rôles. On a la possibilité d'accueillir 5 mamans, avec très souvent une problématique d'addiction qui perdure en prison.

Nous avons été amenés à développer l'aspect mobile, qui a apporté énormément à la prise en charge. La visite dans l'environnement naturel de la personne apparait essentielle pour l'alliance thérapeutique, comme pour l'évaluation de l'accompagnement que l'on peut proposer aux parents.

**Katherine LEVY, psychologue, CSAPA Avicenne – Unité parentalité (Seine-Saint-Denis)**

Quand on vous écoute, on constate une réflexion convergente sur la question des interactions entre les différents professionnels.

L'unité parentalité fait partie de l'équipe du CSAPA<sup>6</sup>, qui est lui-même inclus dans le service de psychiatrie.

L'unité parentalité fait suite à l'appel à projet lancé par la MILDT en 2010, à partir d'une réflexion menée avec Aymeric Reyre, responsable du pôle addicto. Nous avons pu procéder rapidement à l'embauche de la psychologue Jamila puis récemment de la psychomotricienne et enfin de Julien Guillaume : c'est le noyau dur de l'équipe parentalité pour le CSAPA. C'est une équipe pluridisciplinaire, avec une éducatrice, des infirmières, un médecin addictologue, des psychiatres, on essaie de construire des binômes d'intervention, de façon à travailler avec différentes ressources non psy compte tenu d'éventuelles réticences des patients.


Nous faisons le même constat que vous sur l'importance de la VAD et de la mobilité, surtout en termes d'alliance thérapeutique pour pouvoir construire un projet. La construction du projet est d'ailleurs un temps préalable indispensable. Selon les cas on peut envisager de

---

<sup>4</sup> Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF)

<sup>5</sup> Centre Hospitalier Universitaire (CHU)

<sup>6</sup> Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)



construire la prise en charge sur le long terme, jusqu'à deux ans s'il y a une bonne alliance thérapeutique avec des soins spécialisés si nécessaire (sans qu'on définisse a priori la spécialité).

La mobilité permet de faire le lien avec les différents partenaires institutionnels, mais outre les VAD nous allons voir les patients là où ils sont (maternités, lieux à la convenance des patients).

Sur le plan clinique, on constate l'importance de la précocité des prises en charge, avec un premier temps d'intervention généralement indirect : on entend parler des patients aux réunions, on a comme vous des liens assez forts avec la maternité du groupe hospitalo-universitaire, et on commence à être inscrit dans la tête des partenaires, avec qui nous participons à des réunions institutionnelles une fois par mois. Concrètement, on entend parler de telle dame qui a un suivi très erratique et qui consomme, on suit l'évolution des choses, avec une inscription progressive d'abord sur un plan indirect pour arriver à des rencontres plus directes et limiter le vécu d'intrusion des patients. On travaille sur le lien avec les partenaires dans l'idée de co-construire les choses afin de limiter les représentations stigmatisantes de certains partenaires et de collaborer dans les prises en charge plutôt que de se « refiler le bébé », avec un sentiment de lâchage et d'abandon de la part du patient.

Concernant l'aspect coordination, qui fait partie de nos tâches, on est bien content de collaborer avec le DAPSA pour faire tiers et faire du lien aussi dans les situations particulièrement complexes, où il peut occuper une place spéciale.

### **Marijo TABOADA**

Une place « apolitique », car nous échappons aux enjeux locaux dans la mesure où nous ne sommes pas du même département.

### **Katherine LEVY**


Une dernière précision : nous sommes présents dans le CSAPA en termes d'unité parentalité et dans les mêmes locaux, mais nous allons bientôt déménager et cette proximité offrira l'avantage de favoriser les liens tout en posant la question de la différenciation. Avec toute la complexité au niveau de l'indication des patients en intra.

### **Olivier THOMAS, *Coordinateur psychologue, Le Fil rouge – AMPTA (Marseille)***

Le Fil rouge est un service qui dépend d'un CSAPA et qui en émane. C'était un choix d'emblée de créer un dispositif ailleurs, à côté, dispositif qui a vu le jour en mars 2010. Nous avons intégré de nouveaux locaux en avril. Nous sommes également mobiles au niveau de l'équipe, dont la constitution a évolué. Aujourd'hui, outre moi-même aux trois-quarts temps qui suis le seul professionnel à être à la fois sur le CSAPA et au Fil rouge, nous comptons une psychologue à mi-temps, il y a Anne-Françoise à mi-temps, une infirmière et une éducatrice à temps plein rattachée à notre dispositif qui tient une consultation avancée sur le CHRS<sup>7</sup> et qui représente un apport de coordination thérapeutique.

---

<sup>7</sup> Centre d'Hébergement et de réinsertion Sociale (CHRS)



C'était un projet en construction depuis longtemps déjà, avec l'aide de Jean Ebert et Marijo Taboada. Nous avons trois missions. D'abord une mission d'accès aux soins et d'accompagnement, de prise en charge d'un public précaire, à la fois autour de questions de parentalité et de questions d'addiction. Cela passe par beaucoup de VAD sur Marseille, à hauteur de 60% même si nous avons la capacité de recevoir. Ensuite une mission de coordination, avec beaucoup de travail auprès des partenaires, soit en préparation de prise en charge, soit en soutien par rapport à ces problématiques. Nous avons enfin une mission de formation, d'information : on a par exemple organisé une journée sur « grossesse et périnatalité », et une autre journée est prévue prochainement sur le thème de « l'enfant face à l'addiction de ses parents ». Ce sont des journées gratuites, motivées par la volonté de transmettre.

Au niveau des partenaires, nous avons une large palette : il y a un peu le CSAPA ou les maternités, avec qui nous commençons à travailler malgré une certaine confusion au début avec l'ELSA<sup>8</sup>, sachant que nous n'avons pas l'étiquette hospitalière. Mais les sages-femmes commencent à nous avoir repérés sur certaines maternités, particulièrement sur la question de l'alcool. On fait aussi des travaux de recherche : dernièrement, on voulait voir comment les messages de prévention sur l'alcool sont appréhendés par les femmes. Cette recherche s'est effectuée sur 6 mois, dans 4 maternités et 2 centres de planification familiale.

Nous sommes davantage sollicités par l'AEMO<sup>9</sup> et l'ASE<sup>10</sup>, ce qui nous a fait réfléchir à la possibilité de faire des visites médiatisées. C'est une expérimentation menée avec l'ASE, qui nous adresse les cas les plus difficiles.

Au niveau des publics, nous prenons en charge majoritairement des femmes. En 2011, 40 situations ont été prises en charge ; généralement pour des problèmes liés à l'alcoolisation (que ce soit un problème ancien ou lié à un épisode de vie). Ce sont souvent des femmes pas ou peu suivies. Concernant les prises en charge sur des problématiques de drogues illicites, on s'est rendu compte que les personnes étaient déjà en lien avec une structure de soins.

Il y a aussi des situations qui s'accompagnent de troubles psychiatriques, pas repérées et qui vont demander une prise en charge spécialisée. On est plus dans de l'accompagnement de l'accès aux soins que dans la prise en charge.

### **Marijo TABOADA (DAPSA)**

Contrairement à la représentation du junkie trainant dans les rues et de l'alcoololo-dépendant traditionnellement mieux inséré socialement, les usagers de drogues illicites sont donc davantage suivis médicalement, tandis que les autres femmes seraient dans une désaffiliation majeure.


Je remarque que les deux précédentes équipes ont un adossement hospitalier, tandis qu'à Marseille c'est un adossement associatif. Sans doute cela a-t-il engendré une construction différente de l'orientation.

---

<sup>8</sup> Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)

<sup>9</sup> Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO)

<sup>10</sup> Aide Sociale à l'Enfance (ASE)



**Mélina FATSEAS** (*Equipe Bordeaux*)

On a oublié de préciser que nous n'avons pas de limite d'âge concernant les enfants.

**Katherine LEVY** (*Boucebci - dpt 93*)

Nous n'avons pas vraiment de limite d'âge, même si on reste bien sur la petite enfance. On est actuellement dans des préfabriqués, dans l'enceinte de l'hôpital mais pas dans les bâtiments de l'hôpital. Fin 2012, nous intégrerons les locaux hospitaliers d'alcoologie, avec les patients des consultations alcoologie. Peut-être que nous aurons alors beaucoup plus d'indications et de prises en charge...

**Olivier THOMAS** (*Fil Rouge – Marseille*)

Nous avons fait le choix de locaux différents, en imaginant un lieu où l'on pouvait recevoir des enfants. Un lieu plus petit, plus convivial que les locaux du CSAPA. Il n'y a pas de prise en charge directe d'enfants, mais nous travaillons à la relation parents-enfants. Ce CSAPA est particulier car il fait de l'ambulatorio et de l'hébergement (appartements et urgences). Pendant des années il a accueilli des familles, avec toutes les questions que cela pose. Le CSAPA ne le fait plus aujourd'hui mais nous travaillons à ce que cela change.

**Anne-Françoise VERRIERE** (*Fil rouge – AMPTA (Marseille)*)

Beaucoup de professionnels interviennent auprès des familles, ce dont nous devons tenir compte pour qu'il y ait à la fois une cohérence et une complémentarité. Cela va donc participer à la définition de nos axes de travail.

**Olivier THOMAS** (*Fil Rouge – Marseille*)

C'est très compliqué la coordination. Il y a eu beaucoup de travail avec le DAPSA et Marijo sur cette question. C'est difficile à mettre en place et cela demande du temps. Cela dépend aussi des relations construites. Par exemple, nous nous sommes rendus compte que nos collègues des CSAPA n'étaient pas considérés comme des partenaires à part entière, donc c'était problématique. Il a fallu déposer un cadre, c'est-à-dire prendre un temps pour discuter autour des situations comme avec les autres partenaires.


**Marijo TABOADA** (*DAPSA*)

La question du lien avec les partenaires et donc de la coordination fera l'objet d'un échange prévu demain. Cette après-midi, on vous proposera de travailler en demi-groupes définis en fonction de l'âge de l'enfant, puis nous aurons un temps de mise en commun. Poursuivons notre matinée avec la question de l'origine des demandes, avec cette interrogation sur « l'inscription dans les têtes » d'une famille avant même que le travail ait lieu. Qui nous sollicite, la demande est-elle comminatoire, va-t-on pouvoir y répondre? Bref, comment traite-t-on une demande?

**Cécile PELTIER**, *Educatrice spécialisée, Réseau DAPSA (Paris)*

En général, les demandes arrivent par deux... C'est un mystère ! Par exemple, cette semaine, une femme a appelé de la part d'une professionnelle et on ne sait pas trop si elle la connaît à





titre personnel ou pas, mais cette psychologue lui a dit : « appelle le DAPSA ». Il s'agit d'une petite fille adoptée qui souffrirait d'un SAF<sup>11</sup>... On écoute puis on propose d'en parler avec l'équipe. Non sans quelques renseignements sur le CMP<sup>12</sup>, on rappelle la dame deux jours plus tard. On a retracé le parcours fait pour cette petite fille et demandé les causes de l'arrêt de ses prises en charge, puis on s'est dit qu'on allait attendre le rendez-vous du CMP déjà pris avant de faire autre chose. C'est le cas exceptionnel de la mère qui appelle pour sa fille. Tout le monde répond au téléphone. Même si Denise et Virginie ont des fonctions plus administratives, elles sont capables d'entendre et de venir nous déranger quand il le faut. On rappelle rapidement. On a vu que si on rappelle le plus vite possible, on répond mieux. Si on prend trop de temps pour rappeler ou si on n'est pas disponible au moment de l'appel pour entendre, on n'arrive pas à rattraper ensuite auprès des professionnels, qui appellent un peu sur la pointe des pieds car il n'y a pas de demande à leur hiérarchie : faire appel à une extériorité alors que tout est à l'intérieur n'est pas facile, que ce soit pour l'hôpital ou pour le service de la protection de l'enfance. Pourquoi le professionnel appelle-t-il ? Pourquoi va-t-il à l'extérieur ? Le travail d'évaluation commune que nous menons pour répondre à cette question permet souvent au professionnel de se resituer dans son contexte de travail, de débroussailler les objectifs de la prise en charge et de voir ce qui fait problème. En général, nous n'avons pas besoin d'intervenir plus que cela.

#### **Philippe ROSSARD (équipe Bordeaux)**

Cela suppose que les professionnels demandeurs repèrent en leur sein la « carence » qui les amène à envisager une aide extérieure. Certains collègues n'hésitent pas à me dire qu'ils ne feront jamais appel à nous car ils ont tout ce qu'il faut « à la maison ». Nous avons du coup pris l'option d'aller à la rencontre de certains partenaires, qui spontanément ne nous auraient peut-être pas appelés et qui n'avaient pas en interne les moyens que nous pouvons leur offrir en complément.

#### **Cécile PELTIER (DAPSA)**

Quand on est bien identifié, on peut recevoir des appels déjà très ciblés. Parfois c'est le patient lui-même qui appelle : « ma puéricultrice m'a dit que vous pourriez passer me voir à la maison »... On essaie toujours de faire la place à la fois à la coordination et à cette attente d'une intervention auprès d'une famille, qui peut être rapide, en amont d'un travail élaboré de coordination. Ce de façon à répondre à la demande d'une personne qui a déjà été préparée par les professionnels, à un moment jugé propice par ces derniers. On travaille sur le possible au moment où il se présente.


#### **Marijo TABOADA (DAPSA)**

Comment traite-t-on la demande quand une intervention directe est inévitable ? Il y a un premier débroussaillage au 1<sup>er</sup> appel qui peut être très long. On a donc déjà une représentation fictionnelle de la famille quand on en parle à l'équipe, quand on discute de savoir qui va aller

---

<sup>11</sup> Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF)

<sup>12</sup> Centre Médico-Psychologique (CMP)



la visiter, éducatrice ou psy, binôme ou pas... Cela étant, la contrainte de la coordination fait que le plus souvent celui qui répond au téléphone n'ira pas en visite. Il arrive aussi que l'on laisse le choix de l'intervenant aux familles.

**Philippe ROSSARD (*équipe Bordeaux*)**

C'est lié à la structure à laquelle on peut être attaché et aussi à la façon dont vous êtes repéré. À Bordeaux, il y a de facto une coordination médicale puisque Mélina est réceptionnaire de toutes les situations. L'intervention elle-même est distinguée de ce niveau de réception de la demande, qui certes concerne toute l'équipe mais avec cette idée d'une coordination médicale. Selon le projet ou l'objectif, vont ensuite intervenir l'éducatrice, souvent en binôme avec une infirmière et le plus souvent conjointement, bientôt la TISF...

**Mélina FATSEAS (*Equipe Bordeaux*)**

Le parcours des demandes, dans la majorité des cas, est initié par une sollicitation des professionnels. On discute ensemble de la situation pour savoir comment engager l'intervention.

**Marijo TABOADA (*DAPSA*)**

Ce moment de discussion préalable à la prise en charge, se fait-il en équipe parentalité-addiction ou bien est-ce une discussion qui concerne l'ensemble de l'équipe du CSAPA ?

**Philippe ROSSARD (*équipe Bordeaux*)**

C'est l'équipe parentalité-addiction qui en discute, mais cela peut déborder sur une réunion clinique plus large si nécessaire.


**Mélina FATSEAS (*Equipe Bordeaux*)**

On a ensuite une réunion avec les personnes, ou avec les partenaires, pour réfléchir avec eux à un projet. Si on intervient directement auprès des personnes, on contacte de toute façon assez rapidement les professionnels pour faire des réunions de synthèse. C'est un gros travail car les choses restent extrêmement cloisonnées.

**Julien GUILLAUME, *psychiatre, CSAPA Avicennes – Unité parentalité (Seine-Saint-Denis)***

En matière de demande, il me semble que nous avons à faire un premier travail de déconstruction fantasmatique, sachant que l'on a affaire à des indications souvent bancales ou à des situations d'urgence. Certains interlocuteurs ont montré que tout n'avait pas été bien compris au niveau de la demande par rapport à notre problématique parentalité-addiction, sans doute nous faut-il encore améliorer notre communication qui pourtant me semblait véhiculer un message clair. Par exemple, on nous a demandé de trouver d'urgence des lits d'hospitalisation pour une femme alcoolique et son bébé, ce qui n'est pas de nos attributions. Il a fallu prendre un temps de discussion pour déconstruire chez ce professionnel de CSAPA le fantasme d'une solution immédiate et radicale. Autre exemple avec cette sage-femme de PMI qui nous appelle catastrophée sur la découverte d'une maman prenant de la





cocaïne. C'était la sidération, elle n'arrivait plus à penser et on a travaillé avec elle sur les représentations et sur le fait qu'une maman cocaïnomane pouvait être une bonne mère. On travaille beaucoup, au niveau de la demande, sur cet aspect « sidérant » de l'addiction en situation de parentalité qui génère beaucoup d'angoisse chez les professionnels.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Il y a en effet un premier travail de déconstruction et de construction de la demande. D'où le fait que la proposition de travail peut ne rien à voir avec la demande lorsqu'elle est formulée. C'est d'ailleurs le signe qu'un réel travail est fourni ensuite, difficile à quantifier dans des grilles d'évaluation.

**Katherine LEVY (Boucebci - dpt 93)**

Il faut aussi faire exister ces équipes dans la tête des patients, de façon à préparer leurs interventions.

Nous les portons dans nos têtes, mais il n'y aura rien de possible sans une représentation construite par les patients de cette équipe de soutien auprès d'eux.

**Catherine MACHI, *Educatrice spécialisée, Réseau DAPSA (Paris)***

Selon le professionnel qui présente la situation, le patient sera présenté sous un angle différent. Il importe de bien voir qui parle et de qui il parle, et ne pas hésiter à élargir le champ des renseignements à l'entourage familial ou amical.

**Cécile PELTIER (DAPSA)**

Nos fiches d'entrée ne sont pas toujours exactes, une « femme seule enceinte » pourra par exemple avoir trois enfants et un mari que l'on découvrira au domicile... La photographie de la demande ne correspond pas forcément à la situation.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

C'est intéressant de voir que selon les professionnels, ce ne sont pas les mêmes personnes adressées. D'ailleurs, depuis que Nathalie est dans l'équipe, outre le nom du professionnel demandeur, on inscrit quand on le sait le nom de la personne. Car le « X » anonyme du dossier a un autre sens dans le monde de l'addiction que dans le monde de la maternité, où il signifie l'abandon. La question de la découverte d'une consommation dite inquiétante fait en effet sidération et en général les professionnels ne comprennent pas pourquoi il est important d'élargir le débat à l'entourage par exemple.

**Katherine LEVY (Boucebci - dpt 93)**

Si on nous appelle pour une préoccupation particulière au niveau de l'enfant et que l'on construit une réponse qui prend en charge la famille, le professionnel va coincer car ce n'est pas son attente à lui. D'où l'importance de prendre le temps d'une élaboration en commun, de clarifier les orientations choisies.



**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Nous avons pris une autre option pour répondre à leur attente : le DAPSA considère qu'il y a en réalité deux patients : la famille et le groupe de professionnels.

**Olivier THOMAS (*Fil Rouge – Marseille*)**

Finalement, les premiers demandeurs sont les professionnels. Tant qu'on n'aura pas rencontré la personne, il y aura des représentations fausses ou décalées qui signifient aussi quelque chose de la souffrance de professionnels en difficulté dans une situation. Il faut les recevoir ou prendre le temps d'aller les voir, pour comprendre ce qu'ils nous demandent même si ce n'est pas toujours clair. La rencontre avec la famille peut prendre plusieurs formes, avec ou sans professionnels, au sein de la structure ou à domicile.

**Anne-Françoise VERRIERE (*Fil Rouge – Marseille*)**

Il faut trouver l'équilibre entre ces deux demandes. Ce qui est souvent complexe, c'est que le professionnel va être dans une « injonction » du soin de l'addiction, tandis que le parent peut être encore très loin d'un tel soin. Il faudra se faire se rencontrer ces deux temporalités différentes, éventuellement en demandant à calmer les choses au niveau de la cure.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Y a-t-il eu un repérage des situations et des professionnels avec lesquels ce temps de réflexion en commun se fait naturellement, et ceux avec lesquels c'est plus compliqué d'élaborer un projet de travail commun?

**Olivier THOMAS (*Fil Rouge – Marseille*)**

Pour les réunions préalables, c'est facile avec l'ASE, l'AEMO ou le CSAPA, c'est impossible avec l'hôpital si on n'y est pas sur place.

**Anne-Françoise VERRIERE (*Fil Rouge – Marseille*)**


Les professionnels sont généralement en demande de ce temps de rencontre, malgré les difficultés de planning. Pas de résistance non plus en milieu hospitalier, tant qu'on s'y déplace.

**Olivier THOMAS (*Fil Rouge – Marseille*)**

L'un des facteurs qui freinent ces rencontres est le côté concurrentiel de certains professionnels.

**Mélina FATSEAS (*Equipe Bordeaux*)**

Nous avons un réseau de psychiatrie périnatale dans la maternité, et il y a eu un moment de tension lors de la mise en place de notre équipe. Maintenant tout est apaisé, et on passe par ce réseau aujourd'hui car il est bien implanté dans la maternité. Même en cas de contact direct avec les sages-femmes, nous y revenons pour une bonne articulation. Le travail préalable s'effectue donc avec cette équipe périnat. Quand ils nous sollicitent ils ont déjà fait le point, ils nous connaissent bien et les indications sont généralement bien ciblées. On a même eu une



réflexion avec le réseau périnatal sur la formation des sages-femmes concernant la question addiction-parentalité. Ce programme va permettre de continuer à faciliter les liens.

**Isabelle OULIE, Infirmière, Pôle addictologie – Centre hospitalier Charles Perrens (Bordeaux)**

L'évolution est notable. Les deux premières années ont été difficiles, mais maintenant c'est un bon partenariat.

**Katherine LEVY (Boucebcy - dpt 93)**

Il y a un problème de chevauchement de territoires qui nécessite un vrai travail de rencontre et d'explication des objectifs des uns et des autres. Autre difficulté : des rencontres initiales peuvent se faire mais les objectifs rester différents, par exemple des demandes de prise en charge urgente. Si l'on demande un délai de réflexion, il n'y aura plus de lien.

**Cécile PELTIER (DAPSA)**

Nous avons choisi de répondre toujours, quitte à aller voir la personne avant d'organiser la « rencontre préalable ».

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Avec certains partenaires, les réunions préalables n'ont jamais eu lieu, et ce n'est pas de la mauvaise volonté mais tout simplement parce que certaines personnes ne comprennent pas à quoi cela sert, surtout quand on s'entend bien. Alors qu'il y a une dizaine d'années, ces rencontres préalables étaient systématiquement organisées. Certains partenaires sont peut-être plus ouverts à l'échange, pour lesquels la question du public et du privé a encore du sens. C'est la question de la légitimité de l'intervention : si c'est financé par la Sécurité sociale alors tout va bien !

**Mélina FATSEAS (Equipe Bordeaux)**


Nous avons parfois quelques problèmes d'interaction avec les PMI<sup>13</sup>. Par exemple, nous étions préoccupés par l'évolution d'une maman sur une problématique d'addicto par rapport au développement du bébé mais le médecin de PMI n'a rien voulu entendre parce que la maman était propre, polie et bien habillée. Toujours ce problème de représentations. On voulait un étayage de la PMI qui n'a pas voulu entendre nos craintes.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Avec les hôpitaux, c'est difficile d'avoir des rencontres préalables. On est obligé d'aller sur place, sauf avec les assistantes sociales qui peuvent sortir des murs. C'est une organisation de travail compliquée car ils travaillent à flux tendu. À Paris, il y a maintenant des staffs de parentalité qui permettent de travailler en amont et auxquels nous sommes invités, mais l'invitation répond à des arcanes mystérieux qui restent à décoder. Autre difficulté à l'hôpital : la pluralité des acteurs et la question de la rivalité entre eux au cours des réunions. Nous ne

---

<sup>13</sup> Protection Maternelle et Infantile (PMI)



sommes pas concernés par cette question de rivalité car nous ne sommes qu'une petite pirogue abordant un paquebot, nous ne sommes pas dérangeants ! Tandis que chez eux coexistent une équipe de liaison, un service de psychiatrie, un service d'addictologie, sans trop que chacun sache qui fait quoi et où.

**Katherine LEVY (*Boucebci - dpt 93*)**

Nous essayons de nous faire connaître et nous avons l'impression d'être porteurs de la difficulté à maintenir le lien, liée aux professionnels mais aussi aux patients. Ou alors nous sommes sommés d'intervenir.

**Julien GUILLAUME (*Boucebci - dpt 93*)**

Il y a beaucoup d'enjeux de rivalité entre les jeunes équipes puisque beaucoup d'équipes ont vu le jour récemment. Les structures avec lesquelles nous avons le plus de mal sont sans doute les foyers maternels, qui le plus souvent nous ont accueillis les bras grands ouverts pour une première réunion mais plus pour une troisième.

**Marijo TABOADA (*DAPSA*)**

On pourrait faire une liste des institutions ouvertes et de celles closes sur elles-mêmes.

**Cécile PELTIER (*DAPSA*)**

Cela peut être variable aussi, en fonction des problèmes intrinsèques et de la vie de l'institution. Par exemple, il était beaucoup plus difficile de travailler avec la PMI à l'époque de sa réorganisation.

**Marijo TABOADA (*DAPSA*)**

Nous n'avons aucun problème avec les PMI pour faire un travail préalable en commun. C'est une institution ouverte sur la rue dans la mesure où ils font des VAD. Tandis que les centres maternels ou les hôpitaux, et d'une certaine façon les CSAPA, font partie de ces institutions qui pensent pouvoir répondre à la totalité des demandes. C'est par construction pour l'hôpital depuis les léproseries, et lié pour les CSAPA à la pathologie addictive.

**Olivier THOMAS (*Fil Rouge – Marseille*)**


Les professionnels du CSAPA nous disent : « on ne vous oriente pas de patients car ce ne sont pas des parents ». Ce qui fait l'orientation est aussi cette question de la parentalité.

**Philippe ROSSARD (*équipe Bordeaux*)**

Les CSAPA prennent en charge cette question sans avoir d'équipe dédiée. On vient en tant qu'équipe mobile, avec chez le partenaire parfois un sentiment d'effraction.

**Marijo TABOADA (*DAPSA*)**

Notre file active est petite car nous considérons que notre travail est de se charger de ce que personne ne veut se coltiner. Quand l'organisation de la prise en charge se passe convenablement, dans 85% des cas, nous n'avons aucune raison d'être là. Le problème est



que les associations qui font appel à nous sont souvent celles qui ont du mal à travailler en collectif autour de la situation.

**Katherine LEVY (*Boucebci - dpt 93*)**

J'ai eu hier une discussion avec un psychiatre rattaché à un CSAPA auquel il arrive de travailler aussi sur la parentalité, qui me disait la difficulté de recevoir des adultes qui viennent consulter pour un problème addicto et qui n'ont pas forcément envie de parler des enjeux de parentalité. La difficulté est de faire émerger une demande.

**Marijo TABOADA (*DAPSA*)**

Pour les CSAPA il y a un problème de loyauté par rapport à la prise en charge du patient, mais il reste à savoir si c'est l'équipe qui a un problème avec la parentalité des parents, ou si ce sont les parents qui ont un problème en matière de parentalité. Dans ce dernier cas, l'adulte ne sait pas à qui en parler. Le CSAPA peut-il se saisir de cette question là ? Notre travail préalable vise aussi à aider les parents à aider à poser la question au bon endroit, qui peut ne pas être le CSAPA.

**Isabelle OULIE (*équipe Bordeaux*)**

J'ai eu la chance d'être au CSAPA puis sur l'EMAP, et je discutais l'autre jour avec un collègue dont une patiente avait un problème de parentalité et qui ne voulait pas nous voir pour ne pas « contaminer » ses enfants.

**Olivier THOMAS (*Fil Rouge – Marseille*)**

Se pose la question de savoir comment on prend en charge les familles dans les appartements. On a vu des mamans qui prenaient des traitements de substitution et qui tombaient enceintes. Comment fait-on avec des parents qui parlent de leur souffrance due au placement de leur enfant ? Ces questions sont difficiles à traiter à partir du CSAPA. Le lien avec l'extérieur est compliqué à cause de la tendance à vouloir protéger la personne. C'est encore une difficulté. On a pensé notre dispositif en fonction de tous ces aspects, avec la possibilité d'accueillir les parents lorsqu'ils viennent avec leurs enfants. C'est bien la question de la parentalité qui est centrale, plus que l'addiction.

**Malika SIMMONEAU (*Fil Rouge – Marseille*)**


Il me semble que nous sommes bien repérés sur cet axe de la parentalité.

**Olivier THOMAS (*Fil Rouge – Marseille*)**

Cela permet d'amorcer quelque chose avec la future maman.

**Cécile PELTIER (*DAPSA*)**

Nous sommes sur l'accès aux soins. On ne se présente donc pas comme pouvant prodiguer des soins, mais comme des gens avec qui les familles peuvent réfléchir à tous ces projets que les professionnels leur proposent, propositions facilitées par l'EMEO qui travaille à leur bonne compréhension et réfléchit aux interlocuteurs qui conviennent, en fonction de



l'expérience du patient. Car ce sont eux qui choisissent in fine. Parfois la motivation sera la parentalité et ils vont accrocher du côté de la PMI, parfois ils demanderont qu'on s'intéresse à l'adulte souffrant, mais d'emblée on ne sait pas ce vers quoi on va se diriger ensemble. On sait par contre que les professionnels ont des idées sur ce qu'il faudrait. Les axes de travail peuvent être diversifiés et on ne sait pas à l'avance ce qui peut être possible ou pas, même avec une commande précise d'un partenaire. On se place à côté de la famille (terme qui englobe sans préciser entre parents ou adultes), avec des accompagnements parfois longs si les objectifs viennent à changer. Il y a des phases dans l'accompagnement de l'accès aux soins avec plusieurs temporalités suivant l'âge de l'enfant. Une fois l'enfant à la crèche, on pourra avoir à travailler sur le ressenti de l'adulte, sur la difficulté qu'il a de se séparer de cet enfant, sur la reprise de la consommation, sur ce qui est leur priorité.

**Laura PAHOR (*Fil Rouge – Marseille*)**

Par rapport à la demande, quelle est la place du logement ?

**Cécile PELTIER (*DAPSA*)**

Nous ne nous en occupons pas, en théorie. En pratique, on peut tricoter quelque chose car on s'appuie sur des professionnels, on peut accompagner vers une assistante sociale ou un service d'urgence qui va pouvoir s'occuper de cette question du logement. On peut mettre en valeur les différents dispositifs qui ne sont pas faciles à identifier.

**Marijo TABOADA (*DAPSA*)**

Pour lutter contre la désaffiliation et la création de ghettos, nous avons choisi au départ de n'avoir dans notre équipe ni puéricultrice spécialisée, ni assistante sociale. Il est fondamental que l'enfant soit toujours du côté de la « communauté humaine », et pas rabattu du côté de l'addiction. Par définition une puéricultrice s'occupe de tous les enfants et la PMI est un lieu pour tous.

Concernant la question du logement, il faut mettre un terme à l'infiltration de la question de la pauvreté dans la clinique, de même qu'à la pathologisation des problèmes sociaux. La pauvreté n'est pas une maladie mentale, de telles considérations polluent la réflexion clinique. Il y a un déplacement de la question pernicieux. Il y a des réunions cliniques où la question du logement fait barrage à la pensée et empêche ce travail clinique.

**Cécile PELTIER (*DAPSA*)**


On peut aussi se demander pourquoi cette femme est dans cette situation là et laisse les choses se dégrader au point d'être expulsée par exemple ? On dit que ça a parfois un côté catastrophique mais on ne sait pas si c'est comme ça que les gens le vivent. Il faut parfois quitter un lieu ou passer par une crise pour passer à autre chose.

**Marijo TABOADA (*DAPSA*)**

Comment se fait la prise de contacts avec la famille ?

**Malika SIMMONEAU (*Fil Rouge – Marseille*)**





On rencontre souvent la famille en présence des professionnels demandeurs, qui vont permettre d'introduire l'intervenant au domicile.

**Olivier THOMAS (*Fil Rouge – Marseille*)**

On laisse le choix aux professionnels, selon ce qu'ils considèrent le plus adapté pour la famille.

**Mélina FATSEAS (*Equipe Bordeaux*)**

On voit aussi avec la famille ce qu'ils préfèrent.

**Marijo TABOADA (*DAPSA*)**

Vous avez une plaquette à destination des familles ?

**Mélina FATSEAS (*Equipe Bordeaux*)**

Non. C'est nous qui les contactons en général. Il est difficile de les faire venir nous voir, du fait sans doute de notre configuration géographique, au sein du CSAPA. Nous les invitons à venir et à rencontrer leur entourage car c'est dans notre culture, mais la priorité est de se rencontrer. D'où la place primordiale de la VAD. Je me souviens de cette femme musulmane qui voulait allaiter en salle d'attente : c'est un problème anodin qui prend une amplitude démesurée en l'absence de lieu isolé.

**Marijo TABOADA (*DAPSA*)**

Le demandeur initial est le professionnel. Comment se présente-t-on à la famille, dans l'ignorance de ce qu'il a dit de nous ? On constate qu'il y a peu de refus.

Nous avons élaboré un document, une sorte de lettre pour raconter qui nous sommes et que les professionnels peuvent donner aux patients. Tout patient doit être légalement informé de son inclusion au réseau. C'est la famille qui choisit les modalités, si elle est d'accord pour qu'on nous transmette son numéro de téléphone.

**Isabelle OULIE (*équipe Bordeaux*)**

Cela me rappelle une situation où c'était une vraie galère au téléphone pour avoir certaines informations au sein du CSAPA, alors qu'en VAD on était les bienvenus et on réussissait à avoir beaucoup d'informations. Finalement, on a davantage tendance à proposer une VAD spontanément.

**Marijo TABOADA (*DAPSA*)**

C'est intéressant. C'est une pratique qui s'est perdue, même en psychiatrie alors que c'était usuel auparavant. Dès qu'on l'expérimente, on prend conscience que ce n'est pas si intrusif et pas si compliqué.

**Isabelle OULIE (*équipe Bordeaux*)**

Une VAD par une infirmière lambda n'est pas la même chose qu'une VAD « parentalité », où on est plus considéré comme des hôtes et véritablement accueillis. Les personnes se racontent



davantage, nouent d'autres types de liens. Au niveau du CSAPA, on voit le cheminement de papas que l'on suit pour une addiction, qui ont entendu que l'on avait aussi conscience de leur parentalité et qui viennent avec leur enfant parler de leurs difficultés de père. On a créé un espace avec des tables, des chaises, des jouets. Et le fait de voir des enfants médiatise les choses.

**Julien GUILLAUME (*Boucebc* - dpt 93)**

Comment présenter les choses aux parents ? Car à Avicenne, c'est difficile de parler aux parents, par crainte que l'on mette en place des mesures éducatives.

**Isabelle OULIE (*équipe Bordeaux*)**

On leur dit tout de suite que nous ne sommes pas de la protection de l'enfance, même si l'on se préoccupe des enfants, de leur confort et de leur sécurité.

**Nathalie LEBOT, *sage-femme, Maternité Port-Royal et Réseau DAPSA (Paris)***


Il est difficile de parler de parentalité au sein du CSAPA, car là-bas cela signifie protection de l'enfance.

**Philippe ROSSARD (*équipe Bordeaux*)**

Il n'y a pas si longtemps, en maternité néonate, le signalement était automatique en cas d'addiction, quel que soit le problème. Aujourd'hui on nous téléphone avant, sans plus d'élaboration. On « bricole », on peut faire venir les enfants dans un bureau et leur laisser de la place pour faire un dessin pendant que papa consulte. On a constitué un groupe, intitulé Autour d'un café, où on boit le café, servi par notre psychologue. On n'attend rien, on ne demande rien et c'est généralement là que tout se passe. Ce lieu de vie a été élaboré au départ pour désencombrer la salle d'attente. Nous avons maintenant des locaux adaptés au niveau de l'accueil, mais ce groupe se poursuit à la demande des patients.

**Marijo TABOADA (*DAPSA*)**

Nous allons aborder maintenant le travail avec les familles. Cette question de la crainte réelle ou supposée de la mesure éducative pourra être traitée dans chacun des trois groupes : femmes enceintes ; enfant de moins de trois ans ; enfants d'âge scolaire.



## **« Le travail avec les familles : quelles relations avec les parents ? Quelles relations avec les enfants ? » Synthèse des travaux en demi-groupe**

### **Groupe 0 - 3 ans**

La discussion a surtout concerné des situations concrètes d'accompagnement à domicile, et les difficultés de cet accompagnement. Par exemple, comment travailler avec une maman qui veut qu'on s'occupe d'elle en priorité, quand des petits à la maison peuvent donner des motifs d'inquiétude ?

En matière de visite à domicile, on a souligné l'importance de se sentir soutenu par une équipe, ce qui est important aussi pour la maman. On a aussi abordé la question de la place du professionnel en VAD : cette place varie selon les patientes, ce qui suppose de se « laisser faire », c'est-à-dire d'être capable d'une certaine souplesse. La personne référente doit aussi savoir jouer parfois un rôle de « poubelle », où les parents peuvent déverser toutes sortes de choses, ouvrant ainsi un espace de parole pour d'autres professionnels. Pour certaines patientes, pouvoir dire des choses même horribles est important.

Parmi les questions posées : que faut-il dire à une mère qui consomme si le sevrage vient déséquilibrer les liens noués avec l'enfant ? Que faut-il penser du travail en binôme et comment se passe le travail en équipe auprès des familles ?

On a souligné aussi l'importance de la pluridisciplinarité, notamment pour questionner sa place et son métier. En PMI, il y a beaucoup d'intervenants déjà. Est-il toujours judicieux d'ajouter une équipe mobile ? Il faut sans doute, sur un temps, se montrer capable de s'abstenir d'intervenir. Il est généralement admis qu'il s'agit d'une posture difficile, avec un curseur réglé sur trop ou pas assez. D'autant que les professionnels, les patientes et les enfants se situent sur des temporalités différentes, qu'il s'agit d'articuler au mieux. Sachant par ailleurs cette temporalité spécifique du premier trimestre de vie après la naissance, où une intervention peut s'avérer urgente pour la sauvegarde de l'enfant.


### **Groupe prénatal**

La grossesse représente une temporalité courte, d'où une prise en charge caractérisée par un contexte d'urgence. Le concept central en est la protection du fœtus. L'enjeu réside aussi dans l'activation de dispositifs sociaux.

Il faut privilégier le travail d'encadrement, d'étayage social et médical, en lien avec la PMI et les sages-femmes de la maternité. Il faut surtout travailler en amont, mais mobiliser les acteurs hospitaliers est difficile quand on est une association. L'inverse est vrai aussi.

Concernant la continuité de la prise en charge de la femme enceinte, il est essentiel de privilégier la question de l'accompagnement, en mobilisant les autres équipes ainsi que d'autres acteurs dans le domaine.

Pendant la grossesse, il ne semble pas efficient de commencer un travail psychothérapeutique. Mieux vaut calmer les ardeurs des soignants à cet égard et privilégier l'accompagnement. L'enjeu principal est l'anticipation, la stabilisation et la préparation.



La question de l'alliance avec la mère doit être posée, notamment lorsqu'elle craint une disqualification de ses compétences, voire un placement de l'enfant.

Il faut encore bien s'accorder sur l'objet de la prise en charge : s'agit-il de la femme, de la mère, de l'enfant, de l'addiction ? Le mieux est sans doute de laisser s'exprimer les souhaits de la patiente. Nous pouvons être en retrait ou très actifs, selon ce que nous comprenons des souhaits de la patiente. C'est la qualité de la relation qui prime.

Se pose aussi la question du conjoint, souvent en situation très difficile, avec une problématique de couple. Cela entraîne une différenciation de la prise en charge, plutôt qu'une prise en charge du couple si celui-ci est dysfonctionnel.

Concernant l'arrêt du suivi et sachant qu'il s'agit d'une période de fragilité importante, l'organisation d'un relais est essentielle.

Enfin, sur la question du signalement, il est important de ne pas rester seul face à cette question : il faut mobiliser le maximum d'acteurs pour y répondre.

### **Groupe enfants d'âge scolaire**

Hormis le Dapsa, les équipes ne sont pas limitées par l'âge des enfants sur leurs interventions. Cela implique la mise en œuvre d'une pluralité des moyens d'action, des projets et des outils dont les équipes se dotent pour soutenir les parents. Avec l'intervention de soutien à la parentalité, on entre dans un domaine de temporalité très longue : on passe des enfants à domicile aux consultations jeunes consommateurs mineurs, où l'on travaille avec les parents.

Certains ont évoqué le fait que les patients parents se montraient assez enfants avec eux, au point que l'on a du mal parfois à savoir qui s'exprime, parent ou enfant ! Quoi qu'il en soit, ces parents d'enfants sont eux-mêmes les enfants de leurs propres parents, lesquels ont des questionnements sur leur état de grands-parents tandis que les équipes peuvent se questionner sur la position parentale de ces grands-parents, sur la bonne place de chacun.

Ce travail d'indentification est d'autant plus nécessaire lorsqu'il s'agit d'aider les enfants qui sont en position parentale vis-à-vis des parents. Il faudra tout à la fois s'occuper des plus jeunes et des parents eux-mêmes. Ce déplacement des fonctions parentales s'explique par le fait que ce ne seraient pas les bonnes personnes au bon moment qui occupent des places qui doivent être occupées de toute façon.

Soutenir la parentalité, c'est aider à sortir de la confusion, à entendre chacun. Les moyens mis à disposition visent à permettre aux enfants d'avoir les interlocuteurs adaptés à leurs besoins. Le fait d'aller à domicile permet de rencontrer des enfants souvent silencieux, qui ne sont ni des tout-petits (qui savent se faire remarquer), ni des ados (qui se manifestent aussi). Or, cette tranche d'âge participe pleinement de l'équilibre à domicile et est parfois peu parlée par les parents. Il faudrait y regarder un peu plus, et voir comment dans les partenariats, certains peuvent se positionner par rapport à ces enfants.

Les équipes mobiles peuvent constater à quel point les enfants « parlés » par leurs parents sont aussi « pensés ». Sachant que pour les parents dont les enfants sont placés, l'enjeu est de travailler à cette dimension de la parentalité en l'absence physique des enfants.



## Mise en commun des réflexions sur l'accompagnement de familles

**Marijo TABOADA, Médecin psychiatre coordinateur, Réseau DAPSA (Paris)**

Lorsque les enfants ne sont pas objet désigné de notre intervention, se pose la question de leur bien-être. D'ailleurs, ceux qui font les AEMO se préoccupent de ce qu'ils deviennent.

Quand on débusque un lièvre, quelle est notre responsabilité ?

**Philippe ROSSARD, Cadre socio-éducatif, Pôle addictologie – Centre hospitalier Charles Perrens (Bordeaux)**

Il ne faut pas que l'on s'habitue à cela : voir en VAD la gamine de 4 ans ouvrir la porte alors qu'elle devrait être à l'école. Car dans ces situations, on est parfois surpris de se dire qu'on est rassuré que le gamin soit là. Lorsque le bébé est dépendant, ce n'est pas distinct ; quand il « s'indépendantise », les postures ne sont plus du tout les mêmes.

**Cécile PELTIER, Educatrice spécialisée, Réseau DAPSA (Paris)**

La question de l'intervention en binôme a été abordée dans le groupe des enfants de 0 à 3 ans : faut-il donner à chacun un interlocuteur pour travailler sur quelque chose de l'ordre de l'individualisation ou pas du tout ?

**Isabelle OULIE, Infirmière, Pôle addictologie – Centre hospitalier Charles Perrens (Bordeaux)**

On continue à travailler en binôme, avec une équipe qui s'occupe de la maman, une autre équipe qui s'occupe du bébé. Dans une certaine situation, la mère confiait sa difficulté à se séparer de l'ainé, c'était une relation fusionnelle. Du coup il y a eu anticipation de la rentrée scolaire qui mettait les choses à mal.

**Richard CREMOUX, Educateur spécialisé, CSAPA Provins et DAPSA 77**

On a la possibilité d'intervenir ou pas dans la situation des enfants du domicile qu'on visite. Il faut se demander quelle est la place du produit dans l'équilibre de la famille même s'il est pathologique. Parfois les familles ne sont pas prêtes, notamment car cela amène à des changements de rôles qui sont fusionnels. Et ces rôles fusionnels sont hermétiques à toute prise en charge. Il y a un vrai rôle du produit qui sert à stabiliser une situation.

**Philippe ROSSARD (équipe Bordeaux)**

C'est comme quand on dit à quelqu'un qui arrête de boire qu'il doit changer de copains.... Le changement de comportement par rapport aux produits entraîne un bouleversement général. Mais attention : vigilance n'est pas contrôle !

**Richard CREMOUX (DAPSA 77)**

Il faut être prêt à changer quelque chose, tenant compte de la notion de temporalité.



**Marijo TABOADA (DAPSA)**

La question est de savoir comment intégrer cliniquement la consommation de produits, qui a en effet une véritable fonction interne. Et si on y touche, on attaque quelque chose de plus profond et pathologique.

Une réponse de consommation de produits face à un mal-être n'est pas forcément si idiote que ça... Il y a une injonction sociale qui dit que le produit c'est vilain et pourtant ce produit a une véritable fonction, mais avec les enfants on ne peut plus s'en laver les mains car cela peut être contre-productif. Quand il y a auto-traitement, il peut y avoir dysfonctionnement et cela peut toucher au bien-être de l'enfant.

Il y a une vraie contradiction que nous devons gérer : comment comprendre que le produit soit nécessaire et en même temps menaçant ?

**Nathalie LEBOT, sage-femme, Maternité Port-Royal et Réseau DAPSA (Paris)**

Hé bien on apprend à la mère à se « mettre minable » !!!

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Je suis d'accord avec Nathalie. Car une femme qui boit à 21h après le biberon quand le bébé est couché ou qui boit un martini pour gérer la situation, où est le problème ? Ce n'est pas tant la question du produit mais la fonction du produit : comment elles l'utilisent dans leur fonction de mère... À nous de nous saisir de tout ce qui peut nous étayer dans la discussion pour accompagner au mieux la maman.

**Rosine REAT, psychologue, Réseau DAPSA (Paris)**

Quand on dit qu'il faut attendre, même 20 ans si nécessaire, que la femme sorte de l'addiction, quid de l'enfant alors ?... Va-t-il attendre 20 ans que la mère aille mieux ?...

**Isabelle OULIE (équipe Bordeaux)**

Ce n'est pas si facile que ça de dire : « aucune consommation ».

**Marijo TABOADA (DAPSA)**


S'occuper des enfants et être mère, c'est différent. On peut s'occuper de son enfant et boire car on peut ne pas se penser en tant que mère.

**Olivier THOMAS, Coordinateur psychologue, Le Fil rouge – AMPTA (Marseille)**

On se préoccupe plus de l'enfant quand il est tout petit ou quand il se fait remarquer. Je me disais qu'en définitive, ce qui fait notre spécificité, c'est la préoccupation de l'enfant. À partir du moment où on le rencontre, il faut faire avec, c'est-à-dire être capable de penser l'enfant et de faire quelque chose. La question est de savoir comment penser l'enfant différemment de la protection de l'enfance.

**Cécile PELTIER (DAPSA)**





Quand on s'occupe des enfants – car il y a des enfants qui se sont mis devant nous pour qu'on les regarde et donc on s'en est occupés –, cela change la façon dont on va accompagner la mère, y-compris au niveau du partenariat. On ne peut être en position de tout faire, même si nos équipes sont pluridisciplinaires. Il faut éviter un accompagnement totalisant, où les patients nous entraînent dans le gouffre...

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Si l'enfant est mis au centre de notre intervention, alors que ce n'est pas le cœur de notre action d'origine, alors se pose en interne et vis-à-vis de nos partenaires, la question du lien avec les équipes de protection de l'enfance.

Il y a une importance des creux dans les prises en charge, et cela enrichit l'idée de pluridisciplinarité par le fait des différentes institutions en présence... Qu'il y ait une sorte de nidification de la famille quand l'enfant arrive, pourquoi pas, mais les intervenants doivent être plusieurs pour ne pas être trop imbriqués. Nous cherchons ainsi à avoir une psychomotricienne pour la branche « prévention petite enfance ».

Je pense à une prise en charge par le DAPSA, où l'équipe mobile fait face à une situation compliquée. Il s'agit d'un couple avec enfant placé, dont la mère part à vau-l'eau car l'enfant n'étant plus au domicile, il n'y a pas de VAD. Comment on tient quand rien ne tient ? La maman est-elle capable de s'occuper de son enfant ? Est-ce qu'on la laisse « valdinguer » ? Comment on amène à penser tout le monde ? Ce n'est pas facile, surtout que nous sommes de petites équipes. Il faut que quelqu'un décide de n'oublier personne, même les grands bébés. Et pour peu que la famille soit grande, on ne peut plus faire que chacun ait son propre interlocuteur. À partir du moment où il y a un personnage central, on a peur d'en oublier un autre. On est écartelé entre les différents membres de la famille, et on se pose la question sur son investissement propre. Être centré sur l'enfant empêche de s'occuper de l'adulte, qui n'est pas devenue une grande personne, quand bien même elle aurait eu un enfant.

**Nathalie LEBOT (DAPSA)**

Souvent ces gens ne se sentent pas dignes d'attention. Et quand l'enfant est placé à la naissance, est-ce respecter l'intégrité de cette femme que de ne plus s'y intéresser le jour où elles accouchent ? On se préoccupe essentiellement de l'enfant qu'elles portent et pas d'elles-mêmes, considérées comme des utérus sur pattes.

**Isabelle OULIE (équipe Bordeaux)**

Mais comment prend-on soin du bébé sans prendre soin de la mère ? Comment un bébé peut aller bien sans avoir une maman ? Des images maternantes sont indispensables.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Les femmes ne sont pas que des mères. Pour pouvoir traiter l'addiction, on soigne le maternel sans se préoccuper du féminin. Or, cela peut faire obstacle au traitement de l'addiction.

**Katherine LEVY, psychologue, CSAPA Avicennes – Unité parentalité (Seine-Saint-Denis)**

Peut-être qu'il y a des femmes qui sont demandeuses de cela...



**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Ah oui bien sûr... Mais cela ne s'applique pas à toutes les prises en charge.

**Isabelle OULIE (*équipe Bordeaux*)**

Cela me rappelle une situation... Une maman avec des problématiques d'addiction, prise en charge et qui se rendait à la PMI, à qui on a fait des remarques sur son physique. On a reproché à cette maman de se remettre en beauté, et cela n'est pas anodin puisque cette femme était une ancienne prostituée... Encore un exemple où cette fameuse féminité pose question.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Après la naissance de l'enfant, il y a souvent réémergence des questionnements antérieurs. La question est de savoir jusqu'où continuer avec les patients ensuite.

*Fin de la première journée*



## RESEAU DE SANTE DAPSA

*Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires*

### Séminaire des équipes mobiles « parentalité et addictions » Vendredi 19 octobre 2012

#### La spécificité de l'intervention à domicile : la spécificité de « l'aller-vers », jusqu'où va-t-on ?, quelles limites ?

#### **Marijo TABOADA, Médecin psychiatre coordinateur, Réseau DAPSA (Paris)**

Nous allons ce matin aborder la spécificité de l'intervention à domicile. Cela renvoie à la question dont on a discuté hier, entre l'interventionnisme délicat et l'abstentionnisme actif ... L'intervention à domicile, ce n'est pas pareil que de travailler au bureau avec les collègues. On est plus seul au domicile, avec la question d'un cadre symbolique contenant pour ne pas se sentir trop mal à l'aise, et de savoir comment on gère l'inopiné. C'est une pratique passionnante mais exigeante, notamment par rapport à l'institution qui doit être suffisamment contenante pour cette pratique. D'ailleurs ce n'est pas forcément à domicile mais hors institution, soyons plus précis.

Cette après-midi, nous parlerons du lien avec les partenaires, et de la commande sociale parfois réalisée pour que les situations se déroulent dans de bonnes conditions, notamment lorsqu'il y a des enfants en présence... Hier nous avons beaucoup, beaucoup parlé de cela.

Une des questions de Jean-Jacques Santucci : « de quoi s'occupe-t-on ? » (addiction versus parentalité). Il faut déconstruire les termes pour voir ce qu'on regarde. Les échanges d'hier méritent qu'on enrichisse cette question là : « Qu'est ce qu'une équipe idéale ? »

Saisissons-nous des idées de professionnels non addicto mais du côté de la petite enfance, ou d'autres domaines encore avec la volonté d'une diversité, car il est bon que l'équipe même soit traversée par la divergence, par la contradiction inhérente de la fonction.

#### **Laura PAHOR, Educatrice spécialisée, Le Fil rouge – AMPTA (Marseille)**

Il ya un thème incontournable de la VAD<sup>14</sup>: on imagine comment ça va se passer, mais quand on arrive, c'est souvent très différent. Telle maman qui ne peut pas nous ouvrir car elle n'a pas les clés ; cet enfant qui vient nous voir avec un hématome... On se retrouve seule devant ces situations. Il faut être inventif, en tout cas réactif. C'est le parent qui décide comment les choses vont se passer et comment être abordé.

On apprend plus de choses que quand l'entretien se fait dans l'institution, d'où l'importance de l'après-visite, de l'échange sur le vécu après coup avec l'équipe.

---

<sup>14</sup> Visite A Domicile (VAD)



**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Et pour les autres ? Cette question de la VAD et de l'inopiné de la VAD ? Laura nous fait part des événements imprévisibles qui peuvent nous mettre mal à l'aise, et de l'importance de le partager avec l'équipe...

**Julien Guillaume, psychiatre, CSAPA Avicennes – Unité parentalité (Seine-Saint-Denis)**

Certains patients borderline imaginent leur appartement comme une extension de leur univers mental. Le problème est que ce n'est pas le même cadre que dans l'institution, et du coup c'est une expérience malaisée avec l'impression de se confronter à l'univers mental matérialisé et tangible de ces patients.

**Katherine LEVY, psychologue, CSAPA Avicennes – Unité parentalité (Seine-Saint-Denis)**

C'est déstabilisant dans la proximité. Cela me rappelle la 1<sup>ère</sup> VAD qu'on a faite avec Julien : c'était dans un quartier pavillonnaire ; on nous a fait passer dans un beau jardin ; il faisait beau ; on nous a offert des rafraichissements... Il y a toute une vigilance à avoir, pour bien préserver un cadre thérapeutique. Dans ce cas, il y a eu contamination du thérapeutique par la convivialité, qui pouvait nous donner à penser sur les limites, les dons...

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

C'est l'idée que le travail s'assimile à une description ethnographique de l'environnement. Mais c'est à décliner par les professionnels : les choses sont vécues différemment ; cela ne génère pas les mêmes choses. Il y a des métiers dans lesquels cela se vit différemment.

**Cécile PELTIER, Educatrice spécialisée, Réseau DAPSA (Paris)**

C'est plus rigolo car cela oblige à une familiarité. J'ai déjà travaillé derrière un bureau donc je peux faire une comparaison. C'est plus intéressant car tout de suite on est dans la rencontre, où on ne peut pas se cacher. On est sur un pied d'égalité, parfois même sur leur territoire ou de manière neutre sur un territoire partagé. Ce partage de la réalité fait que tout de suite l'échange est facilité, cela nous permet de parler des choses du quotidien. Bien sûr il ne faut pas oublier le cadre, mais cela n'empêche pas cette familiarité.


Il y a des choses qui ont été traversées, comme aller coucher une dame ; lui faire un gros câlin car ivre devant ses enfants...

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

On parle de produits non légaux, et donc dans l'institution et dans un bureau, les patientes se doivent de ne pas montrer leur consommation, leur état. Chez eux, ce n'est pas pareil. Donc la consommation de produits peut être amenée à être montrée, car pour eux ce n'est pas forcément choquant.

**Richard CREMOUX, Educateur spécialisé, CSAPA Provins et DAPSA 77**

Et si c'était la condition de la relation ? Moi qui suis éducateur dans la rue, il faut savoir naviguer sur un territoire non apprivoisé car la rue ne nous appartient pas et en même temps



on se doit de poser un cadre. On mène effectivement des observations comme un ethnographe. Il faut s'approprier, avec cette inversion de l'appropriation, mais cela permet d'ouvrir la conversation. Il faut laisser du temps. Si on est là, c'est qu'on est légitimé par la famille. C'est mon principal objectif : être légitimé pour des interactions.

**Isabelle OULIE, Infirmière, Pôle addictologie – Centre hospitalier Charles Perrens (Bordeaux)**

Pour nous, le cadre de travail est déjà posé en amont. Mais j'ai eu des problèmes avec les mamans tabagiques, moi qui ne supporte pas la fumée, au bout d'un moment je ne peux plus et demande à ouvrir les fenêtres. Quand un bébé de 3 mois se trouve dans une pièce enfumée, j'hésite d'autant moins. On en a discuté avec ma collègue, pour savoir comment faire dans ces cas-là.

**Laura PAHOR (Equipe Marseille)**

Etre à domicile demande de la douceur. Par exemple, ne serait-ce que d'ouvrir une fenêtre peut demander du temps. « Douceur », c'est le mot qui me vient.

**Richard CREMOUX (DAPSA 77)**

C'est « intime ».

**Cécile PELTIER (DAPSA)**

C'est cette intimité qui facilite les choses. Y a quand même des espaces de négociation. Cela permet de voir les habitudes des uns et des autres, de comprendre qu'on n'a pas les mêmes besoins, les mêmes envies. C'est plus facile de le faire avec nous qu'avec l'enfant. C'est déjà une première adaptation. Moi, c'est la télé qui me dérange...


**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Dans un bureau, les gens viennent, se déplacent, mais ne sont pas obligés. À domicile, si les gens ouvrent, c'est qu'il y a de l'attente, voire du désir. On est alors obligé peut-être de s'exposer avant que l'autre ne s'expose. Je suis obligée d'être moi dans une sorte de demande de ce que l'autre pourrait nous donner. Il y a une inversion des situations.

Cela peut permettre de faire germer dans la tête des parents autre chose, notamment par rapport aux besoins de l'enfant qui sont différents. Comment le parent repère que les besoins de l'autre ne sont pas les mêmes ? C'est plus facile d'aborder l'altérité au domicile qu'au bureau. Au domicile, on est obligé de penser différemment qu'au bureau, où la loi institutionnelle oblige à penser d'une certaine manière. Le domicile permet d'expérimenter la différenciation.

**Cécile PELTIER (DAPSA)**

D'où l'intérêt de travailler sur notre ressenti... On voit comment les choses peuvent être tordues.



**Isabelle OULIE** (*Equipe Bordeaux*)

Je pense toujours au fait qu'on est « hôte ».

**Rosine REAT**, *psychologue, Réseau DAPSA (Paris)*

C'est une façon de se protéger quand on est à domicile. Il faut être disponible, sincère. Il y a une dynamique de l'interaction mais parce que on nous l'autorise.

**Isabelle OULIE** (*Equipe Bordeaux*)

Oui c'est ça. Peut-être que je me dis « hôte » car cela me permet un rappel de ma position professionnelle tout en voulant conserver cette authenticité.

**Cécile PELTIER** (*DAPSA*)

On est obligé de se dire qu'il faut garder la porte ouverte pour qu'il y ait authenticité.

**Marijo TABOADA** (*DAPSA*)

Dans ces lieux, il peut y avoir des personnes pour lesquelles on ne vient pas. Cela peut engendrer aussi, au niveau de l'entourage, une série de mouvements pouvant contrecarrer les projets. Par exemple, quand on sait que dans l'autre pièce se trouve la grand-mère maternelle qui s'en est allée en disant bien qu'elle va nous laisser tranquille, histoire qu'on se sente bien gênée, qui va dans la cuisine où on l'imagine sur un coin de tabouret l'oreille collée à la porte... Voilà comment nous-mêmes pouvons être envahis de fictions romanesques et de fantasmes...

**Cécile PELTIER** (*DAPSA*)

L'intérêt d'être à domicile est aussi que les gens peuvent bouger et parler à leur manière. Par exemple, la dame qui balaie quand on parle... mais si elle ne balaie plus, elle n'arrivera pas à parler. Cette possibilité de se mouvoir fait qu'on peut changer l'enfant quand on parle, sortir du confinement, aller faire je ne sais quoi... Quand on est assis à côté, quand on marche côte à côte, on va dans la même direction, ça facilite les choses...


**Marijo TABOADA** (*DAPSA*)

On a l'impression que, dans notre travail, on voit les gens avec plus de liberté que dans un bureau. Si c'est une investigation, la dame ne balaiera pas ; si c'est le DAPSA, elle peut se permettre de le faire. Comme si mon intentionnalité donnait un sens à la visite.

**Rosine REAT** (*DAPSA*)

Pour les psychologues, il y a des déplacements dans des endroits où on ne maîtrise plus comment se font les échanges. Les gens parlent bien sûr, mais il y a plein d'autres choses. Des choses non dites qui se retrouvent partout : dans les gestes, dans l'appartement, tout autour de nous...





**Véronique GARGUIL, Psychologue, Pôle addictologie – Centre hospitalier Charles Perrens (Bordeaux)**

L'institution va relier les points qui ne sont pas forcément continus. Chez qui on va ? On y va ou on n'y va pas ? Et la tension que cela provoque dans les équipes ? Y a l' « aller vers » et le retour : qu'est-ce qu'on ramène ?

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Sur la question du retour, comment partage-t-on après ? Quid du secret partagé, faut-t-il tout partager, même entre nous ? Là-dessus, les pratiques sont différentes suivant les équipes.

Mon ressenti me permet de mieux me représenter ce que l'enfant vit. Lorsque survient l'inopiné, je m'expose devant la famille, puis je m'expose ensuite devant l'équipe, alors que peut-être j'aurais pu mieux faire...

**Isabelle OULIE (Equipe Bordeaux)**

C'est un exercice compliqué. Notre équipe est jeune (un an) et on fait des visites depuis 6 mois, mais déjà cette question se pose : comment on en parle ? Comment ça aide à y retourner ?

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Ou pas... En tout cas, il faut repartir de la clinique.

**Isabelle OULIE (Equipe Bordeaux)**

La visite à domicile est à chaque fois une expérience. Comment rapporter cette expérience ?

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Comme avec les bébés : on leur donne des mots qu'ils ne sont pas encore en mesure d'articuler.

**Laura PAHOR (équipe Marseille)**

Je n'arrive pas à bien le faire... Mais écrire après une VAD fait émerger des ressentis qui permettent de comprendre de manière clinique... C'est pas mal, mais il faut avoir du temps.


**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Le temps de pensée n'existe pas, du moins officiellement. Si on avance l'idée qu'une visite à domicile est une expérience réciproque, il faut tenir compte des temps de pensée puisque il y a acte de rencontre.

La VAD est un exercice solitaire et l'absence des murs fait qu'on est obligé de partager avec l'autre pour que cela rentre dans le cadre de l'institution.

**Olivier THOMAS, Coordinateur psychologue, Le Fil rouge – AMPTA (Marseille)**

Pourquoi sommes-nous des équipes mobiles ? Que veut dire cette mobilité ? A Marseille, nous pouvons recevoir et il s'agit donc d'être mobile dans les bureaux : on a pensé l'accueil d'une autre manière ; on organisé un espace pour les enfants... Je ne fais pas de VAD, c'est



compliqué d'avoir une idée à domicile ! Il y a eu des situations déconcertantes... Pour rattraper quelque chose, le mieux c'est l'attention flottante : on voit ce qui se passe et on laisse venir. Avec l'idée aussi qu'on se laisse attraper et qu'il faut se laisser attraper.

**Cécile PELTIER (DAPSA)**

Bien sûr qu'il y a une commande sociale... Ce que je trouve intéressant, c'est comment on peut ne pas se laisser coincer avec ça mais jouer avec ça ... Il faut accepter de se décaler et d'aller sur le terrain. Ils se sont fait une idée de quelque chose et on peut en parler. Qu'est ce qui les a intéressés ?

**Véronique GARGUIL (Equipe Bordeaux)**

On peut être mobile mais pas forcément à domicile, par exemple, dans les autres institutions.

**Olivier THOMAS (Equipe Marseille)**

La mobilité c'est aussi entre nous. il faut chercher quelque chose qui accroche entre les différents métiers... Ce qu'on ne fait pas dans les institutions faute de temps.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Nous ne savons jamais à l'avance l'axe de travail qui va être mise en œuvre. Dans les CSAPA, on est censé parler de la consommation... Il y a donc une segmentation des choses qui fait qu'il y aura un axe spécifique abordé. Alors que pour nous les entrées sont plurielles, on ne sait pas ce que l'on va travailler en premier. Ce qui implique une mobilité psychique. Par exemple, parfois on nous appelle pour l'addiction et on se rend compte qu'il y a un autre problème en réalité.

**Richard CREMOUX (DAPSA 77)**

« Aller vers » c'est aussi aller vers le hors-norme. Mon intention est d'accompagner l'intentionnalité, dans l'objectif de faire aller mieux les parents et les enfants. Même s'il n'y a pas l'intention des patients, bien que cela soit une situation paradoxale, il faut les emmener vers cette intention. Cela nécessite une capacité d'adaptation sachant que ces personnes sont aussi hors-norme. Mais si on considère la patiente, on peut savoir si c'est le bon moment, si l'interaction va se faire. S'il y a légitimation des personnes, l'interaction est acceptée.

**Julien GUILLAUME (Boucebci - dpt 93)**

C'est un débat qu'on a souvent à Avicenne, car ce sont souvent des psychotiques. Qui sont très ambivalents. Il ne faut pas se laisser embarquer. En tout cas, la légitimation peut être le fil d'Ariane.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Quand il y a une résistance au changement, les patientes cessent de venir, mais quand c'est nous qui venons, il faut savoir se retirer et ce n'est pas facile. D'où l'« attente active » : les dossiers ne sont pas fermés, même s'il n'y a pas d'actes dans l'année, car sinon c'est comme si on leur fermait la porte au nez.



**Katherine LEVY (*Boucebci - dpt 93*)**

Comment signifier que l'attention demeure sans que l'on force ? C'est important pour les gens qu'ils sachent que cette attention reste éveillée.



## Le lien avec les partenaires

**Marijo TABOADA, Médecin psychiatre coordinateur, Réseau DAPSA (Paris)**

La question du lien avec les partenaires est aussi celle des représentations.

**Nathalie LEBOT, DAPSA**

Les partenaires ont deux versants : un versant institutionnel et un versant « corps de métier ». Avec des intérêts divergents...

**Intervenante A**

Au service addictologie, 100% des patientes consomment. Comment tendre vers quelque chose qui soit supportable pour elles ? Il faut de la pédagogie, mais quelles sont les limites de l'entre soi ?

**Marijo TABOADA**

Il y a l'utopie du projet qu'on rédige, puis la confrontation avec la réalité.

**Richard CREMOUX, CSAPA 77**

La problématique de la parentalité et de l'état psychique est diluée dans l'addictologie. L'aide sociale à l'enfance également. Dans certains partenariats, il paraît difficile de prendre de la distance par rapport à l'addiction. Or, cela fait partie de notre société et de la problématique de la famille. Cela infiltre tous les champs et bloque les représentations. L'aide sociale à l'enfance et la psychiatrie sont à cet égard les partenaires avec qui je rencontre le plus de problèmes pour travailler en complémentarité.

**Marijo TABOADA**

L'addiction envahit en effet tout l'espace de pensée et infiltre y-compris l'espace publicitaire. Mais nos propres patients sont eux aussi infiltrés par ce discours dominant. Cela étant, la question est de savoir comment organiser le travail avec nos partenaires, comment construire une prise en charge pluri-institutionnelle d'un groupe familial autour de situations cliniques et au cas par cas. Dans ce champ de la parentalité avec des enfants petits, avant de monter une équipe mobile, nous avons travaillé pendant dix ans dans l'interculturalité avec les autres partenaires sans rencontrer un seul patient.

Au départ, vers 1986, le DAPSA se préoccupait en effet de faire en sorte que des femmes enceintes puissent recevoir de l'AZT afin d'éviter les contaminations materno-fœtales. De notre expérience maintenant ancienne, nous avons commencé à éprouver un certain confort de travail à partir du moment où nous avons pu nous détacher du CSAPA. C'est-à-dire à partir du moment où les gens ne nous ont plus perçus comme appartenant à un des champs.



### **Intervenante B**

La coordination fait vraiment partie des axes de travail. Mais c'est difficile de prendre cette place par rapport aux partenaires. Se pose une question de légitimité pour prendre cette place.

#### **Olivier THOMAS, *Le fil rouge (Marseille)***

Nous avons l'exemple d'une équipe psy périnatale qui nous appelle parce qu'une dame enceinte consomme de la Mépronizine, au moment du retrait de son autorisation. Elle accouche un mois plus tard, elle va se montrer inadaptée par rapport à ce qu'on attend d'une maman dans une maternité. Le service de néonatalogie fait un signalement, et quand la maman sort de la maternité l'enfant est placé en pouponnière. Nous, nous sommes invités à une réunion de synthèse, avec la pouponnière qui avait toujours refusé de nous rencontrer (car elle ne s'occupe pas de parents avec des problèmes d'addiction). Nous avons essayé de défendre quelque chose pour cette dame, l'enfant présentant un syndrome de sevrage sans que nul ne puisse dire à quel produit. En fait, tout était construit, aussi bien chez l'ASE qu'à la pouponnière, en fonction des représentations de l'addiction. Sachant qu'à cette réunion, la moitié des gens n'étaient en lien ni avec la mère ni avec l'enfant. Il faut faire un travail de coordination, mais aussi un travail sur soi, pour comprendre la façon de penser des autres professionnels. Dans cet exemple, la maman qui voyait son bébé une heure par semaine était considérée par tous comme inadaptée parce qu'elle réveillait son bébé... Le service de psychiatrie périnatale a proposé d'autres lieux pour que la maman puisse voir davantage son bébé mais la pouponnière a refusé tout déplacement.

### **Intervenante C**

Il y a des institutions avec lesquelles on travaille beaucoup plus difficilement dès lors qu'on intervient comme tiers dans sa relation fusionnelle à l'enfant ou à la mère de l'enfant.

#### **Marijo TABOADA**

C'est différent selon qu'on intervient ou non au domicile. Quand l'enfant est placé sous la responsabilité de l'ASE, il y a un décalage de la question. Quand les parents sont exclus, tous ceux qui sont du côté de la ville se retrouvent exclus. Les PMI vivent avec difficulté cette situation. Comme s'il y avait un avant et un après, de façon à ce que cet enfant soit accueilli avec toute la fraîcheur qu'il mérite. Je peux comprendre ce point de vue. Quand l'enfant est placé, le coordinateur naturel est l'ASE. Les pouponnières sont un lieu de protection de l'enfance, qui cherche à se protéger.

Quand le parent reste en charge de l'enfant, la question de la coordination se pose différemment.

### **Intervenante D (*Bordeaux*)**

En Aquitaine, toutes les structures sont représentées dans le réseau régional périnatalité. Une des missions du réseau est la coordination du parcours de soin, mais au cas par cas c'est parfois compliqué. C'est une grosse machine, mais qui peine à matérialiser ses efforts sur le territoire.



**Cécile PELTIER (DAPSA)**

Un réseau n'est pas fixe. Il y a le réseau institutionnel, et le réseau ad hoc autour des familles. C'est une nouvelle configuration professionnelle à chaque fois, tandis qu'avec le temps divers professionnels vont entrer et sortir du réseau. La question est de savoir comment penser ce réseau-là, comment le faire vivre, comment articuler les missions et polarités des uns et des autres.

**Intervenante B**

La polarité varie aussi selon qui va s'autoriser à organiser la coordination.

**Marijo TABOADA**

La coordination est plus difficile quand on est en contact direct avec les personnes, c'est-à-dire en interaction. Nous travaillons sur la parentalité, ce qui suppose au moins deux personnes : une grande et une petite en devenir. En interne, on doit se représenter que l'intérêt d'un groupe familial est composé d'une masse d'intérêts divergents. Une famille, ce n'est pas forcément harmonieux, ne serait-ce qu'au niveau des rythmes de vie. Cette divergence est naturelle et il faut que l'équipe de synthèse soit consciente de la nécessité d'articuler ces divergences.

Le terme même de coordination est mal choisi puisqu'un coordinateur est supposé diriger les choses, ce qui est mal reçu surtout par les CSAPA. Nous préférons le vocable de concertation, qui laisse comprendre que chacun reste décisionnaire, nourri du partage d'informations.

**Cécile PELTIER (DAPSA)**

Dans le cas d'une famille accompagnée, la coordination concerne les actions plus que les modes de pensée. Il faut éviter la tentation d'une harmonisation de l'intervention, où tout le monde tombe d'accord pour focaliser sur un sujet, car c'est souvent au détriment du bébé. La maman devient le gros bébé de tout le monde et prend toute la place. Ou l'inverse, quand le bébé est placé et que la maman se retrouve sans personne. Coordonner, c'est aussi rêver de façon différenciée l'avenir de chacun des membres de la famille.

**Marijo TABOADA**

La question est de savoir comment produire un espace où ces propositions soient acceptées. Nos comptes rendus de réunions de concertation ne donnent pas d'informations sur le passé de la famille : il s'agit de décrire ce que chaque institution met à l'accompagnement de tel groupe familial, de façon à ce que chacun des intervenants comprenne qu'il s'agit avant tout de mettre en place un dispositif soignant adapté. La pensée de chacun est accueillie sans a priori, car il s'agit de laisser place à la pensée de l'autre. Sachant par exemple que l'intérêt de la femme et celui de l'enfant sont parfois divergents.

**Véronique GARGUIL (Bordeaux)**

Accepter le « pas d'accord » de l'autre, c'est aussi organiser la différenciation autour de la co-construction de la complexité de l'accompagnement. Articuler, c'est bien, mais que d'arthrose !





**Cécile PELTIER (DAPSA)**

Il faut que les professionnels se sentent libres d'exprimer leurs craintes ou leurs affects, mais il ne faut pas oublier que ces réunions sont faites dans l'objectif de soutenir les patients. Nous rédigeons les comptes rendus en sachant qu'ils pourront être lus par les familles, parfois par l'enfant plus tard, sans qu'il y trouve des choses désobligeantes sur lui-même ou sur ses parents.

**Richard CREMOUX**

C'est l'occasion de remettre la famille au centre, de rappeler que nous avons une éthique commune.

**Catherine MACHI**

On peut se demander si on se situe au même niveau de réflexion selon qu'on est dans une démarche d'accès aux soins ou dans une démarche plus thérapeutique. Par ailleurs, il y a des choses qu'on peut dire dans le cadre d'une réflexion clinique, par exemple dire ce que le patient nous fait vivre, et puis ce qu'on dit au plan institutionnel. Comment articuler ces deux niveaux ?

**Marijo TABOADA**

Cela exige une grande discipline interne. Par exemple, celui qui fait la concertation n'est pas obligé de raconter à la camarade qui fait la VAD qu'elle a trouvé odieuse l'assistante sociale... On est là pour discuter de la façon dont chacun organise son travail, mais aussi pour parler entre professionnels des méandres de la vie institutionnelle. Car les institutions sont des organismes vivants, avec des moments de blocage.

**Olivier THOMAS**

Dans ces réunions de concertation, il n'y a donc aucun membre de l'équipe mobile ?

**Marijo TABOADA**


En effet. Nous sommes dans l'accès aux soins : nous essayons de construire un espace dans lequel la personne peut penser qu'elle n'est pas automatiquement contrainte à un soin. Cette bulle créée par l'intervenant à domicile serait fragilisée s'il participait aux réunions de concertation.

**Véronique GARGUIL (Bordeaux)**

Cette possibilité qu'a l'institution de créer ses propres solutions pour une famille donnée peut être pensée comme étant quelque chose en miroir avec les compétences de la famille à pouvoir se ménager des espaces d'évolution.

**Marijo TABOADA**

L'intérêt du travail avec le groupe soignant est aussi de le faire cheminer parallèlement avec le groupe familial. D'où l'importance de cette construction d'une interculturelité préalable,



dans une transversalité. Travailler sur parentalité et addiction, c'est articuler obligatoirement différents champs professionnels, c'est permettre à chacun de se saisir de l'effroi de l'autre. On est pour beaucoup dans l'idée que c'est le produit qui fait du mal, et que tout ira bien quand on saura s'en passer. La réalité psycho-pathologique de l'addiction reste peu connue des autres intervenants. Dans l'autre sens, les milieux de l'addictologie n'ont pas forcément des connaissances pointues en matière de parentalité.

**Véronique GARGUIL** (*Bordeaux*)

Le projet est-il de monter en compétences les équipes d'addictologie, ou est-ce au contraire de faire en sorte que les deux secteurs puissent travailler ensemble ?

**Marijo TABOADA**

Monter en compétences oui, pour savoir où je ne veux pas aller, pour repérer là où je dois adresser au professionnel dont c'est le métier. J'ai du mal à me contenir quand on dit que l'addiction sert d'explication à tout. Ce à quoi sert la consommation est plus important que le fait d'être consommateur. Y compris du côté de l'addictologie, la question est pourtant toujours centrée sur le produit. Dans ces réunions de concertation, il est donc important de travailler sur la complexité des causes du trouble, de pouvoir dire que le souci est de savoir ce que la consommation sous-tend, et que le soin que l'on va pouvoir mettre en place doit pouvoir ne pas être polarisé sur la question de la consommation. Mais je peux aussi entendre les craintes de la halte-garderie qui hésite à rendre un enfant quand la mère est ivre. Il s'agit en fait de savoir comment auprès des partenaires remettre le produit à sa juste place.

**Intervenante E** (*Bordeaux*)

L'intérêt de regarder du côté des produits est de pouvoir choisir l'accompagnement thérapeutique adapté. On pourrait se demander, en parallèle, ce à quoi sert cette importance du produit pour les partenaires !

**Cécile PELTIER** (*DAPSA*)

Il peut aussi y avoir chez certains partenaires un silence sur cette consommation abusive de produits et ses conséquences possibles sur les enfants. La difficulté réside dans les effets de groupe, avec une adhésion collective à une pensée commune. Il s'agit de garder l'esprit vif lors des réunions, pour maintenir une possibilité de pensée contradictoire lors des consensus. Parfois le groupe de professionnels se trouve dans une situation de déni massif sur l'un des aspects essentiels de la situation.

**Richard CREMOUX**

En affirmant sa singularité d'action, on peut mieux définir sa limite d'intervention. C'est peut-être là qu'il peut y avoir un maillage possible, avec des positions clarifiées pour chaque partenaire.



### **Marijo TABOADA**

Il reste cette question de la convocation d'éléments permettant de prendre la décision opportune. Comment en équipe travailler cette restitution là ? Du côté de la protection de l'enfance par exemple, l'absence de réponse immédiate des intervenants du champ de l'addictologie leur est insupportable. Or, il faut au moins se parler pour former un partenariat. Certes il y a des limites de confidentialité, mais chacun peut expliquer pourquoi.

### **Olivier THOMAS**

Il y a aussi la question du juge pour enfants. Que dire lorsqu'on est convoqué à une audience ? D'autant qu'on n'a pas le temps de développer grand-chose de sa pensée.

### **Cécile PELTIER (DAPSA)**

Il faut prendre parti. Lorsque j'accompagne la maman à une audience, je fais du soutien moral et ne viens pas parler au nom de l'enfant.

### **Faten NAJAR, *Le fil rouge (Marseille)***

Le rôle du Fil rouge n'est pas forcément très clair pour tous les partenaires. Nous nous adressons aux futurs parents concernés par la question de l'addiction. Mais cela ne veut pas forcément dire qu'ils consomment. Cette complexité n'est pas facile à faire entendre. Pour ce qui est de l'accompagnement chez le juge, c'est au cas par cas car cela peut être à double tranchant.

### **Marijo TABOADA**

Quand les services qui ont en charge l'enfant sont confrontés à un refus d'échange de la part des services qui s'occupent des adultes, cela aboutit à une rigidification des comportements et à la disparition de compromis possibles. Il faut réfléchir à comment prendre en considération leurs demandes, de façon à ce qu'ils puissent entendre d'éventuels refus. Pour cela il faut un lieu de conversation commun. Si on introduit du moelleux, dans quelques années on aura gagné quelques espaces, par exemple pour changer tel planning de visite à la maman qui correspondrait à l'heure de la sieste du bébé.



## De quoi s'occupe-t-on ? (addiction versus parentalité)

**Marijo TABOADA, Médecin psychiatre coordinateur, Réseau DAPSA (Paris)**

Il était prévu de traiter le thème addiction versus parentalité. Mais il est possible de parler d'autres choses, de laisser libre cours à nos réflexions...

Addictions versus parentalité ? Il ne s'agit pas d'opposer les deux termes. Jean-Jacques Santucci ne dit pas les choses de cette façon. Si on reprend ses termes : « qu'est ce qu'on fait de l'addiction ? Qu'est ce qu'on fait de la parentalité ? Et dans quel ordre ? » Cela donne plein de pistes de réflexion...

**Julien GUILLAUME, psychiatre, CSAPA Avicennes – Unité parentalité (Seine-Saint-Denis)**

La question de la parentalité est délicate car on n'arrive pas à savoir quoi mettre derrière ce terme. Je pourrai citer des situations pèle mèle pour illustrer. Nous avons beaucoup de patients homme, environ 20%. Un CAARUD<sup>15</sup> nous a adressé un patient en fin de vie –il avait un cancer du pancréas, vivait en appartement thérapeutique, et prenait du crack– qui recevait ses deux fils un week-end sur deux. Pour l'équipe, cela concernait la thématique parentalité et addiction, mais pour vous ? C'est quoi la parentalité ? C'est le fait qu'il y ait un enfant en bas âge ? Qu'il s'agisse d'un couple ? Je pense par exemple à une mère en deuil d'un enfant en bas âge et qui consommait du crack : est ce qu'on l'inclut dans le contexte de la parentalité?

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Dans nos équipes, on peut travailler l'exercice de la parentalité, par exemple à l'aide de visites médiatisées, ce qu'il convient de distinguer du fait que ces personnes aient un travail de parentalisation. Si dans l'intrapsychique il y a collision entre les deux phénomènes, addiction et parentalité, est-ce qu'on peut travailler le « devenir parent » ? Lequel des deux on travaille dans nos équipes? Avez-vous l'impression de travailler plutôt dans l'exercice de la parentalité, ou bien avez-vous l'impression qu'on peut travailler plus le « devenir parent » ?


**Julien GUILLAUME (Boucebci - dpt 93)**

On travaille avec un postulat psychopathologique selon lequel la parentalité induit un réaménagement de l'économie psychique, qui va réactiver des conflits dont l'origine est souvent l'interaction perturbée du sujet avec ses parents. On travaille plus sur le « devenant parent » que sur le « devenir parent », c'est ça qui nous anime.

**Katherine LEVY, psychologue, CSAPA Avicennes – Unité parentalité (Seine-Saint-Denis)**

---

<sup>15</sup> Centre d'Accueil et d'Accompagnement de la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)



Actuellement, oui. On développe des liens avec la maternité, on pense les choses en termes de soutien à la parentalité, et on travaille dessus avec ce qui nous est apporté. Notre activité actuellement porte en effet sur le « devenir parent ».

**Cécile PELTIER, *Educatrice spécialisée, Réseau DAPSA (Paris)***

La difficulté, c'est quand l'enfant est là mais que les parents ne sont toujours pas devenus parents.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Il est important de travailler avec les parents même quand l'enfant n'est plus au domicile. Il y a des dames qui ont eu plusieurs enfants et dont on se dit un jour : « tiens, elle est mère de celui-ci », comme s'il n'y avait pas eu d'expérience de maternalité jusque-là et puis à un moment, telle naissance va faire expérience..

Comment faire pour que cette naissance la rende mère suffisamment pour qu'elle se sente prête à accueillir cet enfant ? Est-ce qu'on prend en compte cette dimension-là, qui est plus dans l'intrapsychique ?

**Olivier THOMAS, *Coordinateur psychologue, Le Fil rouge – AMPTA (Marseille)***

Les choses ne s'opposent pas. Ce qui m'intéresse plus, c'est la seconde dimension, la parentalisation. Ce qui est important, c'est que l'on s'occupe de parents. Des parents qui souffrent d'addiction. On en a des représentations, forcément, que nous devons détricoter.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Les personnes dont on s'occupe font l'objet de représentations dominantes peu amènes et on existe pour essayer de faire en sorte qu'ils puissent exercer leur fonction de parent dans des conditions convenables pour eux et leur enfant. Mais il y a une deuxième question : quelle articulation entre une dépendance pathologique et la parentalité ? Comment aider à renoncer à un statut d'enfant pour passer au statut d'adulte ? Dans beaucoup de situations, le père assume un statut maternant quand la maman ne le peut.

**Cécile PELTIER (DAPSA)**


Quand les mères consommatrices sont défaillantes, lorsque le couple vient d'avoir un bébé, il est fréquent en effet que le papa s'occupe du bébé et réponde à ses besoins tandis que les mamans « valdinguent »...

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Beaucoup de PMI nous appellent pour travailler sur les interactions précoces parents - bébé dans le cadre de l'addiction, et pas forcément pour l'addiction parentale.

**Olivier THOMAS (*équipe Marseille*)**

Je ne sais pas si on nous reconnaît cette compétence, ni même si on se la donne... Dans un colloque de pédopsychiatrie récent, on avait le sentiment d'être un peu à côté.



**Katherine LEVY (*Boucebci - dpt 93*)**

Alors que le lien avec la pédopsychiatrie est intéressant pour pouvoir penser l'enfant et la mère, et les débuts de la vie en termes de dyades ou triades.

**Marijo TABOADA (*DAPSA*)**

Voir de quadriade, avec le produit.

**Olivier THOMAS (*équipe Marseille*)**

L'addiction a une spécificité, une fonction psychique.

**Marijo TABOADA (*DAPSA*)**

La question de l'addiction est ghettoisée. Pour un pédopsychiatre : si Mme X prend du crack, alors ses compétences s'effondrent. Une partie du travail peut être de re-légitimer les gens dans leurs compétences, ou alors de créer une équipe dont la spécificité ne serait pas forcément l'addiction mais plutôt la capacité de passer outre, pour pouvoir s'occuper du reste.

**Katherine LEVY (*Boucebci - dpt 93*)**

Seulement, cette quadriade-là... On bute dessus.

**Véronique GARGUIL, *Psychologue, Pôle addictologie – Centre hospitalier Charles Perrens (Bordeaux)***

Comment permettre aux professionnels d'exercer leur cœur de métier ? La place est trop prise par le produit par rapport à l'enfant. Les maternités appellent de plus en plus les équipes de liaison –et pas pour l'enfant mais pour l'addiction– car il y a de plus en plus d'enfants dans les structures.

Pour certaines femmes, on peut penser que la prise en charge globale devrait peut-être se faire au même endroit. Je pense à ça par rapport à la psychiatrie.

**Cécile PELTIER (*DAPSA*)**

Mais l'enfant n'est pas malade mental. Il n'a rien demandé. Il a le droit à tout ce qui ressort du droit commun, à la PMI, la crèche, etc. Sinon on le met dans un endroit qui n'est pas le sien.

Quand on évalue l'indication, on ne dit pas toujours « oui » après une demande d'intervention à l'équipe mobile. Parfois on propose plutôt un travail sur la concertation.


**Katherine LEVY (*Boucebci - dpt 93*)**

Ces professionnels qui se déclarent incompetents dès lors qu'il y a une addiction me font penser à ce qui touche au transculturel, à la notion d'altérité. Dans ces cas-là, on tente d'accompagner le professionnel sur son propre chemin, même si parfois il y aura besoin de faire appel à une équipe spécialisée.

**Marijo TABOADA (*DAPSA*)**

Ou comment on renvoie l'autre à une vision simplificatrice du monde : je suis d'ici vous êtes d'ailleurs... La question est d'ailleurs aussi peu résolue en psychiatrie. Pour nous, il s'agit de





savoir comment on débroussaille l'affaire et on travaille avec les partenaires pour qu'ils soient capables d'accompagner.

Il n'y a presque aucun travail sur le thème psychiatrie et la périnatalité. Il n'y a apparemment pas de psychotiques enceintes. Il y a beaucoup de documents sur la psychiatrie féminine adulte et sur la décompensation post partum, mais très peu de documents sur le suivi et l'accompagnement à la parentalité de ces femmes ayant un trouble avant. C'est pour cela qu'on les envoie à Horizons.

**Katherine LEVY (Boucebci - dpt 93)**

Pourquoi Horizons ?

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Car il faut avoir les deux critères en même temps, addiction et parentalité, et Horizons travaille sur ces deux questions.

**Katherine LEVY (Boucebci - dpt 93)**

J'essaie de comprendre la façon dont le patient utilise le produit dans sa problématique. J'essaie aussi de me mettre à la place d'un bébé. Quel effet cela peut faire d'avoir un parent qui d'un coup devient très bizarre ou ne soit pas là ? Cela pose la question de la consommation d'un produit : c'est important de ne pas la mettre au centre de la réflexion, mais à l'écartier complètement on se prive aussi de la réflexion sur ce que cela peut faire dans la relation. La nature même du produit est à prendre en compte de par sa façon singulière d'affecter la relation.

**Nathalie LEBOT (DAPSA)**

Dans tous les troubles dont on parle, ce qui fait défaut à la parentalisation c'est la discontinuité.

**Katherine LEVY (Boucebci - dpt 93)**

Oui, mais plus que la discontinuité peut-être, il y a cette étrangeté qu'entraîne la consommation d'un produit. Quelqu'un qui prend du crack sera-t-il perçu de la même façon par un bébé que quelqu'un dépendant au jeu par exemple ? D'autant plus que le crack a une action directe sur la subjectivité de la personne et donc sur l'interaction directe avec le nourrisson.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Tant qu'il est dépendant de moi, je dois être au service de mon enfant.

**Nathalie LEBOT (DAPSA)**

C'est la contradiction même : on rejette la mère car elle est dépendante, tandis que le bébé est dépendant de sa mère ce qui apparaît comme normal, quelque chose que l'on doit respecter et que l'on valorise.



**Véronique GARGUIL** (*équipe Bordeaux*)

Faut-il modifier la façon dont on manage une équipe, faut-il voir du côté des formations, des embauches, comme un éducateur jeune enfant ?

**Marijo TABOADA** (*DAPSA*)

C'est une question. Il faut surtout ne pas être dans une prise en charge totalisante avec le risque de s'enfermer sur soi-même. Le problème est de conduire le parent à se confier de son enfance, de sa souffrance mal guérie. Les bébés grandissent vite.

**Olivier THOMAS** (*équipe Marseille*)

J'ai suivi cette année un D.U. psychopathologie périnatalité. Dans la composition de l'équipe on s'est retrouvé face à un grand vide, une EJE a été embauchée mais cela n'a pas fonctionné peut-être aussi parce que c'est de l'ordre de l'éducatif, tandis que nous sommes à la fois dans l'éducatif et le thérapeutique,...

**Véronique GARGUIL** (*équipe Bordeaux*)

Plutôt que d'acquérir des compétences sur la petite enfance, il faut peut-être aller voir dans d'autres structures, PMI et maternités par exemple, pour travailler à modifier les représentations.

**Malika SIMMONEAU**, *psychologue, Le Fil rouge – AMPTA (Marseille)*

Il faut aussi se décaler au travers la pluridisciplinarité de l'équipe On revient à la question de la mobilité.

**Richard CREMOUX**, *Educateur spécialisé, CSAPA Provins et DAPSA 77*

On retrouve cette place en co-animation dans des thérapies de groupe. Quand on travaille sur les interactions, on conjugue tout en gardant sa spécificité.

**Cécile PELTIER** (*DAPSA*)

Cela revient un peu au travail en binôme évoqué hier. Ça me rappelle une expérience, après une VAD : nous avons échangé avec ma collègue, et on n'avait pas du tout la même vision. Moi je n'ai pas aimé la maman, et c'est peut-être parce que l'enfant est venu s'asseoir sur mes genoux dès le début, de sorte que je me suis sentie à sa place et je voyais cette maman n'ayant pas accordé le moindre regard, la moindre attention pendant tout l'entretien à son enfant... Alors que ma collègue a trouvé bien la maman, avec des ressources... C'est plus facile quand on est deux.

**Véronique GARGUIL** (*équipe Bordeaux*)

Au début, cela a créé des tensions quand les budgets sont arrivés : à l'hôpital, l'équipe mère-enfant disait : « mais c'est à nous de faire ça ! ».



### **Marijo TABOADA (DAPSA)**

Cela a été construit comme ça car l'appel à projet était destiné seulement aux CSAPA. Je pense à une équipe qui va à domicile, dont la psychiatre me dit : « moi les addictions je ne supporte pas ». C'est mieux quand on est franc : si on ne supporte pas l'addiction, il faut privilégier les accords qui facilitent les choses en rendant le travail le moins désagréable possible, compte tenu de la culture institutionnelle.

J'ai toujours travaillé dans deux institutions à mi-temps. Je suis donc infiltrée culturellement par la légende de l'institution dont je proviens. Dans le 77, on tente de faire que l'équipe mobile soit composée de gens mis à disposition par des institutions. Mais nous sommes tous limités par notre culture professionnelle, de laquelle nous avons du mal à nous défaire car constitutive de notre identité professionnelle, et d'ailleurs l'institution n'a pas envie que nous adoptions un autre regard sur son propre fonctionnement. C'est donc enrichissant d'aller voir ailleurs. C'est comme réaliser un stage à l'étranger : cela permet de mieux comprendre la logique de l'autre. Cela a un effet bénéfique d'aller chez l'autre. C'est aussi pour cela qu'il faut éviter de tout faire entre soi. C'est une sorte d'idéal à atteindre. Il faut pouvoir nous adapter à ce que les patients vont exiger de nous.

Je ne suis pas sûre de déceler une différence fondamentale entre psychiatrie et pédopsychiatrie. Un psychiatre, surtout concernant l'addiction, travaille un peu avec des enfants qui n'ont pas grandi. Mais il importe de comprendre, concernant les tout-petits, ce qu'observent ceux qui ne sont pas spécialisés en addictologie.


### **Olivier THOMAS (équipe Marseille)**

Il me semble que la pédopsychiatrie est encore un domaine préservé par rapport à la psychiatrie, plus ouvert, à Marseille en tout cas.

### **Marijo TABOADA (DAPSA)**

Cela dépend beaucoup des personnes, et aussi des associations de parents de malades, par exemple pour l'autisme. Dans le champ de la psychiatrie, si le politique ne se saisit pas de cette question, alors c'est la qualité de citoyen qui risque d'être perdue par le malade mental faute d'affiliation sociale. Lors d'assises sur la santé organisées par le Conseil général, un intervenant s'est présenté lui-même comme schizophrène stabilisé faisant partie d'une association de malades et a posé la question des pairs aidants. Tout le monde a bien compris l'intérêt d'un intermédiaire entre le monde de la maladie et celui de l'affiliation sociale. Notre problème est que nous avons bien des places pour l'usager dans notre conseil d'administration, mais qui sont ces usagers ? Qui me dit que le parent est à la meilleure place pour être porte parole de l'enfant ? Même problématique concernant les personnes âgées dépendantes. La difficulté, en pédopsychiatrie, est donc que le tuteur légal parle pour l'enfant. Car si tout allait bien, il n'y aurait pas de loi de protection de l'enfance. Les associations ne me posent aucun problème, et je pense que les plus vindicatives, par exemple sur l'autisme, sont celles qui ont été le plus maltraitées.

### **Une intervenante (A)**



On a abordé les questions de soutien à la parentalité du côté de l'enfant en portant l'attention sur les préjugés qui peuvent lui être portés en raison des difficultés des parents. Mais on peut aussi se poser la question, concernant les tout-petits éventuellement prématurés, qui peuvent être déroutants en eux-mêmes, avec des difficultés d'accordage qui peuvent aussi être de leur fait. C'est une rencontre dynamique, l'enfant ne fait pas que subir, c'est aussi un acteur. Est-ce à nous de répondre à cette question ?

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Cette question est ce qui provoque l'élargissement de notre projet. Comment faire pour que le parent puisse adopter l'enfant et l'aider à aller mieux ? Nos équipes sont-elles composées de façon à pouvoir faire ce travail là ? C'est une des raisons pour lesquelles nous avons fait la demande d'un poste de psychomotricien.

**Cécile PELTIER (DAPSA)**

C'est tout l'intérêt de savoir décrypter le langage des bébés, de regarder ensemble bébé et parents. Partager le ressenti est une façon d'apprendre aux parents que le bébé participe à la relation. Comment va-t-il se manifester ? Détourne-t-il les yeux ? Crie-t-il tout le temps ? Sa façon d'être là avec nous doit nous parler. Il ne suffit pas juste d'en parler.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Quand nous intervenons dans une famille où il y a une situation d'addiction, la mère a tendance à prêter sa pathologie addictive aux troubles de son enfant - pas toujours à tort. La question est à la fois d'aider les bébés à aller mieux, et de soutenir les parents paralysés dans leur pensée par la culpabilité lorsque se manifeste la souffrance de l'enfant. La question est de savoir comment intervenir sur cette dyade qui se construit de manière un peu figée, entre un enfant qui ne va pas bien et des parents tétanisés, et faire qu'ils puissent aller consulter là où ils trouveront des réponses.

**Cécile PELTIER (DAPSA)**

Nous avons une position inconfortable car nous sommes toujours dans l'idée qu'on va passer la main, alors que l'on aimerait parfois poursuivre. Il s'agit surtout de soutenir pour que tout ne s'effondre pas en attendant que la réponse soit accessible, ce qui prend du temps. Et pendant ce temps l'enfant grandit.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Nous essayons d'avoir une position qui soit politiquement juste, c'est-à-dire qu'il n'est pas question pour nous d'aller là où il y a des failles institutionnelles. S'il y a un an d'attente par manque de moyens en pédopsychiatrie pour une consultation, nous n'allons pas créer un CMP de brousse pour pallier les choix politiques en matière de santé mentale. En revanche, concernant le suivi en CAMSP ou le bilan d'enfants atteints du syndrome d'alcoolisation fœtale, il est de notre mission d'aider les parents réticents devant l'institution à développer leurs compétences parentales pour aider leur enfant à grandir comme il se doit. Nous ne cherchons pas à pallier les défaillances du système, mais plutôt à aider le parent qui ne peut pas faire.



**Cécile PELTIER (DAPSA)**

cela n'empêche pas en parallèle le travail de discussion avec les autres institutions, par exemple sur le fait de savoir jusqu'où nous accompagnons telle famille. Sachant qu'il y a d'autres priorités de santé publique pour l'instant.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Pour ceux qui ont un adossement hospitalier c'est sans doute plus facile dans la mesure où ils peuvent trouver en interne un interlocuteur légitime et compétent pour faire ce nouage.

**Marion DELFAURE, psychomotricienne, CSAPA Avicennes**

Dans les réflexions autour d'embauches éventuelles, il y a la psychomotricité dont vous avez parlé. La question est de savoir ce qui peut faire média entre les parents et l'enfant. Mon travail est vraiment dans le soutien à la parentalité. Le budget de mon recrutement provient de parentalité et addiction.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Nous sommes aussi en recherche de recrutement d'une psychomotricienne, avec l'idée qu'elle serait en capacité de verbaliser avec la mère les compétences de l'enfant. Cela permettrait un apaisement de la mère, pour qu'elle puisse penser son enfant autrement, susceptible d'évoluer.

**Marion DELFAURE, psychomotricienne, CSAPA Avicennes**

Je viens de la pédopsychiatrie et de la périnatalité, et il est vrai que dans un contexte d'addiction, la séance de psychomotricité peut soutenir et accompagner une rencontre possible ou pas entre le parent et son enfant. Le regard est à la fois sur le parent et sur l'enfant.

**Une intervenante (Le fil rouge, Marseille)**

Pour notre éducatrice, la difficulté est de travailler la parentalité sans la présence effective de l'enfant. Cela représente la moitié des situations que l'on traite. L'enfant est placé la plupart du temps, ou alors à l'école...

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Vos tranches d'âge sont plus élevées aussi. L'ASE vous sollicite par exemple pour accompagner au placement d'un enfant, ce qui signifie qu'ils pensent que le parent mérite considération. Quand on est dans l'idée qu'il y a beaucoup de représentations stigmatisantes vis-à-vis de ce genre de parents, on se trompe peut-être. L'ASE semble considérer qu'il vaut la peine de continuer à soutenir ces parents là.

**Olivier THOMAS (Le fil rouge, Marseille)**

C'est aussi parce qu'ils sont embêtés... Ils essayent de mettre en place des choses comme des visites médiatisées par exemple, mais cela ne fonctionne pas toujours. Ils sont encombrés...



**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Quand l'ASE nous téléphone, certes ils se débarrassent de ce qui les encombre, mais ils ont compris que considérer les parents du strict point de vue de la parentalité sera pour certains impossible car trop contraignant ou douloureux pour eux. Et je suis tout à fait d'accord pour les prendre en charge !

**Olivier THOMAS (*Le fil rouge, Marseille*)**

Ils ont dans l'idée que l'on peut les aider à ce que ça se passe bien, sachant qu'ils sont en souffrance dans leurs relations avec ces parents. Parfois l'ASE nous oriente vers des enfants qui pourraient être placés, dans un contexte de conflit de loyauté entre la protection de l'enfance et la relation construite avec la personne. Ils nous demandent de prendre en charge le parent pour mieux s'occuper de l'enfant.

**Marijo TABOADA (DAPSA)**

Quand ils font appel à vous, c'est donc qu'ils ne laissent pas tomber les parents, qu'ils savent qu'ils ne peuvent tout faire. Dans les groupes de concertation, je suis parfois inquiète du surinvestissement de ces familles, avec des professionnels qui sont dans l'enthousiasme, qui trouvent mille solutions aux problèmes, alors que je sais déjà à l'avance que pour certaines dans six mois la situation sera catastrophique, qu'elles n'oseront plus le contact pour nous avoir déçues, etc. Il y a donc un travail de prévention à mener auprès des partenaires qui se seraient beaucoup investis pour amortir la violence du choc dans les cas où cette construction formidable s'effondrera lamentablement. Les services de néonatal sont souvent ainsi endoloris, leur extrême disponibilité envers les parents n'étant pas toujours récompensée, avec en outre la culpabilité du « j'aurais dû en faire plus »...

Nous arrivons au terme de ces deux journées de rencontre, je vous propose de réfléchir à un nouveau rendez-vous l'année prochaine, peut-être à Marseille ou Bordeaux, voire Biarritz...

Merci à la maternité de Port-Royal de nous avoir accueillis.