

Trajectoires d'engagement paternel dans un contexte de consommation maternelle excessive de substances psychoactives

par

Pauline Morissette, Ph. D., T.S.

Professeure titulaire

Université de Montréal

École de service social

Courriel : pauline.morissette@umontreal.ca

Sonia Bourque, T.S., M.Sc.

Agente à la mobilisation des connaissances

CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent,

centre affilié universitaire

Marie-Eve Roux

Coordonnatrice de recherche

Candidate à la M.Sc. Service social

École de service social

Université de Montréal

Revue de littérature sur la consommation et l'engagement des pères et des mères en période périnatale. Résultats d'une recherche dans la région de Québec montrant trois types d'engagement des partenaires de mères consommatrices.

Literature review on parenting by men and women with addictions during perinatal period. Results of a study in the Quebec City area showing 3 categories of parenting involvement by partners of addicted mothers.

Au Québec, des documents ministériels récents comme la *Politique de périnatalité 2008-2018* et le *Plan d'action interministériel en toxicomanie : unis dans l'action 2006-2011* (MSSS, 2006) font des femmes enceintes et des nouvelles mères consommatrices (alcool ou drogues illicites) des groupes prioritaires en raison des multiples méfaits potentiels de la consommation pour le fœtus, l'enfant ou la mère. Cependant, ces

documents n'insistent aucunement sur les rôles ou l'engagement des pères ou des partenaires¹ de ces femmes. Pourtant, en ce qui a trait à la consommation de substances, il semble que les partenaires peuvent s'avérer une source importante d'appui à la fois psychologique et émotionnel pour les mères durant la grossesse, à l'accouchement et après la naissance ou, au contraire, être un facteur de risque accru pour elles et pour leur bébé (Morissette, Chouinard-Thompson, Devault, Rondeau et Roux, 2009a). Il apparaît aussi que l'implication des pères durant la grossesse est associée à la précocité des soins prénataux ainsi qu'à l'adoption de comportements plus sains chez les mères (réduction du tabagisme, abstinence d'alcool) (Alio, Salihu, Kornosky, Richman et Marty, 2009). De plus, un rapport du World Health Organisation (2007) révèle que plus les pères s'engagent tôt durant la grossesse, à la naissance et ensuite, plus ils sont proches de leur bébé. Enfin, en s'appuyant sur plusieurs recherches, Lamb (2010) mentionne qu'un engagement paternel positif est bénéfique pour les enfants. Il est donc largement légitimé de s'intéresser aux partenaires des mères consommatrices durant la période entourant la naissance pour avoir une meilleure compréhension de la façon dont ils assument leur paternité dans ce contexte particulier. Ces connaissances permettront aux travailleurs sociaux de les considérer comme des acteurs aussi importants que les mères quand il est question de parentalité en vue de les mobiliser et d'intervenir avec eux (Shapiro et Krysik, 2010).

L'article présente des résultats de recherche portant sur l'analyse de trajectoires types d'engagement paternel de partenaires de mères consommatrices de substances psychoactives (SPA) recrutés à la naissance de l'enfant. La typologie présentée permet de comprendre les trajectoires d'engagement paternel au-delà des situations singulières et de constater un partage de caractéristiques et d'éléments simultanés ou juxtaposés qui influencent l'engagement des pères tout au long de la période périnatale. Le

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 135 (2011.2) : 61-72.

concept d'engagement paternel que nous avons privilégié est celui utilisé dans l'analyse des trajectoires proposée par Lamb (2010) qui regroupe quatre composantes : 1) être engagé dans des activités positives directes avec l'enfant; 2) être engagé dans des activités pour l'enfant; 3) être chaleureux et affectueux; ainsi que 4) être responsable et démontrer une préoccupation parentale. Les processus d'engagement des pères en contexte de consommation durant la période à laquelle nous nous intéressons ont été peu explorés. De manière plus précise, cet article se divise en deux parties. Dans la première, l'article traite de la consommation des pères et des mères en période périnatale et d'éléments en jeu dans l'engagement paternel en contexte de consommation. Dans la deuxième, nous donnons une description de notre méthodologie et présentons les trajectoires. En conclusion, nous relevons quelques limites de notre recherche et certaines pistes d'intervention.

Que savons-nous de la consommation des pères durant la période périnatale?

D'après une étude-pilote effectuée auprès de 50 pères inscrits dans un programme de substitution à la méthadone, la majorité (72 %) était des consommateurs actifs au moment de la naissance de leur plus jeune enfant (McMahon, Winkel, Suchman et Rounsaville, 2007). Aussi, effectuant une analyse secondaire de données d'une étude longitudinale effectuée auprès de 252 mères (consommatrices de cocaïne et non-consommatrices) afin d'estimer la prévalence de la consommation des partenaires, Frank, Brown, Johnson et Cabral (2002) indiquent que 22 % étaient décrits par leur conjointe comme ayant un problème d'alcool ou de drogue. Comparant les consommatrices de cocaïne en fonction de leur niveau de consommation, l'étude précise que les mères ayant une consommation abusive de cocaïne rapportent une fois et demie plus souvent que celles ayant une consommation plus légère et deux fois plus souvent que les non-consommatrices une histoire de consommation chez leur conjoint. Ces résultats montrent que bon nombre d'hommes qui accompagnent les mères ayant une consommation abusive dans leur expérience de la maternité sont eux-mêmes des consommateurs.

L'étude de Klee (2002) éclaire, quant à elle, les dynamiques de soutien au sein des couples faisant usage de substances. D'abord, elle révèle que la présence d'un partenaire soutenant capable de joindre ses efforts à ceux de la mère pour apporter des changements à la consommation de cette dernière serait l'élément déterminant des capacités de celle-ci à faire des changements significatifs vis-à-vis de sa consommation et à éviter les rechutes à la période anté et post-natale. Ensuite, elle indique que, lorsque le partenaire continue à consommer, le comportement de ce dernier mine les efforts de la mère à cesser ou à diminuer sa propre consommation. Enfin, elle met en évidence que, dans le cas où les deux partenaires sont consommateurs, peu d'hommes persistent dans leur objectif de réduire leur consommation dans les semaines suivant la naissance de l'enfant bien que l'intention de s'abstenir soit exprimée avec conviction à la naissance. Selon Cavacuiti (2004), lorsque les deux partenaires partagent la consommation, ce comportement devient un élément central de leur relation conjugale.

Que savons-nous de la consommation des mères durant la période périnatale?

Pour ce qui est de la consommation des mères, des études suggèrent que plusieurs diminuent leur consommation durant la grossesse, mais que ces dernières recommencent dans les mois suivant la naissance de l'enfant. Par exemple, le National Survey on Drug Use and Health (2009) rapporte que, d'un trimestre à l'autre de la grossesse, la consommation des mères fluctue de façon importante et que, globalement, leur consommation diminue au fur et à mesure qu'elles se rapprochent de l'accouchement. L'enquête montre aussi la reprise de la consommation de plusieurs mères dans les trois mois suivant la naissance de leur enfant. L'étude de Best, Segal et Day (2009), effectuée auprès de mères ayant eu accès à un service spécialisé mère-enfant en dépendance au cours de leur grossesse et immédiatement après la naissance de l'enfant, montre la même tendance. Utilisant le *Lifetime Drug Use History*, les résultats indiquent une réduction de la quantité et de la fréquence d'usage d'héroïne et de crack après le sixième mois de grossesse et dans le mois suivant la naissance, bien que

ce patron de changements s'avérait moins constant chez les utilisatrices de crack. De ce point de vue statistique, il n'y aurait pas de rupture ou de réduction définitive dans la trajectoire de consommation de beaucoup de mères lors des moments entourant la naissance de l'enfant. Cette perspective ignore toutefois l'impact d'un retour à la consommation de la mère sur la vie conjugale, familiale et parentale.

Que savons-nous de l'engagement des pères en contexte de consommation?

Éléments d'influence dans l'engagement paternel

Dans cette section, des résultats de recherches qui montrent l'influence de divers éléments sur l'engagement des pères sont regroupés. Par exemple, selon Kroll et Taylor (2000), dans cette problématique de la consommation parentale, il y a un problème récurrent de « collision de circonstances » qui peuvent affecter l'habileté de parents (pères et mères) dépendants aux drogues à répondre adéquatement aux besoins de leur bébé. Dans le même sens, pour McKeganey et ses collaborateurs (2002), l'interdépendance entre la consommation abusive et divers facteurs contextuels apparaissant simultanément peut affecter les capacités parentales. Ainsi, des recherches (Frank et al., 2002; Kroll et Taylor, 2003) indiquent que la consommation parentale de drogues augmente les risques de violence conjugale, d'être aux prises avec le système judiciaire et d'avoir une vie instable, notamment caractérisée par la difficulté à trouver et à garder un emploi. Ces études révèlent que la sévérité de la consommation et le type de produit consommé sont parmi les déterminants les plus importants de l'emploi défaillant des consommateurs de drogues dures. En effet, la consommation régulière de ces produits peut, notamment, affecter la santé physique et mentale, réduire les aptitudes et la performance qui entraînent la perte d'emplois successive ou permanente. Ainsi, de nombreux parents consommateurs sont à risque de vivre l'expérience de la parentalité dans un contexte de pauvreté aigu ou chronique. Être parent dans un tel contexte est généralement vécu comme un combat permanent, une préoccupation quotidienne qui consomme du temps, qui sape l'énergie et la patience et pousse à ques-

tionner ses habiletés parentales (Russell, Harris et Gockel, 2008). Bien que toutes les études mentionnées ne portent pas exclusivement sur des pères consommateurs, elles confirment qu'il est difficile d'assumer sa place comme père dans ce contexte.

Dans une étude effectuée auprès de 821 pères, explorant leur stress parental, leur consommation d'alcool, les caractéristiques de l'enfant, leur engagement et leur disponibilité auprès de lui, Halme, Tarkka, Nummi et Astedtkurki (2006) rapportent que le stress parental explique 35 % de l'engagement paternel. Dans leur modèle d'analyse, le stress associé à la parentalité renvoie à des facteurs tels la perception d'avoir un enfant demandant, l'humeur de celui-ci, le sentiment de compétence des pères et leur attachement à l'enfant. Bien que les enfants des pères de cette étude soient âgés de trois à six ans, ce sont là des résultats qui attirent l'attention comme facteurs d'influence sur l'engagement des pères en contexte de consommation.

D'autres études confirment que la relation entre les pères consommateurs et leur enfant est à grand risque de se briser avec le temps. À cet égard, la recherche récente de McMahon, Winkel, Suchman, Rounsaville (2007b) suggère que les pères consommateurs de leur étude ont fait des efforts pour se comporter en parent responsable pendant les premières années suivant la naissance de leur enfant. Toutefois, leur engagement s'est détérioré avec le temps, et ce, parallèlement à leur relation avec la mère. Interrogeant des mères consommatrices sur leur perception de l'engagement de leur partenaire, Gearing, Selkirk, Koren, Leslie, Motz, Zelazo, McNeill et Lozier (2008) corroborent les résultats de cette étude en montrant que les mères avaient des partenaires très présents au début, mais que les contacts avec l'enfant ont cessé dans ses premiers mois de vie.

D'autre part, interrogeant des pères et des mères consommant abusivement des drogues, Klee (1998) rapporte que les pères étaient tout aussi préoccupés par leur enfant que les mères, même parfois plus, et que le niveau d'attachement émotionnel de ces hommes était très élevé. En outre, dans cette étude, des mères ont déclaré qu'elles se sentaient très souvent appuyées et que leur partenaire était un parent compétent.

Au-delà de la sévérité de la consommation des pères, certains états de leur consommation semblent aussi indissociables de leur engagement auprès de leur enfant. Dans l'étude qualitative de Hogan (2007), 50 parents non consommateurs de drogue ont été comparés à 50 parents (32 mères et 18 pères) ayant une dépendance aux opiacés. Ces derniers ont exprimé qu'ils étaient insatisfaits : 1) de leur disponibilité physique quand ils étaient préoccupés à se procurer la substance ou hospitalisés en raison de la consommation; 2) de leur disponibilité émotionnelle (quand ils n'arrivaient pas à répondre à l'enfant en raison des effets de la substance ou d'un manque de substance); et 3) de leur capacité à fournir un environnement stable à l'enfant à cause de leurs difficultés à établir des routines ou de leurs humeurs variables. Ailleurs, il ressort que lorsque la consommation de drogue est stable, les parents sont plus aptes à se centrer sur leur enfant (Barnard, 2007).

Marsiglio (2002, cité dans Twomey, 2007), explorant des facteurs qui contribuent à la réponse des hommes en regard de la paternité, rapporte que leur conception d'eux-mêmes comme père dépend de leurs expériences antérieures de la paternité, de la relation qu'ils ont avec l'enfant et de celle qu'ils ont avec la mère. À cet égard, Grégoire (2010) mentionne que les mères peuvent discréditer leur partenaire quand il ne répond pas à leur idéal de père.

Dans une revue de la littérature portant sur la consommation maternelle et paternelle et sur ses conséquences pour les enfants, Scaife (2008) conclut que, lorsque les pères ayant une consommation abusive de drogues sont hautement motivés à s'occuper d'eux-mêmes, il s'agit d'un important facteur de protection pour l'enfant. Ce serait aussi la première motivation des pères pour se stabiliser ou sortir de la dépendance aux drogues (Barnard, 2007; Meier, Donmall et McElduff, 2004).

L'étude qualitative de Rhodes, Bernays et Houmoller (2010) effectuée auprès de mères et de pères consommateurs préoccupés par les effets de leur consommation sur leur vie de famille renforce la conviction que plusieurs parents qui font usage de drogues déploient des stratégies d'action pour limiter les dommages

associés à leur consommation. Les stratégies mentionnées dans cette étude sont : 1) faire des efforts pour maintenir une apparence de « normalité familiale »; 2) contrôler son temps et son espace de consommation; 3) répondre aux besoins de base visibles du bébé (le nourrir, le garder propre); et 4) placer l'enfant chez des gens de confiance quand le besoin de consommer se fait sentir. Les auteurs mettent aussi en évidence d'autres aspects pouvant être reliés à l'engagement paternel : d'une part, l'ambivalence de renoncer ou non à la drogue et, d'autre part, le manque d'attention portée aux besoins et aux dommages émotionnels chez l'enfant, la fragilité des stratégies déployées et la résistance à répondre à l'image de soi comme « mauvais parent ». Ces données montrent aussi leur double préoccupation : celle de protéger l'enfant et celle de se protéger eux-mêmes.

Enfin, selon Grégoire (2010), l'ambivalence au sujet de l'engagement paternel peut être plus grande quand consommer abusivement est le choix d'une certaine marginalité ou quand la grossesse est imposée aux pères. Dans le premier cas, la paternité les ramènerait à un rôle qu'ils ont voulu fuir ou éviter. Dans le deuxième, ils n'ont ni désir ni projet d'enfant ou encore ils doutent d'être le père biologique. Sous ce point de vue, l'auteure ajoute que le rôle de père implique de pouvoir aimer et de reconnaître l'enfant.

À partir de cette revue de la littérature non exhaustive, on constate que de nombreux éléments peuvent augmenter le risque d'aggravation des difficultés des pères consommateurs ou des partenaires de mères consommatrices à s'engager auprès de leur enfant.

Méthodologie

Cette recherche avait comme objectif de documenter l'expérience des pères, leur rôle dans la famille, les facteurs qui renforcent ou inhibent leurs efforts à soutenir la mère dans la transition vers la parentalité et en regard de sa consommation.

Le choix des pères et des mères. Les pères sont les partenaires de mères consommatrices de substances psychoactives recrutées dans six centres hospitaliers de quatre régions du Québec²⁻³. Ils pouvaient être le père biologique de l'enfant ou la figure paternelle désignée

par la mère. Ils étaient selon le cas consommateurs actifs ou non. Toutes les mères ont eu une consommation entraînant diverses conséquences dans leur vie au cours de l'année précédant la naissance de l'enfant. Ces conséquences ont été mesurées à l'aide de l'AUDIT et du DAST qui sont des instruments de mesures standardisées. La majorité présentait un risque allant d'intermédiaire à substantiel pour la consommation des drogues. Sept étaient catégorisées comme ayant une consommation d'alcool nocive ou une dépendance et quatre présentaient une consommation sévère aux deux produits. Pour les détails concernant la consommation des mères, nous renvoyons le lecteur à d'autres articles déjà publiés (Morissette, Devault et Bourque, 2009b; Morissette, Chouinard-Thompson, Rondeau et Roux, 2009a).

La collecte des informations. Les informations ont d'abord été recueillies à partir d'un questionnaire permettant d'établir le profil sociodémographique des parents et quelques caractéristiques antérieures de l'expérience parentale des pères et de leur relation avec la mère (c.-à-d. : durée de la relation avec la mère de l'enfant). Ensuite, la chercheuse et deux assistantes se sont attardées à l'expérience de la paternité et aux perceptions des mères par le moyen d'entrevues semi-structurées individuelles et thématiques. Les récits des pères et des mères ont été recueillis de façon séparée, à deux moments, soit dans les trois semaines qui ont suivi l'accouchement (temps 1) et six mois plus tard (temps 2), afin de comprendre l'évolution des différentes dimensions étudiées. Pour les pères, la première entrevue a porté sur leur préparation à la paternité et sur leur expérience de l'annonce de la grossesse et de l'accouchement. La seconde entrevue couvrait leur expérience parentale depuis l'accouchement jusqu'à six mois. Au total, 20 pères et 20 mères ont été rencontrés au temps 1, et 16 pères et 16 mères au temps 2, ce qui totalise 72 entrevues d'une heure et demie à deux heures. Parce qu'ils n'ont pu être rejoints au temps 2 et qu'il était donc impossible de tracer la trajectoire d'engagement de ces pères, quatre couples ont été exclus des analyses. Dans tous les cas, le nouveau-né avait été confié à la garde des parents.

L'analyse des données. Nous avons d'abord privilégié une méthode synopsis, c'est-à-dire une synthèse de chacune des entrevues. Ce moyen a l'avantage de donner accès à toute l'information du corpus sans avoir à retourner aux verbatim complets. Les synopsis portaient sur les caractéristiques du père (ex. : sévérité de la consommation, santé émotionnelle et physique, sentiment de compétence paternelle, désir et projet d'avoir un enfant), sur celles de l'enfant (ex. : tempérament perçu par le père, problèmes de santé) et sur divers éléments contextuels (ex. : emploi et conditions d'exercice, consommation maternelle, relation conjugale, réseau de soutien à la parentalité).

La construction des trajectoires types. Les trajectoires types ont été construites en fonction du degré d'engagement paternel à la première et à la deuxième entrevues et selon les composantes comportementales distinctes et fondamentales de Lamb (2010) mentionnées au début de cet article. Ainsi, nous avons constitué une classification d'engagements paternels caractérisés par différentes spécificités, afin que les comportements d'engagements intragroupes des pères se ressemblent le plus possible et que ceux intergroupes soient les plus différents les uns des autres. Il s'agit d'une construction typologique selon une comparaison subjective et qualitative à chacun des deux temps.

La chercheuse et deux assistantes ont fait l'analyse selon les étapes suivantes. Premièrement, elles ont apprécié sur une échelle Likert de quatre points la situation de chaque père au temps 1 et au temps 2 en fonction des quatre composantes de l'engagement paternel de Lamb (2010) : 1 représentant un fonctionnement très satisfaisant; 2 un fonctionnement adéquat; 3 un fonctionnement manifestant quelques difficultés; 4 un fonctionnement manifestant beaucoup de difficultés. Deuxièmement, elles ont défini individuellement la position de chacun des pères selon l'ensemble des composantes aux temps 1 et 2 pour ensuite les comparer. Troisièmement, elles ont construit les agrégats, c'est-à-dire trois regroupements de trajectoires types (qui comprennent plusieurs cas) selon leurs ressemblances. Les trajectoires types d'engagement paternel correspondent au type 1 qui cumule

des appréciations très satisfaisantes ou adéquates (1 ou 2) à chacun des deux temps; au type 2 qui se caractérise par des appréciations instables (adéquats sur certains aspects et présentant des difficultés sur d'autres) à chacun des deux temps; au type 3 qui cumule beaucoup de difficultés (3 ou 4) à chacun des deux temps. Un accord inter-juge de 90 % et plus a été obtenu à chacune des étapes.

L'analyse des facteurs. L'engagement paternel étant un phénomène dynamique, nous avons ensuite examiné les variations de degré d'engagement paternel en tenant compte des éléments qui favorisent ou nuisent à l'engagement paternel. Il s'agit, entre autres, de la consommation paternelle et de celle de la mère, des caractéristiques de l'enfant, des relations pères-mères et de la situation socioéconomique.

Résultats

Profil sociodémographique et de consommation des pères rencontrés

Tous les pères rencontrés ont une filiation biologique à l'enfant. L'âge des pères à la naissance de leur enfant varie de 22 à 42 ans, 12 en sont à une première expérience de paternité, alors que huit avaient des enfants plus âgés généralement issus d'une relation antérieure. Plus de la moitié (n = 11) n'ont pas terminé leur scolarité secondaire. Quelques-uns avaient un emploi ou étaient étudiants lors de la première entrevue. La consommation des pères n'a pas été mesurée de la même manière que celle des mères puisque nous nous intéressions à eux comme partenaires qu'ils soient consommateurs ou non. Des propos recueillis nous permettent néanmoins de voir que la majorité a eu, comme les mères, une histoire de consommation antérieure importante et que plusieurs ont continué à consommer à divers degrés durant la grossesse et par la suite (Morissette, Devault et Bourque, 2009b).

Présentations des trajectoires types

Trajectoire 1 : un engagement investi

Cette trajectoire regroupe 50 % des pères rencontrés en contexte de consommation maternelle. Elle caractérise les pères les plus engagés auprès de leur enfant et regroupe ceux qui cumulent plusieurs éléments de stabilité

dans différentes sphères de leur vie. Ceux-ci apparaissent sur le plan de la consommation, de l'emploi et au regard de la durée de la relation conjugale. Dès la grossesse, ces partenaires se sentaient déjà pères et se faisaient protecteurs de leur enfant en soutenant les mères dans leur nouveau rapport à la consommation. Par exemple, lorsque certaines se disaient fatiguées de la consommation et du mode de vie l'accompagnant durant leur grossesse, leur partenaire les croyait et leur faisait confiance. Plusieurs étaient aussi très engagés dans le suivi méthadone ayant une conscience particulièrement éveillée des méfaits potentiels de la consommation de cette substance sur le fœtus. Parmi les tendances observées, il ressort aussi que les pères s'impliquent autant que les mères auprès de l'enfant, mais de façon différente, et que cette contribution intense et positive est la même six mois après la naissance. Les pères rapportent, et les mères le confirment, qu'ils sont attentifs aux besoins de leur enfant, ils s'en préoccupent et ils planifient leur quotidien. Ceux qui travaillent ou sont étudiants se disent très actifs dans les soins à donner à l'enfant entre les heures occupées. En outre, ils rapportent qu'ils s'adaptent très bien aux exigences de la vie domestique avec un bébé. Pour la majorité, la centralité de leur intérêt est de voir au bien-être de l'enfant et à celui de la mère. Leur enfant est perçu comme un enrichissement du couple et leur engagement paternel renvoie aussi à une représentation très positive du tempérament de leur enfant. Ces « enfants faciles »⁴ sont, pour eux, une source de plaisir à la naissance et par la suite. Un certain nombre ont appris à devenir pères avec un autre enfant et disent avoir une bonne estime parentale. Pour la plupart, la vie de famille est présentée comme un projet d'avenir.

Quand les pères de cette trajectoire abordent la question de la consommation, plusieurs se présentent comme d'ex-consommateurs. Ce discours montre qu'au moment de l'annonce de la grossesse, ils s'étaient déjà pris en main. Dans plusieurs cas, les mères étaient déjà sous méthadone au moment de la rencontre. Elles avaient déjà dit « stop » à leur drogue, par choix, avant l'annonce de la grossesse. Les deux parents étaient donc dans une période particulièrement positive de leur trajectoire de

consommation au moment où ils sont devenus parents. Quand des pères ont dit être encore consommateurs, la plupart affirment que l'arrivée d'un enfant les a fait bifurquer vers une consommation plus modérée et non problématique. De fait, ce premier groupe de pères avait la consommation la moins sévère des pères rencontrés aux deux temps de notre étude. Il s'agit là d'une dimension de la dynamique des couples parentaux qui les rend les plus aptes à assurer la sécurité et la stabilité de leur enfant.

Dans le cas de cette première trajectoire, nous avons aussi noté que les deux parents avaient un fort désir de faire le mieux possible pour leur enfant et que vouloir un enfant était un projet commun même si la volonté était parfois plus grande chez l'un que chez l'autre. S'ajoute à cela le fait qu'ils forment un couple depuis longtemps et qu'ils se sont choisis pour assumer ensemble leur nouveau rôle parental. À cet égard, des mères ont mentionné que les pères dépassent leur représentation d'un père et qu'elles sont surprises de leur attachement à l'enfant. Aux dires des deux parents, leur couple s'est construit sur un engagement amoureux. À quelques exceptions près, ces couples bénéficient de l'appui de membres de la famille élargie pour les aider à vivre leur vie de famille quand l'énergie fait défaut. À l'évidence, la situation financière de ces familles est aussi la meilleure comparée aux autres familles rencontrées, ce qui leur confère une autonomie parentale stable. Bref, dans cette trajectoire, nous pouvons déceler plusieurs éléments favorables et déterminants retracés dans la littérature portant sur l'engagement des pères.

Trajectoire 2 : un engagement dilué

Cette trajectoire représente 37 % des pères rencontrés et se caractérise par un engagement inégal des pères entre la naissance et les six mois de l'enfant. À cet égard, nous constatons que l'implication de ce deuxième groupe de pères auprès de leur enfant est différente selon qu'ils ont un emploi ou non. Par exemple, lorsqu'ils sont sans travail, ils révèlent jouer plus facilement leur rôle de père parce qu'ils sont plus présents. Ce sont généralement des pères au parcours professionnel chaotique : contrat temporaire, suivi de période de

chômage et d'aide sociale ou vice versa. Ils sont aussi parfois dans des contextes de travail plus difficiles au moment de la première ou de la deuxième entrevues : longues heures de travail, travail de nuit, etc. Par le travail, on comprend que ces pères cherchent à faire survivre leur famille, non à se réaliser. Avoir une santé psychologique fragile est un autre élément d'instabilité qui peut être relié à leur engagement. Celle-ci se révèle quand les mères parlent de dépression chez leur conjoint ou d'angoisse qu'elles associent à un long passé de consommation, ou encore, quand eux-mêmes se disent « maladifs » ou « suivis pour la gestion de leur colère ». Selon les propos des mères, ils se fient à elles pour les soins à donner à l'enfant. Eux-mêmes parlent souvent de difficultés à composer avec les besoins de leur enfant et reconnaissent qu'ils pourraient « en faire plus ». Cette trajectoire montre aussi qu'ils ont une représentation ambivalente de l'enfant. En effet, ils sont souvent plus négatifs que les mères quand ils le décrivent. Ils le voient comme ayant « tout un caractère » ou comme étant « pleurnichard ». Plusieurs enfants ont eu des moments difficiles depuis leur naissance, bien que les problèmes se soient assez rapidement résorbés (hospitalisation de quelques jours, problèmes avec les dents ou le lait). Leur paternité semble être vécue dans un effort constant. Néanmoins, de manière générale, ils affirment que leur enfant est motivateur, qu'il les amène à des remises en question, qu'ils sont conscients qu'il dépend d'eux et qu'il a besoin de leur présence. De cette façon, ils expriment un sentiment de responsabilité parentale.

Avant la grossesse, les pères de cette trajectoire avaient pour la plupart, comme les mères, une consommation importante de drogue dure. Durant la grossesse, autant l'un que l'autre, ils ont déclaré avoir cherché à diminuer leur consommation. Les deux parents se disaient inquiets des effets potentiels de la consommation sur leur rôle parental. Après la naissance, plusieurs indices révèlent que la drogue a toujours une place importante dans la vie de chacun : rechute temporaire ou « cravings »⁵ des mères, consommation en cachette soi-disant pour protéger la mère ou « binge »⁶ de consommation chez des pères. À ces caractéristiques de trajectoire individuelle de consommation s'ajoute une consommation de cannabis

partagée pour relaxer en soirée ou une consommation d'amphétamines occasionnelle ensemble pour se retrouver comme couple.

Dans le cas de cette trajectoire, si le bébé est important pour les deux parents, le couple l'est tout autant pour les pères. Il peut s'agir d'un autre élément qui expliquerait au moins partiellement leur moins grande centration sur l'enfant comparativement aux pères investis. La durée de la relation de ces parents à l'annonce de la grossesse est aussi très variable et avoir un enfant n'est pas, pour la plupart, un projet de couple. Plusieurs pères ont affirmé qu'ils ne voulaient pas d'enfant à ce moment-là soit par « manque d'argent » ou « pas avec cette femme ». Toutefois, maintenant que l'enfant est là, ils ont dit « vouloir faire avec ». Après la naissance de l'enfant, les mères se montrent plus ou moins satisfaites du père, du partenaire et du travailleur pour ce qui est des revenus. Elles expliquent « qu'il prend peu d'initiatives », « montre des signes d'impatience » ou « peut parfois avoir des gestes brusques envers l'enfant ». À la rencontre de six mois, des mères se sont dites peu satisfaites du soutien approximatif que leur offrait leur partenaire et envisageaient même de poursuivre leur route parentale seule avec leur enfant. Elles affirment que le conjoint rend les choses « encore plus difficiles » lorsqu'il continue à consommer plus régulièrement et que cette situation cause des tensions dans leur couple. Le nombre des conflits s'accroît depuis la naissance de l'enfant. Il s'agit ici des conjointes les plus fragiles de ce groupe au regard de leur consommation. Un ou deux couples avaient des liens obligés avec les services : DPJ, appartements supervisés. Cette trajectoire est, quant à elle, traversée par plusieurs points communs d'instabilité qui se succèdent ou s'additionnent pour nuire à la paternité.

Trajectoire 3 : un engagement difficile

La troisième trajectoire regroupe 13 % des pères rencontrés et se caractérise essentiellement par une vie désorganisée et extrêmement fragilisée qui a commencé bien avant l'annonce de la grossesse. Cet engagement reflète aussi une adaptation parentale très difficile en raison du tempérament perçu de l'enfant ou de problèmes de santé physique permanents qui nécessitent des soins particuliers et des

déplacements fréquents à l'hôpital. L'analyse montre aussi que, dès la naissance, les séquelles que les pères relient à la consommation les affectent grandement. Par la suite, ils ont eu des difficultés à accepter le bébé et ils craignent pour son avenir. Pour ce groupe de pères, l'enfant est source d'irritation et entraîne des frustrations. Néanmoins, leurs préoccupations témoignent d'un intérêt pour le bébé.

Cette trajectoire est aussi constituée de pères qui sont aux prises avec une constellation de situations de précarité dont ils deviennent de plus en plus conscients après la naissance : un avenir professionnel bloqué par une consommation chronique et parce qu'ils n'ont jamais intégré le marché du travail, l'absence de diplôme du fait d'avoir décroché très tôt du système scolaire, des relations conjugales violentes entraînées par la consommation de l'un ou de l'autre, des crises multiples, un manque de logement adéquat. Des circonstances qui semblent s'avérer aggravantes en regard de l'engagement paternel, car il leur est difficile de se décentrer de leurs problèmes pour répondre à l'enfant qui a des besoins particuliers. Ces pères évoquent une vie stressante après la naissance et disent trouver peu de plaisir dans l'expérience de la paternité. Nous pensons donc qu'ils vivent leur paternité comme un fardeau. Ils racontent aussi qu'ils se retrouvent avec un enfant qu'ils n'ont pas voulu ou qu'ils n'étaient pas prêts à avoir en raison de leur jeune âge. Les plus jeunes pères de cette trajectoire ont déclaré se sentir peu compétents concernant leur rôle et avoir peu confiance en eux-mêmes. Enfin, selon le discours des mères et en concordance avec celui des pères, la responsabilité parentale revient presque exclusivement aux conjointes. Le désintéressement des pères vis-à-vis de leur enfant est nettement plus marqué à la deuxième entrevue, ce qui porte à croire que le désarroi qu'ils ont connu au cours des semaines suivant la naissance s'est intensifié après six mois.

Dans cette trajectoire, l'attachement aux substances après la naissance demeure très important pour les pères et interfère sans doute avec l'attachement à l'enfant (Kroll et Taylor, 2003). Ce même problème grave de consommation a aussi été repéré avant l'annonce de la grossesse

et durant les cinq ou six premiers mois de la grossesse de leur conjointe. La plupart des pères de ce groupe se montrent conscients que leur propre consommation a influencé celle de la mère pendant la grossesse et après la naissance de leur enfant. À la deuxième entrevue, la plupart révèlent « qu'ils ne peuvent pas » ou « ne veulent pas arrêter ». Leur consommation, comme celle de la mère, les mène à la peur d'un signalement à la DPJ.

Ces couples se découvrent en même temps qu'ils apprennent à devenir parents et à vivre avec un enfant qui a des besoins particuliers. Leur identité individuelle et de couple s'est construite autour de la consommation et de la marginalité bien avant la naissance de l'enfant, comme nous l'avons vu auparavant. Avoir un enfant est, pour les deux, un projet parental peu réfléchi et avec peu de préparation psychologique. Depuis leur rencontre, ces couples vivent dans un univers très restreint et sont très refermés sur eux-mêmes. À cet égard, nous observons que l'arrivée de l'enfant a bouleversé leur vie de couple en symbiose. Lorsque nous explorons leur relation avec les mères, nous pouvons voir que l'enfant est perçu comme dérangeant leur vie de couple. Après la naissance, leur relation se distingue de celles des couples des trajectoires précédentes par un climat émotionnel violent lorsque l'un ou l'autre est sous l'effet d'un produit.

Enfin, dans cette troisième catégorie, les liens familiaux ne sont pas toujours complètement coupés. Dans ce cas, la famille élargie fournit un soutien essentiel : la nourriture, un toit lors d'interactions violentes, la garde de l'enfant advenant un signalement pour maintenir le contact avec les parents. Malgré des besoins criants, la méfiance de ces parents à l'égard des services sociaux limite leur demande de services davantage que les parents des autres trajectoires. Sauf s'ils y sont obligés, ils tentent souvent d'éviter le contact avec les intervenants dès les premières semaines après la naissance. Cette trajectoire révèle donc un besoin intense d'accompagnement des pères dans leur processus de *parentalisation* (Tagawa, 2004).

Limites et pistes d'intervention

Dans cet article, nous nous sommes intéressées aux partenaires de mères consommatrices de

substances psychoactives recrutés à la naissance de leur enfant dans divers milieux hospitaliers. Ces hommes ont attiré notre attention parce que, dans l'état actuel des connaissances, nous avons peu d'informations les concernant. À notre connaissance, les recherches se sont centrées jusqu'ici sur les mères et futures mères qui consomment abusivement de l'alcool et des drogues illégales ou sur les parents consommateurs. Peu d'études ont donc porté sur les pères consommateurs eux-mêmes. En nous appuyant sur les dimensions du concept d'engagement paternel défini par Lamb (2010), nous avons fait ressortir trois trajectoires types d'engagement paternel chez les partenaires de mères consommatrices. Nos résultats donnent un portrait du contexte social, familial, économique et de consommation dans lequel l'engagement prend place et montrent comment les éléments d'influence positifs ou négatifs varient en nombre, en fréquence, en intensité et en chronicité d'une trajectoire à l'autre.

Notre recherche comporte, bien sûr, des limites inhérentes au type de méthodologie utilisé et il n'est pas possible de généraliser les résultats. L'échantillon en est un de convenance et le recrutement s'est fait dans six centres hospitaliers. L'exigence d'avoir la garde du nouveau-né à la sortie de l'hôpital introduit aussi un biais de sélection puisque nous n'avons pas rencontré de père dont l'enfant a été placé à la naissance. Malgré ces contraintes méthodologiques, cette recherche dans laquelle les partenaires des mères consommatrices ont été rencontrés séparément de leur conjointe fournit plusieurs résultats intéressants pour l'intervention. Plusieurs aspects de leurs témoignages font écho aux résultats d'études antérieures.

Par exemple, nos résultats indiquent qu'il convient de s'arrêter au statut de consommation des partenaires. Ceux-ci sont appuyés par d'autres études (Klee, 2002; Frank et al., 2002) qui suggèrent la présence passée ou actuelle de la consommation de substances psychoactives chez les pères et leur influence dans la dynamique de la consommation des mères en période périnatale. Nos données sont aussi comparables à celles qui indiquent que les pères engagés qui ne consomment plus peuvent constituer un facteur de protection quand les mères sont

moins fonctionnelles. Ces pères peuvent compenser les difficultés rencontrées par les mères (Morissette, De Koninck, Guyon et Lessard, 2003). Ces données corroborent aussi l'influence négative des partenaires sur la consommation des mères révélée dans une autre recherche (Riethman, Iguchi, Zeller et Morral, 2003). Elles suggèrent que les pères en traitement qui ont un problème de consommation moins sévère se perçoivent comme étant plus impliqués auprès de leur enfant que ceux dont la consommation est plus sévère (Collins, Gretta et Hser, 2003). À la lumière de ce qui précède, il apparaît donc nécessaire que les travailleurs sociaux intègrent les partenaires dans l'évaluation des risques pour les nouveau-nés ou les enfants nés dans un contexte de consommation maternelle, afin de mettre en évidence leur rôle comme élément de protection ou de vulnérabilité du bien-être et de la sécurité de leur enfant. Les travailleurs sociaux doivent être prêts à aborder avec tact la consommation des pères afin de comprendre leur crainte de perdre la garde de l'enfant et de les orienter vers des services de soutien appropriés. Ils doivent être prêts à questionner leur pratique, car ils recueilleraient, trop souvent, peu d'informations sur les pères dans les familles qu'ils desservent (Burgess, 2007). Il s'agit d'un défi clinique important. Certains pères apparaîtront hésitants à collaborer, puisqu'il est bien souvent stressant de parler de consommation, car celle-ci demeure encore grandement stigmatisée.

Nos données soulignent aussi l'importance d'une grande empathie de la part des intervenants. Celle-ci est fondamentale à la création du lien rendant les pères suffisamment à l'aise pour un partage émotionnel sur leur désir d'avoir un enfant, sur leur expérience reliée à la grossesse et sur la venue d'un enfant dans leur couple. Le but est d'évaluer si l'enfant est ou sera accueilli par ses deux parents. Rappelons ici que deux des trajectoires dégagées sont empreintes d'instabilité, d'angoisse, de détresse, voire d'insatisfaction, dans l'exercice du rôle de père.

Nos données traduisent aussi des indices d'attachement à l'enfant malgré les difficultés que les pères doivent affronter dans leur vie et dans l'exercice de leur rôle parental. En ce sens,

certain auteurs (Ferguson et Hogan, 2004) concluent qu'il n'y a rien qui laisse croire actuellement que les pères vulnérables aimeraient moins leur enfant que les autres pères. Ce lien père-enfant doit être favorisé en soutenant leurs compétences à prendre soin de l'enfant. L'un des éléments qui pourraient contribuer au développement de la confiance paternelle est une réflexion soutenue sur leurs forces individuelles, conjugales et environnementales.

En conclusion, nous espérons avoir sensibilisé les travailleurs sociaux au fait que le défi de la parentalité est tout aussi grand pour certains partenaires que pour les mères consommatrices elles-mêmes. Pour ceux-là, la paternité est quelque chose « d'énorme » qui exige le développement d'une culture d'intervention de collaboration si l'on veut que les enfants bénéficient des soins ainsi que de services et de toute l'attention qu'ils requièrent.

Descripteurs :

Père et enfant // Intervention auprès des pères // Paternité // Pères - Attitudes // Pères - Perception des travailleurs sociaux // Alcoolisme et grossesse
Father and child // Social work with fathers // Fatherhood // Fathers - Attitudes // Fathers - Social workers' perception // Alcoholism in pregnancy

Notes

- 1 Les partenaires sont ceux que les mères considèrent comme la figure paternelle. Par la suite, nous utiliserons indifféremment partenaire ou père pour alléger le texte.
- 2 Montréal : Hôpital Saint-Luc du CHUM, Hôpital Sainte-Justine, Hôpital général juif; Outaouais : Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais; Montérégie : Centre hospitalier Charles LeMoine; Lanaudière : Centre hospitalier de Lanaudière.
- 3 Cette recherche a reçu l'aval des comités d'éthique de tous ces centres hospitaliers.
- 4 Les expressions qui sont entre guillemets sont celles utilisées par les pères ou les mères en entrevue.
- 5 Obsession contraignante qui envahit et dérange les pensées de la consommatrice, affecte son humeur et altère son comportement (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2002).
- 6 Cette expression signifie prendre plusieurs verres d'alcool en une même occasion (cinq et plus).

Références

- Alio, P. A., Salihu, H. M., Kornosky, J., Richman, A. M., & Marty, P. J. (2009). Feto-infant health and survival: Does paternal involvement matter? *Maternal and Child Health Journal, 10*, 531-539.
- Barnard, M. (2007). *Drug Addiction and Families*. London: Jessica Kingsley.
- Best, D., Segal, J., & Day, E. (2009). Changing patterns of heroin and crack use during pregnancy and beyond, *Journal of Substance Use, 14* (2), 124-132.
- Burgess, A. (2007). *The Costs and Benefits of Active Fatherhood: Evidence and Insight to Inform the development of Policy and Practice*. London: Fathers direct.
- Cavacuiti, C. A. (2004). You, me and drugs - a love triangle: Important considerations when both members of a couple are abusing substances, *Substance Use & Misuse, 39*, 645-656.
- Collins, C. C., Grella, C. E., & Hser, Y.-I. (2003). Effects of gender and level of parental involvement among parents in drug treatment, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 29* (2), 237-261.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2002). *Drogues : Savoir plus, risquer moins*. Montréal : Stanké.
- Ferguson, H., & Hogan, F. (2004). *Strengthening Families Through Fathers: Developing Policy and Practice in Relation to Vulnerable Fathers and their Families*. Dublin: Department of Social and Family Affairs.
- Frank, D. A., Brown, J., Johnson, S., & Cabral, H. (2002). Forgotten fathers: An exploratory study of mothers report of drug and alcohol problems among fathers of urban newborns, *Neurotoxicology and Teratology, 24*, 339-347.
- Gearing, R. E., Selkirk, E. K., Koren, G., Leslie, M., Motz, M., Zelazo, L. B., McNeill, T.S., & Lozier, F. (2008). Perspectives of mothers with substance use problems on father involvement, *Canadian Journal of Clinical Pharmacology, 15* (1), 99-107.
- Grégoire, M. (2010) Les pères addictés, *Psychotropes, 16* (3-4), 47-56.
- Halme, N., Tarkka, M.-T., Nummi, T., & Astedt-Kurki, P. (2006). The effect of parenting stress on fathers availability and engagement, *Child Care in Practice, 12* (1), 13-26.
- Hogan, D. M. (2007). The impact of opiate dependence on parenting processes: Contextual, physiological and psychological factors, *Addiction Research & Theory, 15* (6), 617-635.
- Klee, H. (1998). Drug-using parents: analysing the stereotypes, *International Journal of Drug Policy, 437-448*.
- Klee, H. (2002). Informal support: Partners and mums. In H. Klee, M. Jackson & S. Lewis (Eds.). *Drug Misuse and Motherhood*: 93-104. London: Routledge.
- Kroll, B., & Taylor, A. (2000). Invisible children. Parental substance abuse and child protection dilemmas for practice, *Probation Journal, 47* (2), 91-100.
- Kroll, B., & Taylor, A. (2003). *Parental Substance Misuse and Child Welfare*. London: Jessica Kingsley.
- Lamb, M. E. (2010). *The role of the father in child development*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.
- Marsiglio, W. (2002) dans Twomey, J. E. (2007). Partners of perinatal substance users: Forgotten, failing, or fit to father? *American Journal of Orthopsychiatry, 77* (4), 563-572.
- McKeganey, N., Barnard, M., & McIntosh, J. (2002). Paying the price for their parents addiction: meeting the needs of the children of drug-using parents, *Drug: Education, Prevention & Policy, 9*, 233-246.
- McMahon, T. J., Winkel, J. D., & Rounsaville, B. J. (2007a). Drug abuse and responsible fathering: a comparative study of men enrolled in methadone maintenance treatment, *Addiction, 103*, 269-283.
- McMahon, T. J., Winkel, J. D., Suchman, N. E., & Rounsaville, B. J. (2007b). Drug-abusing fathers: Patterns of pair bonding, reproduction, and paternal involvement, *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*, 295-302.

- Meier, P., Donmall, M., & McElduff, P. (2004). Characteristics of drug users who do or do not have care of their children, *Addiction*, 99 (8), 955-961.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie : Unis dans l'action 2006-2011*. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Politique de périnatalité 2008-2018 et le Plan d'action interministériel en toxicomanie : unis dans l'action 2006-2011*. Québec : MSSS.
- Morissette, P., Chouinard-Thompson, A., Devault, A., et Rondeau, G. (2009a). Le partenaire des mères consommatrices de SPA : un acteur-clé pour la sécurité et le développement optimal des enfants, dans P. Morissette et M. Venne (dir.). *Parentalité : alcool et drogues*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Morissette, P., Devault, A., et Bourque, S. (2009b). La paternité dans un contexte de consommation maternelle abusive d'alcool et de drogues, *Enfance, Familles et Génération*, 11, 1-24.
- Morissette, P., De Koninck, M., Guyon, L., et Lessard, D. (2003). *L'expérience des mères consommatrices et de leurs partenaires : caractéristiques du père et dynamiques de couples*. Non publié. Document de recherche.
- National Survey on Drug Use and Health (2009). *Substance Use among Women During Pregnancy and Following Childbirth: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*.
- Rhodes, T., Bernays, S., & Houmoller, K. (2010). Parents who use drugs: Accounting for damage and its limitation, *Social Science and Medicine*, 7, 1489-1497.
- Riethman, K. S., Igushi, M. Y., Zeller, M., & Morral, A. R. (2003). The influence of partner drug use and relationship power on treatment engagement, *Drug and Alcohol Dependence*, 70, 1-10.
- Russell, M., Harris, B., & Gockel, A. (2008). Parenting in poverty: perspectives of high-risk parents, *Journal of Children and Poverty*, 14 (1), 83-98.
- Scaife, V. H. (2008). Maternal and paternal drug misuse and outcomes for children: Identifying risk and protective factors, *Children and Society*, 22, 53-62.
- Shapiro, A., & Krysik, J. (2010). Finding fathers in social work research and practice, *Journal of Social Work Values and Ethics*, 7 (1), 19-27.
- Tagawa, O. (2004). Préparation à la naissance : enfance de l'art, art de la naissance, dans M. Dugnat (éds). *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*. Toulouse : Erès.
- Twomey, J. E. (2007). Partners of perinatal substance users: Forgotten, failing, or fit to father? *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (4), 563-572.
- World Health Organisation (2007). *Fatherhood and Health outcomes in Europe*. Denmark: WHO.