

Femmes et mères toxicomanes



Contribution à un diagnostic de situation
sur le département de la Marne
Etude exploratoire

Association C.A.S.T.
REIMS
Décembre 2008

Recherche-action menée par

Sylvie CANTOS-JERONNE
Educatrice spécialisée, Association C.A.S.T

Didier LAHAYE
Sociologue, Chercheur associé au laboratoire L.E.R.P,
Université de Reims Champagne-Ardenne

Gérard RICAUX
Directeur de l'Association C.A.S.T, sociologue

Rapport rédigé par

Didier LAHAYE
Gérard RICAUX

Association **Centre d'Accueil et de Soins pour les Toxicomanes**
27 rue Grandval 51100 REIMS

avec le soutien du

Groupement Régional de Santé Publique Champagne-Ardenne
BP 30305 51000 CHALONS-EN-CHAMPAGNE Cedex

Résumé



Cette étude porte sur les mères toxicomanes du point de vue des incidences que la consommation peut comporter sur les différents aspects de la maternité. La recherche se veut résolument exploratoire : elle part du constat d'une réelle difficulté tant de la part des professionnels que des mères toxicomanes elles-mêmes. A ce titre, le périmètre de l'étude se cantonne à une sphère géographique limitée à un département (la Marne) pour une approche qualitative. La méthodologie croise classiquement plusieurs modes d'entrée : une revue de littérature, une enquête par questionnaire auprès de professionnels susceptibles de rencontrer – à des titres divers – ces mères, et les femmes toxicomanes interrogées lors d'entretiens de recherche. Les résultats dessinent des pistes de travail autour de deux axes : la nécessité d'une information des différents protagonistes, mais aussi une approche clinique devant innover pour créer des espaces sécurisants et permettre à ces femmes de recouvrer le statut de mère légitime auquel elles aspirent pleinement.

Remerciements

Nous avons plaisir à remercier les femmes qui ont bien voulu s'entretenir avec nous et tous les professionnels qui ont pris le temps de nous répondre ou qui ont facilité les mises en relations professionnelles.

SOMMAIRE

Chapitre I. Présentation générale du projet	7
Chapitre II. Analyse bibliographique	10
Chapitre III. L'analyse du questionnaire auprès des professionnels	
1. Rappel des objectifs.....	13
2. Le principe du questionnaire	13
3. Le plan d'enquête	14
4. Le champ de l'enquête.....	14
5. Le questionnaire	15
6. Les retours	16
7. Interprétation des résultats.....	17
Chapitre IV. L'enquête auprès des femmes	
A. Faisabilité d'une enquête par entretiens	27
1. Introduction	27
2. Un échantillon a priori.....	28
3. Atouts et limites de l'enquête	31
4. Premiers résultats.....	31
B. Etude descriptive	
1. Données sociales	32
2. La consommation des drogues	34
3. Les recours précédents	35
4. Aspects familiaux	35
5. Aspects personnels	36
C. Analyse thématique	
1. La situation actuelle des femmes.....	38
2. L'usage des drogues	39
3. Devenir mère : enjeux réels, imaginaires et symboliques.....	40
4. Le système relationnel	46
5. « Mère courage »	52
D. Conclusions	54
Chapitre V. Conclusions et propositions	
1. Observations générales.....	57
2. L'étude exploratoire	59
3. Quatre grandes propositions	62
Bibliographie sélective	70
Annexes et liste des sigles	73

« Les femmes toxicomanes qui deviennent mères s'inscrivent au carrefour de quatre normes : les normes pénales car l'usage de stupéfiants est illicite, les normes sociales qui fixent ce que doit être une bonne mère, les normes médicales régissant le suivi des grossesses à risques et enfin les normes de genre, car la toxicomanie est appréhendée comme un phénomène essentiellement ou massivement masculin. »

Laurence Simmat-Durand

Chapitre I. Présentation générale du projet



Nous présentons un projet original de recherche-action dont l'objet est de décrire et d'analyser la prise en compte, à l'échelle d'un département, celui de la Marne, d'une problématique complexe : celle de la toxicomanie féminine. Plus précisément, nous nous attacherons aux différentes formes d'accompagnement et d'interventions auprès des femmes ayant des enfants en recueillant leurs points de vue et celui des professionnels.

1. Le point de vue d'un CSST

Parmi les consommateurs de drogues accueillis dans les CSST, une proportion non négligeable est constituée de parents. Leurs situations sont diverses : vie en couple, familles monoparentales, enfants à charge ou non, enfants en bas âge, enfants placés, etc.

Les femmes consommatrices de drogues illicites peuvent vivre seules avec un ou des enfants en bas âge ; les ressources sociales dont elles disposent sont très variables : soutien social fort, relations difficiles avec le père de l'enfant, avec sa famille, isolement, isolement aggravé par les problèmes sociaux ou judiciaires, relations fortes avec les consommateurs de drogues, etc. Par rapport à la consommation de drogue, elles connaissent aussi des situations différenciées : par exemple, elles bénéficient d'un traitement de leur toxicomanie ou non. La gestion de leur consommation ou leur rapport à la drogue est variable : abstinence d'une certaine durée, respect du traitement de substitution, consommation dans des temps ou des lieux à distance des enfants, ou à l'inverse consommation continue, inscription revendiquée dans un environnement facilitateur de la prise de drogues, participation au « deal », etc.

Un CSST a un point de vue (dans le sens d'un observatoire) sur cette « population » car il mène des actions auprès de ces mères connaissant des difficultés de tout ordre notamment concernant leur consommation de drogues. Cependant, cette observation, même privilégiée ou conséquente, est limitée précisément à cette action et aux moyens de celle-ci.

2. Prolégomènes

La littérature spécialisée dans le domaine semble montrer à la fois l'acuité du problème, et paradoxalement son peu de visibilité et la faible prise en compte de sa spécificité.

Nous posons ici quelques questions dans une visée plus heuristique que vérificatrice :

- Concernant les ressources possibles d'aide, n'apparaissent-elles pas segmentées, isolées, et souvent démunies face aux réponses à apporter, faute notamment de lisibilité des dispositifs et de travail en réseau ?
- Pour ces femmes, l'enjeu que constitue l'arrivée d'un enfant n'est-il pas un frein à l'accès aux soins (caricaturalement, ne pas dire sa consommation de peur que l'enfant soit retiré, placé ...) ou un levier (responsabilité vis-à-vis des enfants, volonté de se soigner, de changer...) ?
- La relation d'aide les concernant est souvent délicate et complexe. Les intervenants ne seraient-ils pas prêts à se mobiliser sur ces questions à condition de disposer de ressources aussi bien opérationnelles qu'institutionnelles ?
- *In fine* que connaît-on des problématiques de ces femmes ? Y a-t-il une culture commune d'action ou d'orientation de la part des professionnels sociaux, sanitaires, judiciaires ? Quels dispositifs seraient à même d'améliorer la coordination nécessaire concernant l'accompagnement de ces femmes, et parmi elles celles ayant des enfants à charge ? Cette amélioration peut-elle permettre outre l'amélioration de l'aspect préventif et curatif pour ces femmes, d'avoir un effet bénéfique à terme concernant l'éducation des enfants ?

Au total, il nous est apparu que les femmes toxicomanes (et mères) constituent un groupe devant faire l'objet d'une attention particulière du fait de l'impact de leurs caractéristiques psychosociales, de la consommation de drogues sur leur vie et la vie de leur(s) enfant(s), de leurs conditions de vie.

3. Présentation générale du rapport

Ainsi, les objectifs généraux de la recherche action se proposent de :

- Décrire l'accompagnement et les interventions auprès des femmes consommatrices de drogues illicites ayant des enfants (dispositifs, recours, organisation, etc.). On recensera les points de vue auprès des intervenants sociaux, sanitaires, judiciaires principaux afin de recenser les problèmes, les solutions préconisées, et les insuffisances.
- De recueillir le point de vue des usagères : parcours de vie et difficultés, aides sollicitées, ressources d'aide disponibles et indisponibles.
- De préconiser, le cas échéant, des pistes d'amélioration.

Pour ce faire, trois parties constituent ce rapport :

- Une étude bibliographique pour sonder les savoirs constitués, leurs types et leurs domaines privilégiés d'investigations ;
- Une enquête large par questionnaire auprès des professionnels marnais de différents secteurs qui peuvent être confrontés à la problématique étudiée ;
- Une enquête par entretiens approfondis auprès de mères connaissant ou ayant connu récemment une consommation abusive de stupéfiants visant à recueillir les points essentiels de leurs trajectoires et de leurs stratégies sociales.

Une conclusion générale recensera les points forts de l'étude et précédera les recommandations qui nous ont paru les plus adaptées à construire dans un premier temps.

Chapitre II. Etude de la bibliographie



Nous avons consulté la bibliographie nationale disponible auprès du CIRDD Champagne-Ardenne concernant la thématique femmes/mères/toxicomane afin de l'étudier, de connaître les savoirs constitués en la matière et le type de savoir (scientifique, savant, profane) qui pouvait prévaloir.

Par ailleurs, nous avons questionné le CIRDD concernant la demande documentaire sur cette thématique via un court questionnaire. Le résultat fait apparaître que la demande documentaire est rare sauf quand un événement général important se fait jour (femmes enceintes et VIH, traitements de substitution et conséquences pour la femme, le fœtus et le bébé, ...). La documentation concernant la problématique alcoolique est un peu plus souvent sollicitée (notamment concernant le SAF, syndrome d'alcoolisme fœtal).

On voit naître cependant à la fois dans la demande documentaire comme dans la documentation elle-même les prémices d'un développement d'une thématique : « femmes et addictions ». Cette préoccupation récente témoigne, à titre d'hypothèse, d'une prise en compte plus transversale de la problématique addictive mais aussi du souci de considérer la notion de genre (en l'occurrence féminin) et la spécificité féminine des addictions et donc de la toxicomanie.

Tous les auteurs sont unanimes et ceci quel que soit le champ ou l'objet de l'étude pour regretter le manque de recherches, d'études sociologiques ou épidémiologiques concernant les femmes toxicomanes d'une part et des mères toxicomanes d'autre part. Le recours à des études anglo-saxonnes est assez massif même si l'organisation sociale et culturelle (lois, dispositifs, résonance sociale, morale, etc.) apparaît différente de celle de la France voire de l'Europe. Le regret porte aussi, même si les auteurs soulignent leurs mérites, sur les études qui concernent des groupes restreints qui ne peuvent suggérer des résultats plus généraux. En effet, même si l'on considère la particularité de la population concernée, la diversité et la

complexité des différents domaines qui peuvent être traités -correspondants à l'ensemble des parcours et des trajectoires de ces femmes-, il s'avère, ici comme pour d'autres problématiques relativement voisines, que la méthode et l'organisation de suivis longitudinaux sont trop peu utilisées, *a contrario* de nos voisins britanniques ou des nord-américains (Cf. « *Follow up studies* »).

Du point de vue des contenus, le point de vue médical est surreprésenté ainsi que son champ d'action à savoir le temps de la grossesse et plus largement celui de la périnatalité (où d'autres acteurs interviennent). Ce point de vue est précieux et source de connaissances sur un segment de la trajectoire de ces femmes.

Il est la plupart du temps d'origine hospitalière et correspond à un ensemble de pratiques professionnelles et d'expertise. On note qu'après une période de stigmatisation et d'incompréhension vis à vis des femmes toxicomanes où la pratique du signalement de l'enfant en danger était quasi systématique, une modification des pratiques (accueil des femmes, autre regard porté, attention soutenue, positionnement raisonné par rapport au signalement systématique de l'enfant en danger, ...) est observable dans différents articles consultés relatant des protocoles d'accueil et de prise en charge spécifiques. Certains d'entre-eux, toutefois, dénoncent le fait que ceux-ci ne sont pas organisés sur l'ensemble du territoire et que des disparités assez significatives existent.

Le deuxième point de vue assez fortement représenté est celui des institutions spécialisées qui ont procédé à des études cliniques ou de type épidémiologique sur leur patientèle. Le point de vue est là aussi riche mais limité précisément à leur contexte de réalisation. On notera que ce sont souvent des médecins, médecins psychiatres et/ou des psychologues qui sont les auteurs des différents articles.

En revanche, le point de vue des travailleurs sociaux (circonscription d'aide sociale, intervenants du monde judiciaire, CHRS, etc.) et des médecins généralistes, a priori en première ligne pour l'accueil de ces femmes, est pour ainsi dire totalement absent. Quant à celui des femmes toxicomanes, il n'existe pas en propre mais il est présent toutefois au travers d'extraits d'entretiens réalisés au cours de recherches.

Les études sociologiques ou ethnographiques, souvent commanditées, sont par ailleurs très rares et sont toutes menées par des chercheuses.

Sur la forme, il existe peu d'ouvrages sauf sous forme d'actes de rares colloques; ce sont les articles dans des revues spécialisées (addictions) ou non qui prévalent.

Sur le fond, c'est la maternité (voire la *maternalité*), les conséquences éventuelles des consommations de toxiques sur le bébé, la relation mère-enfant, quelquefois le devenir des enfants (même si c'est le regret de ne pouvoir en savoir davantage qui est exprimé) qui sont les objets principaux de la littérature spécialisée sur le sujet. Notons ce qui a valeur dans ce corpus de curiosité (intéressante) : un seul article concernant la « *paternité et la toxicodépendance* ».

Beaucoup de progrès de connaissances voire de pratiques ont été enregistrées et la représentation négative qui a pu prévaloir à propos des mères toxicomanes semble s'être transformée. Il semble toutefois, d'après quelques auteurs, que la transmission de ce savoir à d'autres acteurs voire aux futurs parents soit peu engagée et valorisée.

Chapitre III. L'analyse du questionnaire



1. Rappel des objectifs

Le principe de cette enquête pour l'amélioration du dispositif de prise en charge d'une population spécifique nécessite de réaliser un diagnostic aussi précis que possible sur un territoire délimité (le département de la Marne).

Le projet peut paraître paradoxal puisqu'il concerne une pratique « clandestine » qu'il convient de masquer pour éviter la double condamnation morale : l'usage de produits stupéfiants, doublé d'un rôle de maternité (voir l'analyse de Laurence SIMMAT-DURAND). La particularité de cet objet d'enquête est un élément déterminant dans les partis pris méthodologiques, mais aussi dans les interprétations qu'ils autorisent. En tout état de cause, on ne se situe pas dans une perspective épidémiologique mais dans l'analyse et l'évaluation d'un besoin tant du point de vue des personnes concernées que des acteurs en situation d'intervenir. Ce premier objectif passe certes par un recensement quantitatif – combien de structures sont concernées –, mais aussi qualitatif : il s'agit d'inventorier les pratiques tout autant que les attentes des acteurs pour maximiser l'efficacité de leurs interventions et, in fine, faciliter l'accès aux dispositifs de prise en charge et améliorer la qualité du « suivi »¹.

2. Le principe du questionnaire

Recourir à la méthodologie du questionnaire, c'est permettre de réaliser un diagnostic de situation le plus proche possible de la réalité des acteurs dans leur diversité, que la problématique de l'addictologie soit une dimension centrale de leur activité ou non. On vise donc le principe de l'exhaustivité, au moins dans cette phase exploratoire, en s'adressant à l'ensemble des espaces de rencontre possible entre une mère toxicomane et un intervenant

¹ Cette notion de « suivi » prend un sens et un poids tout particuliers concernant les toxicomanes. Les conséquences, nombreuses et variées, de cette pratique les amènent souvent à devoir entreprendre un « parcours » chaotique dans le champ du secteur sanitaire et social et la diversité des institutions dont ils relèvent.

professionnel, sans se limiter aux espaces identifiés comme spécialisés ; au total (Cf. infra), 77 établissements ou services ont été inclus dans le champ de l'enquête.

En effet, s'agissant d'une pratique illicite, *a fortiori* pour des femmes mères ou appelées à l'être, il serait déraisonnable de postuler qu'elles vont spontanément s'adresser à des lieux spécialisés. Au contraire, on peut supposer qu'elles vont éviter le risque de la stigmatisation, voire du signalement, en évitant ce recours – ce qui n'exclut pas d'autres modes opératoires pour gérer leur consommation dans une trajectoire mobilisant différents supports sociaux². C'est précisément ces trajectoires que l'on veut identifier, dans leur configuration et leur tonalité.

3. Le plan d'enquête

La diffusion et le recueil de questionnaires se sont étalés entre décembre et juin 2008. Au départ, à partir des 77 services de départ, 53 établissements ont été ciblés pour cette enquête avec, parfois, plusieurs exemplaires pour favoriser la diffusion en interne (au total, plus de 230 exemplaires ont été envoyés) et prendre en compte la multidisciplinarité des services.

Des relances ont été réalisées dans la presque totalité des cas, au téléphone le plus souvent, mais aussi par fax et par mail, parfois à plusieurs reprises. Certains établissements ont été destinataires d'un courrier privilégié.

Toutefois, cette activité de relance n'a pas fait l'objet d'une comptabilité stricte ; en effet, de nombreux partenaires se sont adressés au CAST pour échanger à ce propos, dans des temps plus ou moins formels, ne permettant pas l'enregistrement systématique. Néanmoins, on peut dire que globalement, l'accueil du document a été favorable et l'ensemble du questionnaire – tant dans sa formulation que dans la présentation de sa finalité -, a été compris.

4. Le champ de l'enquête

Globalement, les structures destinataires du questionnaire relèvent de 6 champs d'intervention :

- Le secteur spécialisé (addictologie)
- Le secteur juridico-pénitenciaire (SPIP, SMPR, UCSA, Association d'aide aux victimes « Le Mars », PJJ...)

² Cf. Robert CASTEL, *Les sorties de la toxicomanie*, Editions universitaires de Fribourg, coll. Res Socialis, Suisse, 1999.

- Le secteur de l'aide sociale et de l'aide sociale à l'enfance (circonscriptions de l'aide sociale, CCAS, missions locales...)
- Le secteur de l'insertion sociale (CHRS, foyers d'insertion...)
- Le champ sanitaire (CAMSP, PEPS, pédopsychiatrie...)
- Les réseaux (médecins généralistes/Addica, périnatalité, santé-précarité...)

Ont été également sollicitées ou associées les structures telles que le CIRDD, l'UDAF, la MSA, et une pharmacie intéressée et concernée par l'enquête³...

5. Le questionnaire

Le calibrage du questionnaire est déterminé par la prise en compte des contraintes inhérentes à ce type d'enquête, que l'on peut résumer ici autour de deux éléments contradictoires :

- La nécessité d'obtenir un taux de réponse le plus élevé possible, pour répondre à une visée diagnostique et se rapprocher d'une exhaustivité relative ou d'un point de vue extensif.
- L'exigence de qualité des réponses pour permettre de caractériser les réalités de travail des professionnels et comprendre au mieux leurs besoins et attentes dans la perspective d'une amélioration du dispositif.

Ce double impératif est particulièrement délicat à respecter dès lors que l'on s'adresse à des professionnels qui n'ont pas nécessairement du temps fléchi pour ce type de contribution alors que, dans le même temps, ils sont souvent la cible de ce type de sollicitation.

On a donc privilégié le principe d'un questionnaire court (six pages, espaces pour les réponses compris), avec un nombre de questions limité à 10.

Par ailleurs, le caractère exploratoire de cette enquête interdit le recours à des catégories d'analyse ou des propositions déjà construites. Il était donc logique de ne mentionner que des questions ouvertes ou « semi-ouvertes » (propositions de modalités à titre de suggestion, mais qui appellent des commentaires au-delà de la réponse oui/non) pour permettre aux acteurs d'exprimer au mieux leur propre analyse, perception des problèmes, difficultés, à partir notamment du point de vue de leur position professionnelle.

En définitive, ces questions balisent trois grands thèmes.

³ C'est au détour d'une autre question qu'est apparu le fait que d'autres acteurs de santé pouvaient être concernés par l'enquête ; ce qui montre que le champ de l'étude est potentiellement très vaste.

La « toxicomanie ». Il s'agit ici de déterminer si cette problématique est dominante (comme dans le cas des centres spécialisés), minoritaire ou à la marge (comme dans le champ de l'action sociale) pour les personnes prises en charge par la structure ; ceci afin de savoir si celle-ci est en mesure de développer une expertise concernant cette problématique, quelque soit la substance consommée, seule ou en association avec d'autres.

La caractérisation d'une éventuelle spécificité pour ces mères toxicomanes, du point de vue notamment des difficultés qu'elles rencontrent et des réponses qui sont apportées ou à construire.

Les formes de collaboration ou partenariat engagés au détour des prises en charge de ces femmes toxicomanes.

Enfin, des suggestions concernant des améliorations aux dispositifs existants.

6. Les retours

Au total, 86 questionnaires ont été retournés en provenance de 25 institutions.

En soi, ce résultat est très satisfaisant puisqu'il produit un matériau conséquent du point de vue des expériences et points de vue des acteurs sur le territoire.

Ce corpus est donc significatif, même si la « représentativité » n'est pas égale pour tous les secteurs d'institutions sollicitées.

Deux commentaires pour analyser cet état de fait, qui valent bien au-delà d'une seule évaluation de la pertinence du plan d'enquête :

- S'agissant d'institutions diversement concernées (on pourrait dire « intéressées ») par la problématique, on devait s'attendre à ce que le taux de retour ne soit pas le même dans tous les secteurs ;
- Loin de minorer la validité des résultats, cette prévalence des retours est en soi un indicateur de l'actualité de la problématique, tant pour ceux qui répondent que ceux qui ne répondent pas.

La répartition des retours a donc valeur d'information. C'est ce que nous ont indiqué un certain nombre de professionnels qui, loin de ne pas être intéressés par l'enquête, ont pris le soin de nous contacter pour expliquer leur non réponse par le fait qu'ils ne se jugeaient pas

concernés ou que le questionnaire était trop « spécialisé » pour permettre de recueillir des réponses circonstanciées (11 institutions). On a donc ici un indice des différents niveaux d'impact de cette problématique parmi l'ensemble des institutions sollicitées et, au-delà du nombre de questionnaires retournés, des réactions qui témoignent de l'intérêt pour cette question.

Par conformité au principe déontologique de neutralité, on ne peut présenter la liste des institutions sollicitées et celles qui ont répondu (en envoyant le questionnaire ou en contactant les responsables de l'enquête) : même en anonymisant les institutions, leur nombre sur le territoire fait que l'on pourrait aisément en déduire leur identité.

Mais au total, on peut observer que la totalité des secteurs ciblés (*Cf. supra*) est correctement représentée.

7. Interprétation des résultats

Comme il a été précisé ci-dessus, la tonalité essentiellement qualitative du questionnaire, le recueil de données sous la forme de questions ouvertes et le nombre de questionnaires concernés placent logiquement la méthode d'exploitation du côté de l'analyse de contenu plutôt que l'exploitation statistique (après recodage des réponses).

Rencontrez-vous au cours de votre activité professionnelle ou accueillez-vous au sein de votre service des personnes toxicomanes ? Décrivez, le cas échéant, leurs caractéristiques.

(L'intitulé de la question reproduit ici doit être inscrit dans son contexte : le courrier d'accompagnement précisait bien que l'objet de l'enquête était les « mères toxicomanes » et non une population toxicomane en général)

Concernant la première partie de la question, c'est fort logiquement une disparité qui caractérise les réponses, selon les publics accueillis dans les différentes structures (en termes d'âge, de sexe, de situation socioprofessionnelle, etc.) ; mais aussi selon différentes institutions similaires.

Ainsi, on reste dubitatif sur certains témoignages lorsque des professionnels réputés accueillir le même type de population déclarent être diversement concernés par la problématique. Par ailleurs, on sait que certaines mères toxicomanes (bénéficiant d'une prise en charge au CAST)

fréquentent certaines institutions qui ont déclaré « *ne pas avoir de cas* ». Sans disposer de suffisamment d'éléments dans cette phase exploratoire, on peut avancer quelques hypothèses. Tout d'abord celle des institutions qui, posant comme une des conditions d'admission le fait de ne pas consommer de substances psychoactives, déclarent donc que le phénomène ne peut avoir cours, ce qui ne peut que surprendre compte tenu de l'occurrence des consommations dans la population qui constitue leur file active. Au total, on peut supposer que cette consommation probable ou avérée n'est pas questionnée et donc non traitée. Ce constat éventuel ne vaut pas comme une dénonciation qui porterait sur les professionnels : on sait – on l'a évoqué déjà et ce point sera confirmé par d'autres réponses – que la consommation peut être masquée, *a fortiori* lorsqu'elle est potentiellement source de « marquage social », voire d'intervention menant à l'exclusion...

Lorsque cette population est connue, aucune typologie ne peut être tracée tant les circonstances de la rencontre, la situation de la personne (sociale, judiciaire...) et le rapport à la consommation (niée, minimisée, reconnue, intermittente, régulière...) peuvent varier, ce qui laisse penser que les descriptions correspondent au tableau général des consommateurs dans sa diversité. Une réponse illustre bien le constat « *il n'y a pas réellement de caractéristique globale, chacune ayant son vécu et son intégration dans le quartier, sa famille ou son parcours propre, son réseau de relation* »...

En revanche, une majorité de réponses mentionnent des prises en charge chaotiques, marquées par une irrégularité des comportements, des rendez-vous manqués sur fond de négation de la consommation ou des problèmes qu'elle suscite, notamment pour « *effectuer des démarches et respecter les délais* ». C'est donc moins la situation sociale des personnes qui pose problème que cette attitude inconstante, fondée par ailleurs sur « *la peur d'être mal jugée* », et qui rend difficile, pour les professionnels, l'engagement et le maintien d'une relation durable permettant de modifier sa situation dans le cadre de leurs prérogatives.

Estimez-vous que vos interventions les concernant sont ou devraient être spécifiques et en quoi ?

C'est donc cette tonalité dans la relation qui va être pointée comme une spécificité, sachant que « *ce n'est pas un sujet abordé facilement* » et que « *la difficulté reste l'adhésion et le suivi* ». Dès lors que ces deux freins sont levés, la prise en charge peut se réaliser, ces femmes étant réputées vouloir « *être écoutées comme des personnes, non comme des toxicomanes* ».

Est évoquée la nécessité d'instaurer un cadre sécurisant qui évite la stigmatisation du fait de consommer, la difficulté étant que, pour être considéré, le « problème » doit être abordé, soulevé, déclaré, décelé, révélé, avoué... Et c'est bien la manière dont la consommation émerge dans cet espace de rencontre qui va déterminer la suite.

Le recours à l'orientation est souvent mentionné dans les réponses avec, parfois, la nécessité « *d'un accompagnement physique* » vers les soins, la présence d'un tiers pouvant ici avoir une fonction de réassurance. Le travail avec des partenaires, s'il veut permettre aussi « *d'avoir des connaissances minimum sur la toxicomanie afin de mieux comprendre la personne, ce qui constitue des freins, etc.* » ou encore « *comprendre en quoi consiste l'obligation de soins et ses limites* », doit toutefois prendre également en compte l'insécurité de ces personnes : « *tout changement d'interlocuteur étant anxigène, il faut définir avec l'accord de la femme des personnes ressources disponibles* »... Il est notoire que « *les personnes en cours de traitement abordent plus facilement la question, et notamment l'impact de la drogue sur la grossesse* ».

Au total se dégage la nécessité d'une disponibilité plus grande dans le cadre de l'accompagnement vers une démarche de soins qui, sans être demandée spontanément, n'est pas pour autant refusée dès lors que l'on peut garantir un espace à la fois de compétences et de sécurité... On doit donc se garder d'une généralisation sur les dispositions de ces mères toxicomanes en présageant d'une attitude *a priori* concernant leur maternité ou parentalité...

Les éventuelles difficultés d'accueil ou de suivi de ces personnes tiennent principalement (à leurs demandes, leurs besoins, leurs propres difficultés, aux interventions à réaliser, aux ressources d'action disponibles...)

A nouveau le problème de l'adhésion et de l'engagement : « *peu ou pas de difficultés si elles sont reconnues* », « au niveau social, leurs besoins n'étant pas différents des autres personnes » même si le tableau est parfois assombri par la carrière de toxicomane : « *difficultés financières et de logement accrues, histoires familiales douloureuses ou isolement social, difficultés de repérage dans le temps, dossiers impossibles à monter faute de documents fournis...* », « *environnement familial 'à bout'* », etc. Donc, ici encore, la principale difficulté tient à « l'absence de demande » ou la « *minimisation des risques de santé et de justice* », « la permanence du suivi sur du long terme » ou de « *s'adapter ou à s'appuyer sur des structures existantes* ». Ceci peut largement s'expliquer par la difficulté de

« faire tomber la barrière entre le thérapeute et la patiente » qui découle de la menace de la honte et d'une « forte culpabilité ». Certains évoquent le recours à l'approche « haptonomique » comme nécessaire pour rassurer ces futures mères, « expliquer le remaniement émotionnel ressenti par toutes ces femmes », les accompagner dans leur maternalité.

Par ailleurs – ce point rejoignant la question du partenariat -, on évoque comme une difficulté « la nécessité de solliciter plusieurs dispositifs d'accès aux droits ou aux aides (délais souvent longs) » ou encore le fait que « les autres administrations fonctionnent aussi sur RDV, ce qu'elles ne sont pas capables de faire à chaque fois »...

Concernant plus particulièrement les femmes toxicomanes, repérez-vous des difficultés particulières dues à leur situation (sociale, judiciaire, sanitaire, relationnelle...)

Les réponses affirmatives dominent largement sur tous les registres suggérés, traçant ainsi le tableau bien connu de la situation dans laquelle se trouvent un grand nombre de toxicomanes. Mais une tonalité particulière se dégage, liée à leur féminité (ou leur condition de femme – ce qui n'est pas la même chose), qui se traduit ici comme un élément de fragilisation. D'abord, on évoque souvent les différentes formes de violence que ces femmes ont pu connaître antérieurement : violences physiques et agressions sexuelles. Cette tonalité de violence perdue pour certaines dans le fait d'être victime de violences de la part des hommes, dans le cadre d'une conjugalité ou non ; la prostitution est aussi évoquée, comme les « prises de risque sexuel ». La problématique du corps est donc mise en avant par les professionnels comme un fait saillant, mais aussi massif et il faut composer dans ce cadre, avec cette dimension éminemment subjective. Ces femmes rappellent avec violence l'affirmation d'Isabelle QUEVAL selon laquelle : « le corps est support d'expression narcissique, mais aussi clef d'intégration sociale. Être soi tout en intégrant les normes sociales en vigueur, s'accepter tout en étant accepté, deux injonctions paradoxales articulées par la notion de culpabilité »⁴. Le corps est maltraité et c'est ainsi qu'il faut entendre ce « problème d'image de soi » ou de « blessure narcissique » : ce n'est pas qu'une affaire d'image, de reflet, mais bien d'une intériorité psychiquement investie.

⁴ Voir *Sciences Humaines*, « Le corps sous contrôle », N°195, juillet 2008.

On retrouve encore ici une « *fluctuation* » dans l'investissement envers la famille : tantôt « *surinvestie* », tantôt fuie dans la recherche d'un isolement, comme si on tentait de maintenir un équilibre fragile, un *statut quo* provisoire qui peut se révéler vite éphémère.

Ce n'est pas dit ainsi, mais considérer l'ensemble des réponses laisse penser que cette dimension anthropologique du corps, ce « *plus bel objet de consommation* », comme le nommait Jean BAUDRILLARD, est une des composantes fortes avec laquelle les professionnels doivent composer...

Quand elles sont mères, quelles difficultés éventuelles rencontrent ces femmes toxicomanes ?

C'est donc sur cette tonalité que va se vivre la grossesse : « *tout se complique* ». Le déni de grossesse ou la reconnaissance tardive sont évoqués : pas facile de dire, à soi ou aux autres. Une majorité de professionnels mentionnent de réelles difficultés objectives à assurer le rôle de mère, à « *gérer les enfants à certains moments* » ou « *les relations avec les tiers* » car le rythme de la consommation ne correspond pas toujours à l'emploi du temps d'une mère. Aussi parce que ce travail de mère est à mener de front avec la gestion de la consommation qui envahit l'existence, voire l'espace domiciliaire lorsqu'il s'agit « *d'accueillir des 'amis'* ». Des difficultés mais pas de refus, pas de renoncement à adopter le rôle de maternage ou de pathologie de l'attachement : on évoque massivement la crainte omniprésente ou le sentiment d'être « *une mauvaise mère* » dans l'auto proclamation de l'accusation ou le regard des autres ; il est notoire que les professionnels énoncent, parfois bien au-delà de la seule crainte mais comme un fait avéré, que ces femmes « *sont victimes de préjugés* », d'une condamnation de la part (aussi) d'autres professionnels d'être de « *mauvaises mères* ». Alors la grossesse peut être « *une source de motivation pour l'arrêt du produit* » pour éviter la culpabilité, massivement évoquée dans les réponses, et certaines vont « *mettre leurs capacités face à l'enfant comme une priorité et une preuve de l'inutilité de nos inquiétudes* ». Il semble donc que cette culpabilité, constante, soit ce contre quoi il s'agit de lutter (le déni de grossesse en est une modalité) et l'on peut raisonnablement formuler l'hypothèse qu'elle est un obstacle à toute « aide » puisqu'elle la place comme potentiellement source (ou réactivation) de condamnation morale.

Et lorsque la réalité de la consommation ne peut être gommée, que son impact sur l'enfant se révèle, alors les choses deviennent plus difficiles à gérer encore : « *le rejet de l'enfant*

prématuré ou malformé, pleurant beaucoup, succède à des périodes de surinvestissement » ; « l'installation du lien mère-enfant est le plus délicat, surtout si l'enfant est transféré en néonatalogie pour un sevrage »...

Quelles difficultés sont d'après vous peu abordées (par les intervenants, par elles...)

Les éléments abordés dans la question précédente sont confirmés ici : tout ce qui concerne la consommation – ou une partie de celle-ci – est masqué (*la consommation, la dépendance, le manque, la dégradation physique, les produits, les conduites addictives associées, notamment la prise d'alcool...*) ou alors neutralisée dans une stratégie qui disqualifie la légitimité de l'interlocuteur : *« les femmes n'abordent jamais leur consommation ou leur traitement, disant simplement qu'elles sont suivies ».*

La sphère de ce qui, à n'être pas abordé, peut difficilement être « traité » ne se limite pas forcément à la consommation *stricto sensu* : *« à partir du moment où les problématiques sont repérées mais niées par les femmes, il est difficile d'aborder n'importe quelle difficulté, y compris les problèmes budgétaires ».* Et, par conséquent, les difficultés de maternité qui pourraient mener à la question de la consommation sont aussi évitées : *« la sexualité, l'épanouissement personnel, leurs angoisses par rapport à l'enfant et à leur rôle de mère », « le sexe reste assez tabou, la relation à l'homme également ».* Il faut donc que le risque du silence soit supérieur à l'obligation de taire pour que la faute soit évoquée, par exemple pour *« être rassurée sur l'origine des troubles chez l'enfant. Elles disent ensuite regretter de n'avoir pas su ou pas osé aborder leur problématique plus tôt, parce qu'elles pouvaient être soutenues et entendues... Elles n'osaient pas au début pour ne pas être étiquetées ».*

On peut même parvenir à une situation paradoxale quand le fait d'évoquer le problème provoque l'arrêt de la prise en charge : *« Les femmes cachent leur vraie consommation. Lorsque celle-ci est suspectée, elles changent souvent d'institution ou ne se font plus suivre »...*

Plusieurs types de professionnels (sociaux, médicaux, judiciaires, etc.) apportent à ces femmes un soutien psychosocial. Avez-vous des liens de travail avec eux (quels types de liens, avec quels intérêts et limites de ces collaborations) ?

La presque totalité des répondants déclarent solliciter d'autres acteurs et l'on retrouve cités avec plus ou moins de fréquence les institutions concernées par cette enquête. En règle générale, ce partenariat est spontané, les liens sont « (...) *ponctuels, le temps d'une démarche ou d'un accueil : échange d'informations, analyse de la situation, recherche de solutions selon les missions de chacun* », avec l'objectif d'une « *prise en charge globale* » tout en évitant « *l'intervention de plusieurs travailleurs sociaux, chacun dans son cadre* » ou simplement pour « *savoir si ces femmes vont bien les rencontrer (autre intervenant) et à quel rythme* ». Ce partenariat reste centré sur la prise en charge dans sa forme (les partenaires) et son contenu, « *l'aide sur une situation* » ou au « *suivi conjoint du 'couple mère/enfant'* » et se limite presque toujours à de l'échange d'informations via divers outils de communication avec, plus rarement, une rencontre pour « *harmoniser le discours et sortir du jugement* ».

Circonstanciel, ce réseau est donc « *non formalisé, basé sur la confiance, sans moyen* », parfois jugé positivement dans ces effets (« *ils tiennent souvent compte de notre avis* »), mais le regret est souvent formulé du peu de travail en partenariat, voire de son impossibilité quand « *le travail est difficile compte tenu de leurs réticences face à ce public* ».

Quel dispositif ou type d'action faudrait-il envisager le cas échéant et pourquoi? (une concertation entre professionnels plus affirmée et/ou mieux ; une meilleure connaissance des acteurs locaux ou des réseaux à solliciter ; une formation adaptée aux professionnels et à leur terrain d'exercice concernant la toxicomanie, les femmes toxicomanes, la parentalité et la toxicomanie ; un dispositif de type unité d'accompagnement qui leur serait dédié spécifiquement ; un dispositif d'accompagnement soutenu de type appartements thérapeutiques ou d'insertion accueillant notamment mère et enfant ; autre exemple d'action ou de dispositif)

Il est évident que le simple fait de proposer le principe d'une « amélioration » ne peut que rencontrer l'approbation des acteurs professionnels interrogés. On n'est donc pas dans une démarche de sondage, mais bien dans le recueil d'une argumentation de ce qui pourrait

améliorer les pratiques ou dispositifs existant, ceci en lien avec la tonalité des descriptions recueillies jusqu'ici...

La proposition d'une concertation trouve sa justification dans le constat selon lequel « *le monde professionnel est trop cloisonné* », qu'il convient « *d'éviter la multiplication des intervenants, des démarches* » et que « *la concertation entre professionnels plus affirmée ou mieux organisée serait nécessaire pour une meilleure cohérence d'action* ». On l'a vu, la toxicomanie, et plus particulièrement pour ces mères, radicalise les problèmes ou difficultés sur toutes les composantes (sociale, affective, médicale, psychologique...) de l'existence, avec cette multiplication d'acteurs qui se dessine ; l'objectif de communication veut donc « *améliorer les connaissances et pratiques* », repérer « *les compétences spécifiques des différents professionnels pour mener la prise en charge dans les meilleures conditions possibles* ». Une première dimension consiste donc à mieux connaître l'existant dans un but d'une meilleure orientation. S'en rajoute une seconde, qui dépasse la seule dimension de l'information, en voulant faciliter la collaboration entre ces différents acteurs avec des rencontres (par exemple trimestrielle) pour « *échanger sur les expériences cliniques* » et « *analyser les divergences* ». Les idées fausses et représentations fortes avaient déjà été évoquées lors des questions précédentes : elles sont rappelées ici (« *les fantasmes sur les personnes toxicomanes* ») mais cette fois à propos des autres professionnels ou institutions lorsque « *les attentes de chacun sont trop importantes par rapport aux possibilités d'action des autres services ; être dans la réalité de ce que peuvent faire les autres acteurs* ». Outre l'idée des rencontres, la proposition d'un annuaire, voire d'un site Internet est évoquée.

L'utilité de la formation n'est pas pour autant récusée. Certains (une minorité) en évoquent le besoin pour des connaissances techniques, des problématiques spécifiques (la parentalité), d'autres témoignant de formations passées enrichissantes. Mais, à l'évidence, le besoin d'information prime très largement sur celui de la formation (qui s'appuie pour une part sur la transmission d'informations) et dans la perspective très concrète d'une prise en charge effective.

Les évaluations de l'opportunité de créer un dispositif d'accueil divergent. Les réponses hostiles à cette mesure existent, parfois argumentées par le risque de « *stigmatisation* » supplémentaire dont on a vu les effets hautement négatifs... Quelques réponses suggèrent le

principe d'un protocole particulier entre institutions. Ceux qui y sont favorables voient l'intérêt d'un « *accompagnement individualisé, ayant une capacité d'hébergement temporaire, sans orienter les personnes vers les différentes institutions d'accès aux droits et aux aides* », l'utilité d'être « *entourée de professionnels étayants, mais non jugeants* », un espace sécurisé « *où l'aveu de la toxicomanie ne serait pas une menace de retrait de l'enfant* », permettant l'évocation des différents problèmes pour une prise en charge véritablement globale, une réponse suggérant même de ne pas « *omettre le père, (ce qui reviendrait à) laisser de côté une partie de la vie de la femme toxicomane* »...

Enfin, la dernière question voulait recueillir des propositions de personnes ressources que l'on aurait oubliées.

Dans la visée de recueillir plusieurs points de vue, d'après vous qui devrait-on interroger sur l'ensemble de la problématique abordée par ce questionnaire ?

Cette question « subsidiaire » prend un aspect « optionnel » et vise davantage une évaluation du champ de l'enquête qu'un recueil d'informations *stricto sensu*. On peut toutefois observer que nombre de personnes (d'autres pouvant être informées du champ retenu) renvoient sur une multiplicité d'acteurs, avec lesquels ils sont en contact le plus souvent.

Surtout, plusieurs réponses suggèrent de s'adresser à des mères, « *anciennes toxicomanes ou en voie de le devenir* », voire leur famille.

C'est précisément ce point de vue qui est recueilli dans la suite de ce rapport et avec lequel il convient de croiser ces résultats. Car une « information » manque, qui fait que la « maîtrise » du suivi échappe aux acteurs ; tel est l'enseignement que l'on peut déjà tirer de cette première enquête.

En effet, on peut voir que les témoignages d'acteurs sont moins marqués d'une demande de formation ou d'information (même si celle-ci peut être formulée ici où là – mais c'est à évaluer selon les missions et positions des différents acteurs dont on a souligné l'hétérogénéité) que d'un besoin de concertation, bien plus difficile à mettre en place.

Certes, le risque de la condamnation morale de ces « mauvaises mères » est patent et le nier reviendrait à aller à contre-courant des mesures qui, ces dernières années, rappellent le besoin de la « distance professionnelle », le « respect d'une approche éthique », d'une « prévention

de la maltraitance », autant d'injonctions qui jalonnent les référentiels professionnels et autres guides de bonnes pratiques dans le champ très large de l'action sociale et médico-sociale. Les réponses témoignent de cette réalité et en appellent à une vigilance sur ce point, désignant ainsi un premier axe d'intervention possible.

Mais surtout, cette enquête met l'accent sur le fait que, très souvent, l'émergence de cet événement – la maternité – se traduit par une relation construite autour d'un silence : celui de la consommation ou celui de la grossesse... Dès lors, les professionnels se voient contrariés ou empêchés dans l'exercice de leur mission d'apporter une aide. Mais lever ce mur n'est pas pour autant impossible, à condition toutefois de bien saisir les enjeux de ce voile et d'instaurer les conditions de sécurité pour que cette relation d'aide puisse s'installer : accorder à ces femmes la possibilité d'être aussi de « bonnes mères » (le contraire rentrant dans la dynamique de la prophétie auto réalisatrice), et les accompagner dans un parcours « sécurisé » parmi une multiplicité d'intervenants professionnels, *a fortiori* lorsque les supports sociaux « ordinaires » (famille, amis...) restent peu opérants, voire hostiles...

Recueillir le témoignage de femmes qui ont vécu – et vivent parfois encore – cette double scène contrastée (enfant-vie / toxicomanie-mort), recueillir leur subjectivité ne peut venir qu'éclairer la réalité de ce que « être mère toxicomane » veut dire.

Chapitre IV. L'enquête auprès des femmes



A. Faisabilité de l'enquête

1. Introduction

La participation des femmes est un des points originaux de l'étude. La visée de prendre en compte leur point de vue et leurs vécus répond à la volonté de tenter de circonscrire la complexité des situations et par la même des actions engagées ou à engager.

Ce type d'approche émiqque doit toutefois faire l'objet d'une réflexion préalable et d'une réactivité pendant son déroulement. On a tenté de le faire au mieux en fonction du contexte particulier et des moyens disponibles.

En effet, chaque enquête possède des points forts permettant des résultats spécifiques, mais aussi des limites qu'il convient de préciser pour valider l'enquête et les choix opérés en fonction du contexte.

2. Un « échantillon » a posteriori

Nous avons eu à notre disposition la base des dossiers informatisés du CAST⁵ soit 86 femmes mères concernant uniquement le centre d'accueil de Reims. Compte tenu des difficultés prévisibles de recrutement et des contraintes déontologiques, on opte pour ne solliciter que celles venant en 2008, soit 32 femmes dont 4 en maisons d'arrêt.

Au total ce seront douze femmes qui accepteront (concrétiseront) un entretien sur 24 contactées (8 contre-indications). Ils se dérouleront sans problème particulier, avec beaucoup d'intensité, sur une durée variant d'une heure trente à deux heures suivant les cas.

⁵ De mai 2005 à mai 2008, 334 femmes ont été accueillies au Centre d'accueil du CAST dont 86 mères de famille, soit en moyenne 28 par an pour ce seul pôle d'activité.

3. Atouts et limites de l'enquête par entretiens

▪ *Topologiques*

Deux lieux sont retenus pour « interviewer » les femmes: le centre d'accueil et de soins pour les toxicomanes de Reims et la maison d'arrêt de Châlons en Champagne. Ils sont retenus pour des raisons de faisabilité : possibilité facilitée pour les enquêteurs du fait de leurs pratiques professionnelles auprès de ces femmes, aides possibles de la part des professionnels proches (transfert de confiance utile aux prises de rendez-vous, avis sur qui est interviewable en ce moment et qui ne l'est pas, transmission d'informations, etc.).

De façon marginale, un troisième lieu est utilisé : le téléphone.

Les entretiens en maison d'arrêt se réalisent dans un milieu particulier, pas toujours propice à ce type d'exercice (confidentialité, calme). La qualité de détenue a pu aussi interférer sur l'entretien lui-même. Mais, une fois acceptés le principe et l'objet de l'entretien, nous n'avons pas remarqué de différences significatives dans trois cas sur quatre⁶ avec les entretiens produits au CAST car ils sont animés par des professionnels connus d'elles.

D'autres lieux avaient été imaginés (circonscription d'action sociale par exemple) dans le souci de multiplier les lieux et donc de recueillir une plus grande diversité de points de vue.

A partir de la mise en place de l'organisation des entretiens, le constat se révèle net : si on se met dans la posture d'un « expert » de passage, de surcroît inconnu auparavant, les refus seront nombreux. Et, dans les cas d'acceptation, l'entretien serait si déterminé par ses conditions mêmes que le résultat, trop empreint de conformité sociale ou de superficialité, empêcherait son exploitation.

▪ *La conquête d'une posture chercheur/clinicien*

Dans cette voie, si anecdotique qu'elle puisse être, il convient de relater l'échec du carton d'invitation qui est en soi un élément de connaissance essentiel de la problématique étudiée.

⁶ L'un deux a été perturbé par des autres détenues ...

Pour contacter les femmes choisies pour un entretien, nous décidons de leur faire parvenir un carton d'invitation ⁷ expliquant simplement l'objet de celui-ci. Le carton est remis par la secrétaire du centre d'accueil lors des venues de ces femmes à leur consultation : somme toute, une modalité tout à fait ordinaire et conforme aux usages dans ce lieu de consultation.

Les résultats sont riches d'enseignement: la première réponse est négative (« *je n'ai pas le temps* »).

En fait, il s'agissait d'un manque de disponibilité ; cette femme n'habitait pas Reims, accoler un entretien à un autre semblait difficile pour elle, notamment du fait de sa difficulté à « gérer » son enfant un peu agité (3-4 ans) dans les locaux du CAST et sur cette durée.

Puis sont venues les autres réactions au carton : pas de réponse ou négatives (pas le temps, plus tard pourquoi pas, etc.).

Le mot de présentation n'a pas accroché. Cela confirme notre intuition concernant des entretiens dans des lieux autres. On le savait mais on a pensé qu'il pouvait en être autrement dans un endroit connu et investi par elles, accueillant, sécure, confidentiel⁸. Il faut du lien, de la relation, du face à face.

Prenons l'exemple de l'une d'entre elles qui « accepte ». Préalablement, on réitère notre demande, on explique et on propose un entretien téléphonique si cela peut mieux lui convenir. On convient d'une heure le soir en fonction de ses disponibilités. On lui téléphone mais ce n'est pas le bon moment (activité avec les enfants); on convient toutefois d'un autre rendez-vous téléphonique. Même procédé, même résultat : reporté. Lors d'une nouvelle venue pour une consultation, elle vient dire que finalement elle préférerait un entretien en face à face. Ce qui se réalisera une semaine plus tard.

La présence du magnétophone est apparemment acceptée mais on ne s'en servira pas car on observe que cet instrument est vécu comme intrusif.

En fait, tout au long de cette « *anecdote* », ces femmes nous apprennent la manière avec laquelle il faut s'y prendre avec elles.

Puisqu'elles nous livrent cette information essentielle, on change de modalité de contact. L'enquête, outre sa spécificité, demande donc une posture spécifique proche de la clinique, du soin. L'invitation auprès d'elles sera faite par des professionnels du CAST en qui elles ont confiance.

⁷ On rappelle le lieu et les deux chargés d'entretien qui ont leur propre activité multiple et souvent débordante

⁸ On fera un entretien au téléphone mais là aussi difficile à cadrer un entretien au calme.

- ***Techniques et méthodologiques***

L'élaboration du canevas d'entretien (*Cf. annexes*) a été construite de façon à ne pas mettre l'interlocutrice dans une position trop défensive l'amenant à exprimer un discours de sens commun. Nous avons construit le canevas à rebours en partant de l'actualité de ces femmes vers son passé et non de façon linéaire classique de l'enfance à maintenant.

- ***Déontologiques***

La déontologie classique prévaut particulièrement dans ce type d'enquête : confidentialité et neutralité leurs sont garanties. C'est pourquoi par exemple, on utilisera un minimum de citations des entretiens ou de références trop évidentes aux situations particulières voire intimes de ces femmes.

On a limité autant que faire se peut de forcer les personnes en les sollicitant trop activement même si cela limitait notre « échantillon ». Car dans ce cas, comment ne pas rentrer dans la mise en demeure, d'un remboursement d'une dette de soin.

Certains intervenants ont dit craindre que de solliciter la participation de leur patiente ne mette en péril le lien de confiance qu'ils essayaient de construire avec celle-ci ; ou bien qu'ils déconseillaient ce type d'exercice en ce moment avec leurs patientes. Cela a pu restreindre le recrutement, mais ici non plus pas de forçage.

On choisira le caractère récent de la prise en charge autrement dit notre choix se portera sur des mères venant consulter actuellement. On aurait pu contacter celles qui y étaient venues dans un passé plus ou moins proche, notamment celles que l'on sait en concubinage ou mariées avec des patients suivis. Mais la méthode nous a paru à tort ou à raison douteuse.

- ***La question de l'authenticité des propos***

L'intérêt de solliciter des personnes suivies actuellement nous a paru constituer une meilleure garantie d'authenticité (celles rencontrées une fois peuvent « *se raconter des histoires* » ou ne

pas vouloir reconnaître leurs difficultés devant un « *thérapeute* ») ; de surcroît, les questions du canevas d'entretien s'apparentent à celles posées par les cliniciens. Les limites indiquées à un possible forçage concourent aussi à cette garantie. Enfin, il apparaîtra que ces femmes suivies ont pu prendre conscience de leur vulnérabilité et donc sont moins prises dans les enjeux de *présentation de soi* qui prévalaient avant pour elles.

On retrouve dans cette enquête les précautions et les difficultés discutées par M. Pollack dans ses ouvrages, notamment concernant « *la gestion de l'indicible* »⁹.

4. Premiers résultats

Il peut paraître curieux d'annoncer à ce stade des résultats.

Pourtant un point saillant apparaît, nous le retrouverons sous différentes formes plus loin.

Concernant l'enquête auprès des professionnels, même si il a fallu souvent les solliciter plusieurs fois, la temporalité reste cadrée et relativement prévisible. Ici, l'enquête a demandé une posture spécifique de construction de la confiance et le temps nécessaire pour le faire, temps différent du rythme linéaire de la recherche-action.

Au-delà du contenu des entretiens, l'approche retenue produit une observation importante : elle fait apparaître l'analogie de l'enquête et des trajectoires de ces femmes, elle caractérise le rapport qu'ont ces femmes avec les intervenants, leur histoire, leurs drames et la manière dont elles ont construit les relations avec leurs entourages (confiance, « *lapins* », face à face, refus de plusieurs entretiens, méfiance, peur du jugement, etc.).

⁹ POLLAK, M. « *La gestion de l'indicible* », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 62-63, juin 1986, pp. 31-53.

B. Etude descriptive

On rappelle que l'échantillon porte sur 12 femmes interviewées.

Cette partie vise la description factuelle de ces femmes à partir d'un nombre limité de données. Les données, les commentaires ou précisions montrent qu'il n'y a pas de profil type. Nos données générales rejoignent mais en les précisant quelquefois davantage celles que nous avons pu lire dans notre recension bibliographique. De ce point de vue, aucune surprise.

Mais, et cela est loin d'être anecdotique, les renseignements font ressortir des difficultés cumulées et des expériences traumatisantes très fréquentes à tel point qu'on peut les considérer quasiment comme un invariant ; même si le nombre, la fréquence, la dureté des traumatismes, la résonance subjective peuvent fluctuer, illustrant ainsi la variabilité des trajectoires et des attitudes possibles (Cf. Chap. suivant).

1. Données sociales

▪ Age

Ces mères sont âgées de 20 à 43 ans (2 ont moins de 25 ans, 6 ont entre 26 et 35 ans, et 4 ont entre 36 et 45 ans). L'échantillon a la vertu de balayer la diversité des âges ce qui pourra être propice à sonder (et pas plus) d'éventuelles différences dues à la génération.

▪ Logement

L'échantillon comporte une répartition typique¹⁰ concernant les statuts de logements : 7 ont un domicile personnel et 5 sont en situation précaire ou non autonome (une en appartement thérapeutique, quatre sont actuellement incarcérées : à leurs libérations un retour est prévu auprès de leur propre mère pour deux d'entre elles).

▪ Activité professionnelle

L'échantillon correspond assez bien aux statistiques partielles existantes sur le sujet, assez rares d'ailleurs puisque l'activité professionnelle des femmes est fondue avec celle des hommes. Or, ces femmes qui travaillent souvent dans le secteur du service aux personnes sont

¹⁰ C'est-à-dire qu'elle correspond aux statistiques générales concernant le statut du logement des toxicomanes accueillis dans les établissements.

dotées d'un statut précaire, avec comme conséquence une médiocre autonomie financière (quand elles sont seules à élever leurs enfants) et une insuffisante sécurité permettant d'infléchir davantage leurs trajectoires (pour éventuellement se séparer d'un compagnon « nocif »).

Sans	Précaire/intérim	CDD	Chômage	CDI
4	4	1	1	2

▪ **Expérience professionnelle**

Oui	Peu	Non
3	3	6

La scolarité a rarement été l'objet d'un soutien par l'environnement familial, s'est soldée par des arrêts prématurés, des échecs. Les difficultés familiales ont semble t-il pris le pas sur l'avenir scolaire ou professionnel de ces futures femmes. Par la suite, quelques-unes ont pu se former « sur le tas » dans des emplois peu qualifiés. Une seule a pu reprendre une formation professionnelle.

▪ **Ressources matérielles**

Salaire	RMI	API	Pension	Assedic	NR
1	5	1	1	1	3

Ces items font apparaître que ces personnes sont dans des situations économiques difficiles, d'autant que 4 d'entre elles ont des dettes ou des découverts.

De surcroît, cette situation est moins précaire depuis qu'elles ont pu bénéficier d'un soutien au CAST en lien avec des circonscriptions ou un club de prévention, ce qui indique une situation préalable plus précaire encore.

2. La consommation des drogues

▪ Produits

Les produits utilisés ont été ou sont l'héroïne et le cannabis pour les 12 femmes, associés à l'alcool pour une, et des médicaments psychotropes pour une autre.

L'âge de début est en fait très variable ce qui présuppose des carrières de toxicomanes très différentes. Il se situe entre 11 et 39 ans.

La consommation actuelle (c'est-à-dire au moment des entretiens) est active pour deux d'entre elles même si leur consommation n'est plus la même qu'avant (fréquence, produits, etc.). Ceci s'explique par le fait qu'elles soient soutenues et qu'elles bénéficient d'un traitement de substitution (9/12).

La consommation avec les proches est assez importante. En effet, 5 ont consommé régulièrement avec leurs compagnons ou maris, 1 avec une cousine.

Concernant la période de la ou des grossesses, notons une diversité de situations :

Période de grossesse	Nb. de femmes
avant de consommer des drogues	2
avant un traitement de substitution	6
après traitement de substitution	2
non renseigné	2

▪ Problèmes judiciaires

Six sont ou ont été incarcérées (l'ancienneté, les peines et les motifs sont variables). De surcroît, seulement deux de ces mères n'ont jamais eu de problème avec la justice car elles se sont abstenues de participer à une quelconque revente, ou ont géré la situation en modifiant leur consommation en fonction du risque pénal (par exemple : en utilisant des « produits de

substitution » codéinés). Les condamnations portent sur des faits de vols, de consommation de drogue, de deal, très rarement de trafic ou de violences.

3. Recours précédents en termes de traitement

Les recours précédents en termes de soin ont été peu fréquents ; toutefois 3 sur 12 ont eu recours à un médecin généraliste pour un conseil, une orientation.

4. Aspects familiaux

▪ Les enfants

21 enfants sont issus de ces douze mères : 6 n'ont qu'un enfant, les autres ont de 2 à 4 enfants. Pour ces derniers notons qu'ils sont de pères différents.

* Nombre d'enfants et nombre de mères concernées

Nombre de mères qui ont eu :	
Un seul enfant	6
Deux enfants	4
Trois enfants	1
Quatre enfants	1

* Les âges de ces enfants (N =19/21) vont de 1 à 19 ans :

Age	Nombre d'enfants
1 à 6 ans	5
6 à 12 ans	6
12 à 16 ans	4
16 à 19 ans	4

* Lieu de vie des enfants

7 mères vivent continûment avec leurs enfants, une avec l'un d'entre-eux, et 4 non.

Les enfants vivent actuellement avec :	Nombre
La mère seule	4
La mère et le père	2
La mère et son compagnon	3
La grand-mère maternelle	3
La belle mère	2
Chez un autre membre de la famille	1
Dans une famille d'accueil ou un foyer ASE	6

Au total et actuellement, 10 enfants vivent continûment avec leurs mères (dont 2 en garde provisoire) et 11 non.

▪ **Situation matrimoniale**

Quatre femmes sont célibataires et huit vivent en couple (2 mariées, 6 en union libre).

▪ **Les pères et compagnons**

Les pères des enfants et les compagnons sont les hommes qui sont ici considérés avoir eu de l'importance pour elles actuellement ou dans un moment de leur vie (autrement dit, cela ne concerne pas a priori tous les hommes de leur vie). Pour ceux-là donc, on observe qu'ils ont ou ont eu par le passé des consommations problématiques de substances psychoactives (consommateurs actifs : alcool: 5, drogues 3 ; 2 en traitement méthadone ; 2 anciens consommateurs, abstinents).

5. Aspects personnels

▪ **Actualité des relations familiales**

Les relations de ces femmes avec leur famille sont un point important qui sera repris plus loin. Ici, on regroupe les données de notre échantillon et on observe que leur propre environnement familial est fragile voire problématique.

Relations	Mauvaises	En contact	Bonnes	Parents décédés	NR
Avec sa mère	6	1	1	4	
Avec son père	4	3	0	3	2

▪ **Ecueils et drames de la vie**

Il est difficile voire délicat de proposer sous une forme statistique des événements intimes puisqu'il faudrait les catégoriser. Cependant, le regroupement de ces drames permet d'identifier le caractère exceptionnel de ceux-ci ou si, au contraire, ils sont « banals », car dans ce cas on pourrait les considérer comme des facteurs explicatifs de certaines conduites actuelles.

Ces événements se sont passés :

- Pendant l'enfance et l'adolescence

Fugue	Décès d'un proche	Viol, inceste	Addiction d'un parent	Violences Subies	Placement
3	5	3	4	3	2

- Pendant la période de jeune adulte

Décès d'un proche	IVG	IVG « forcées »	Fausse couches	Overdose	Moments de prostitution	Dépression
2	6	3	4	1	1	1

Ces femmes ont pu exprimer ces événements sous le sceau de la confidentialité et de la confiance. Les événements passés sont dans ce cas plus « faciles » à évoquer ou simplement à mentionner, mais quid des événements éventuels plus récents ?

C. Analyse thématique

« Vous garderez ça pour vous »

« Ca ira, j'ai confiance en vous, ça fait 2 ans que je viens ici »

Nous utiliserons quelques thématiques significatives de leurs parcours qui, au delà des données factuelles précédentes, viendront présenter des coordonnées plus subjectives de ces femmes ou les mettre parfois en correspondance. Comme on l'a précisé déjà, pour des raisons évidentes de confidentialité, les extraits d'entretien resteront très réduits.

1. La situation actuelle de ces femmes

On aura observé une grande diversité de situations. En effet, les combinatoires et les configurations s'alimentent des registres suivants :

- de celle qui ne consomme plus de drogues à celle qui continue ;
- de celle qui est en traitement de substitution à celle qui est abstinente ;
- de celle qui avait été abstinente longtemps et qui rechute à celle qui ne s'est jamais arrêtée sauf en cas d'obligations ;
- de celle qui est seule à celle qui vit en couple depuis longtemps ;
- de celle qui travaille à celle qui ne travaille pas ou plus ;
- de celle qui a une famille aidante à celle qui en est privée ;
- de celle qui a ses enfants avec elle de celle qui en est séparée ;
- de celle à l'actualité judiciaire conséquente à celle qui en est indemne ;
- de celle porteuse de l'hépatite C ou connaissant des problèmes somatiques importants à celle relativement épargnée ou qui s'en est relativement épargnée ;

- de celle ayant des problèmes psychiatriques à celle ayant des problèmes psychologiques ;
- de celle qui vit avec un compagnon dépendant aux drogues, violent, qui deale, qui ramène ses camarades de défonce chez lui, ... à celle qui vit avec un compagnon abstinent, non violent ;
- etc.

On pourrait dessiner grossièrement, à partir de ces contextes, deux types de situations : l'une précaire voire très précaire et l'autre d'autonomie relative. Etant entendu que ces notions recouvrent aussi bien des composantes sociales que psychologiques. Par ailleurs, sans pour autant contredire cette typologie basique, on a pu observer que sur beaucoup de thématiques un continuum d'attitudes existe. Cela renforce la notion de diversité sous-jacente à la qualification unique de « mère toxicomane ». Par exemple, pour les unes, la grossesse sera une occasion de renouer avec leur famille, pour d'autres non, voire bien au contraire ; les unes s'identifient pleinement à l'image de mauvaise mère, d'autres résistent.

2.. L'usage des drogues

« Je me mentais à moi-même, on crée un monde à soi caché aux autres »

La drogue a une fonction anxiolytique majeure qui varie en fonction de chaque femme, à un âge et dans des moments eux mêmes variables. Dans un premier temps, le soulagement de la tension provoqué par un contexte familial souvent violent symboliquement ou réellement, par différentes formes de maltraitance ou de traumatismes, des addictions parentales, etc. est recherché. La toxicomanie n'est pas considérée comme un problème mais bien comme une solution. Elle sera ensuite modifiée dans un sens ou dans un autre en fonction de l'influence d'un partenaire, de la détresse psychologique, de nouveaux traumatismes, du fait d'être mère, des soutiens sociaux et sanitaires, etc.

En dépit de cette diversité des usages, un premier point commun toutefois se dégage : indépendamment de la diversité de leurs parcours ou de leurs situations (« précaire versus

autonome ») on observe qu'elles ont toutes soit arrêté, soit suspendu, soit changé leur consommation de drogues dès l'annonce de la grossesse. Etant entendu toutefois que cette annonce peut être précoce comme tardive.

Cette modification de la consommation pendant la grossesse leur appartient en propre. Dans le sens où ce sont elles qui en décident, même si c'est dans un contexte de contraintes.

3. Devenir mère : enjeux réels, imaginaires et symboliques

3.1 Conception réelle et imaginaire de l'enfant

1. La sexualité

Le passé concernant la sexualité a pu être difficile pour certaines (ce qui d'ailleurs pourrait expliquer pour une part le recours aux drogues) et le fait d'attendre un enfant vient perturber, bouleverser un compromis subjectif (la drogue pour ne pas souffrir, voire la drogue comme barrage à la sexualité vécue auparavant comme violente). Nous l'apprenons indirectement, par bribes. Les femmes participant à l'étude ont été peu prolixes (explicites sur le type d'événement sexuel traumatique, implicites concernant leur ressenti ou les conséquences) à ce propos, et vu le cadre et la nature de ce type d'entretien il n'a pas été possible d'investiguer davantage. On apprend toutefois que le nombre d'IVG est assez important et notamment des IVG sous pression familiale¹¹, elles se sont réalisées avant la naissance du premier enfant. Quand une seconde grossesse arrive, même si elle n'est pas prévue, le recours à l'IVG n'est pas utilisé soit parce que le choix « *de le garder* » est fait en toute connaissance de cause, soit dans un cas parce que les délais étaient largement dépassés.

L'aménorrhée et la perte de fertilité dues à la consommation d'opiacés, un suivi gynécologique quasi absent ou le défaut de contraception font que l'annonce de la grossesse (surtout la première) arrive souvent tardivement.

¹¹Pression familiale exercée par sa propre famille mais aussi par la famille du compagnon. Nous avons intitulé ces interruptions *volontaires* de grossesse comme des « IVG forcées » dans la partie descriptive précédente.

Elles n'ont pas souvent planifié l'événement mais les réactions n'en sont pas pour autant négatives. C'est même souvent vécu comme une surprise attendue, comme un espoir : *«Malgré tout ça -drogue- je savais que je serai un jour enceinte », « Je ne peux pas dire qu'il était attendu là maintenant, mais désiré oui, depuis longtemps »*,

D'autres ne pensaient pas être un jour enceinte car, consommant des drogues, elles pensaient ne pas en avoir le droit. Cette raison évoquée nous paraît correspondre pleinement à l'intériorisation du jugement social de mauvaise mère potentielle. Individuellement, cela peut révéler une culpabilité contingente aux événements traumatiques passés, une estime de soi dégradée, une difficulté imaginaire d'être mère comme l'a été la sienne.

Face à l'événement de la grossesse, toutes penseront aussitôt au jugement de l'autre.

2. La grossesse

Pendant la grossesse, elles évoquent toutes, et c'est donc un second point commun, la culpabilité et la honte devant l'éventualité de complications néonatales ou de présence de malformations congénitales chez leur enfant ¹² : *« J'étais alors enceinte de 5 mois, et j'ai arrêté net toute consommation jusqu'à la naissance. Je suis passée par toutes sortes de frayeur »* en sachant après coup *« ce qu'il a du endurer pendant les 5 premiers mois »* (peur de la monstruosité, fragilité, rachitisme, débilité...).

Même si elles n'en connaissent pas le détail et les façons de les éviter, elles modifient comme on l'a déjà évoqué leurs consommations de drogue : *« Je voulais oublier la culpabilité de consommer car j'étais enceinte, c'est bizarre »*.

Elles sont inquiètes, mais elles sollicitent peu un avis éclairé sur ces questions. Nous avons été surpris du recours massif à Internet pour se renseigner et parallèlement de la neutralisation des professionnels. Dans 11/12 cas, elles gèrent d'abord et surtout à partir de leur environnement relationnel - relativement limité - sans recourir aux professionnels. Sauf quand

¹²Les risques obstétricaux liés à la consommation de produits psychoactifs et à la polytoxicomanie : si on ne considère ici que les trois risques communément admis (retard de croissance intra-utérin, fausse couche spontanée, menace d'accouchement prématuré) la consommation de cocaïne et /ou d'héroïne cumule ces trois risques. Par ailleurs la consommation de benzodiazépines et/ou d'opiacés entraîne un syndrome de sevrage pour le nouveau-né.

ce dernier fait partie depuis un moment suffisamment long de cet environnement, mais cela reste rare.

Objectivement, la maternité crée une dynamique dans les trajectoires de consommation de ces femmes et leur offre la possibilité de les faire dévier. Elles disent leur espoir à ce sujet sous la forme souvent de la réparation, de refaire l'histoire, de racheter un passé qu'elles ont subi, de s'en sortir, d'échapper à un destin, de ne pas répéter ce qu'elles ont connu, de ne pas faire comme les autres mères qui consomment ou comme leurs parents parfois : *« j'avais foutu ma vie en l'air, j'avais foiré mes études, j'avais plus personne dans ma vie. J'avais besoin de vivre une relation mère-enfant que je n'avais jamais vécue »*.

C'est aussi quelquefois une possibilité de sortie de la toxicomanie pour soi mais aussi pour le compagnon : *« Je me disais que si j'étais enceinte, ce serait une manière de s'en sortir pour les deux »*.

Les témoignages des participantes à notre étude sont analogues à ceux que d'autres chercheurs ont recueillis auprès de femmes défavorisées non toxicomanes : *« L'enfant est en soi une réponse de la vie, sa naissance est le signe que le changement est possible, alors que la situation des répondantes était souvent une situation d'où toute perspective d'avenir était exclue. C'est pourquoi elles ne voient pas en général l'enfant comme un problème (si ce n'est pour l'entourage) mais bien plutôt comme une solution ou une ouverture.¹³ »*

La grossesse entraîne de nombreux bouleversements et place ces femmes dans un moment de retour sur le passé. Un retour sur une histoire familiale souvent douloureuse, problématique ou traumatisante.

Elles sont alors dans la situation de gérer beaucoup de choses : de profondes remises en cause, la responsabilité d'être enceinte et à terme du futur enfant, leur entourage bienveillant ou non, le regard porté sur elles, la peur de ne pas être compétente, de ne pas réussir sa maternité, et l'usage des drogues... comme recours toujours possible.

La grossesse questionne à la fois la toxicomanie présente et le passé... Elle peut créer une ouverture et une dynamique. Quand cette dynamique a pu se réaliser, combien de temps a pu-t-elle tenir, de quels soutiens a-t-elle pu bénéficier? Ont-elles pu toutes en bénéficier? Les

¹³*In*: GUYON, L. ; DE KONINCK, M ; MORISSETTE, P. « L'expérience maternelle et la consommation de substances psychoactives », *Recherches féministes*, Volume 16.

femmes nous indiquent implicitement ou explicitement que les recours sont inégaux soit en indiquant leur position soit en comparant leur situation avec d'autres femmes « moins favorisées ». Les causes de cette inégalité relèvent, pour une part, de la position et des dispositions sociales et psychologiques de ces femmes qui peuvent empêcher d'utiliser pleinement les ressources disponibles et, pour une part, de l'environnement qui ne dispose pas toujours de réponses adaptées.

La maternité est devenue une obligation de compétence¹⁴, pour toutes les femmes (et aussi pour les professionnels) ; dans ce contexte, on aperçoit la charge que suppose le fait d'être une femme, toxicomane, future mère, puis mère. Devant cette situation « chargée », certaines composeront, d'autres fuiront. La variabilité des réactions témoigne a posteriori de la construction identitaire, des ressorts de la dynamique relationnelle (affects et identification) de chacune d'elles.

3. L'accouchement et la sortie du service de maternité

« L'échantillon » est, on l'a vu, divers notamment sur un point : les femmes ont des enfants plus ou moins âgés ce qui a pu faire varier l'intensité de leur témoignage (enfant en bas âge et histoire récente de la maternité et de ses enjeux, versus enfant grand ou adolescent où l'histoire de la maternité est plus ancienne et a été plus banalisée).

Le séjour dans le service de maternité a été vécu de façon contrastée en fonction de leur parcours antérieur de suivi de grossesse, de l'accueil qui leur a été réservé et du temps de séjour prolongé pour celles qui ont dû rester le temps du sevrage (opiacés) de leur bébé. Les femmes sont assez peu prolixes sur ce moment quand « *ça s'est bien passé* » même si ce passage s'est accompagné de craintes notamment quand elles avaient préalablement caché leurs consommations certes diminuées mais existantes.

¹⁴ « L'image populaire de la « mère négligente » n'est pas nouvelle. Elle est apparue dans l'imaginaire collectif pendant la Seconde Guerre mondiale, au moment où les mères ont dû consacrer une partie de leur temps au travail rémunéré. L'image de la « mère abusive » est plus récente. Kaplan associe l'émergence de cette représentation aux débats qui ont eu cours dans la presse du début des années 80, autour de quelques cas de négligence dans les garderies. L'accusation d'abus n'a pas été longue à se propager aux mères. Cela a été le prix à payer pour avoir osé rejeter l'idéologie de l'instinct maternel. Plus que jamais, la maternité est devenue une *obligation de compétence*. »
GUYON, L. ; DE KONINCK, M ; MORISSETTE, P. op.cit

Certaines ont préféré « *prendre le risque plutôt que de dire* », pensant avoir fait le nécessaire, et l'inquiétude persiste : « *l'accouchement s'est super bien passé et il n'y a pas eu de sevrage du bébé* »...

Les équipes des services néonataux sont jugées très positivement. Quand il y a des complications, le regard se fait en revanche plus critique notamment quand le traitement de substitution en cours est indiqué préalablement aux équipes soignantes : regret d'être exclue des décisions concernant le bébé, d'être informée a posteriori, d'être dépossédée a priori.

La présence ou l'absence des pères est indiquée dans tous les témoignages. Ils assistent tous - quand le couple est encore formé, ou quand ils sont libres de le faire (un cas d'incarcération pendant le séjour de sa compagne à l'hôpital) - à l'accouchement.

A la sortie de la maternité, le retour se fait soit « à la maison » seule ou avec le compagnon, soit chez les parents de la femme ou les parents du compagnon. On note un cas particulier « d'abandon » du bébé à l'hôpital.

3.2. La peur du placement

« Ce que j'ai réussi? ...de ne pas avoir d'enfants placés »

L'impact sur ces femmes de la crainte de se voir retirer la garde de leur enfant est important et unanime. Elles l'évoquent toutes et certaines l'ont vécu. Elles le vivent comme une mesure les concernant en particulier. Cette menace est évoquée de façon ambivalente : à la fois elles trouvent que cela peut être justifié, reprenant à leur compte le discours commun sur le danger pour l'enfant mais aussi comme une marque d'absence de confiance voire de condamnation, avant même qu'elles aient pu faire la « *preuve* » de leurs compétences maternelles. « *Assurer* », le mot revient, récurrent. On se méfie d'elles, on doute de leurs capacités, de leurs possibilités de changement, on leur fait savoir. Sachant que l'on se méfie d'elles, réellement ou imaginativement, ces femmes se sentent en insécurité et adoptent des tactiques pour contrer le jugement négatif supposé ou réel que l'on va porter sur elles. Cette grande insécurité va déterminer un certain nombre d'attitudes.

Nous sommes là dans une problématique de gestion de la stigmatisation sous tendue par une gestion de l'indicible où les sujets intériorisent la violence symbolique exercée sur eux et « participent » à la gestion du stigmaté.

Plus largement, elles se sentent sous surveillance ce qu'elles « acceptent » pour une part puisqu'elles ont intériorisé le fait, à des degrés divers suivant les cas, d'être une mauvaise mère (*« c'est vrai, au début, enfin quand j'ai eu ma fille, j'avais du mal à me considérer comme une mère normale vu ce que j'avais fait avant »*).

3.3. L'arrivée de l'enfant : promesse et conséquences

La maternité est un levier de changement, au moins pour un temps. Il perdurera ou pas. Dans ce temps elles se sentent toutes motivées pour changer.

L'arrivée de l'enfant exacerbe une vie déjà fragile avec des conflits existants, voire en produit de nouveaux. Les motifs de ruptures (qui parfois ne durent pas) vont concerner la vie antérieure, un mode de vie souvent confiné, les familles (et particulièrement avec les femmes/mères : mère, grand-mère, belle-mère) et le père de l'enfant.

La présence et la vie de l'enfant les amènent souvent à faire appel aux autres, à créer de nouveaux liens ou à se réconcilier quelquefois avec les membres de leur famille qui s'étaient éloignés, solliciter le cas échéant une aide auprès des services sociaux, entamer ou poursuivre une démarche de soins, etc. Une certaine mise en équilibre, même précaire, se fait jour. Mais là aussi, les enjeux et les possibilités sont très contrastés en fonction du système relationnel dont elles font partie.

La vie avec l'enfant va les conduire à définir des principes d'éducation. Quand elles identifient ce qu'elles souhaitent ou non pour leur enfant, il est fait référence à ce qu'elles ont vécu et subi alors qu'elles étaient elles-mêmes enfant. Leur projet est alors d'éviter à leur(s) enfant (s) la reproduction des faits violents ou traumatiques, de les protéger des préjugés - même si ces derniers sont toujours ressentis réellement ou imaginaires -, de les protéger de l'usage des drogues. Plusieurs d'entre elles consomment parfois (alcool, haschich) ou sont sous traitement de substitution ; autant de choses qui peuvent *montrer* l'addiction du ou des parents aux enfants. Là aussi, le jeu de cache-cache a ses tactiques : boire quand l'enfant est

couché pour « *se vider la tête* », profiter de l'absence de l'enfant, dire une partie de ses consommations anciennes et les moins réprochées pour ne pas dire son traitement actuel, etc.

3.4 Une obligation de réussir ?

La maternité vient bouleverser profondément le parcours de ces femmes, car elle s'accompagne d'un regard critique sur des modes de vie ancrés depuis plus ou moins longtemps, de la mise en place de stratégies pour faire face aux nouvelles exigences et aux changements et offre la possibilité de faire dévier la trajectoire de consommation, ce dont témoigne la modification de la consommation pendant la grossesse. Dès lors, la maternité - et tout ce qu'elle comporte, pas simplement le fait individuel d'être enceinte, mais aussi son contexte objectif et subjectif - crée pour une part une nouvelle dynamique : réussie, elle pourra jouer un rôle de changement ; si elle échoue, elle joue donc un rôle d'inertie et deviendra un facteur important de rechute voire d'abandon partiel des enfants.

« Il faut » que la maternité « réussisse » pour pouvoir contrer leur histoire et changer les situations qui les ont amenées à consommer. Cette injonction complexifie les choses dans un environnement relationnel caractéristique (cf. § suivant) et peut expliquer d'une part la difficulté d'y parvenir et d'autre part leurs postures, leurs tactiques, leurs attitudes vis à vis des soutiens externes.

4. Le système relationnel

« J'ai toujours fait tout toute seule »

De façon générale, leur capital relationnel est assez limité, de surcroît il accuse une certaine fragilité. Si on rapproche cet élément des autres capitaux (social, économique, symbolique), la fragilité voire la vulnérabilité de ces femmes est patente. A fortiori si ce capital devait devenir « hostile ».

Les changements accompagnant la naissance d'un enfant puis son éducation amènent les femmes à modifier leurs habitudes mais aussi leurs relations, et dans tous les cas à se positionner face à leur entourage propre, particulièrement avec leur famille et leur compagnon.

4.1 Les supports familiaux : autocontrôle ou hétérocontrôle strict ?

Concernant la famille, ces changements sont donc variables et on peut observer :

- L'affirmation d'un lien qui, déjà solide, trouve à s'éprouver. Cela concerne très rarement dans un premier temps les parents mais des femmes proches : tante, sœur...
 - Des réconciliations. Plusieurs vont ainsi chercher à reconstruire des liens familiaux, dont certains étaient rompus depuis plusieurs années. Ce « *retour vers la famille* » peut exiger d'elles beaucoup d'efforts et provoquer là aussi un retour sur un passé douloureux. Cependant, l'effort ne vient pas d'elles seules. En effet, des membres de leur famille (notamment leurs parents, leurs beaux-parents, etc.) vont leur offrir un soutien psychologique ou matériel. Ce type de changement peut apparaître intéressant mais il reste minoritaire et soumis à l'épreuve du temps.
 - Des conflits concernant la garde de l'enfant où ces mères jugées incompetentes par leur famille proche vont se positionner la plupart du temps dans une attitude de résistance ou de soumission. Une situation paradigmatique : l'une d'elles manifeste de la colère à l'évocation de sa mère, avec qui les liens sont conflictuels, et qui a entamé une procédure auprès du JAF pour obtenir l'autorité parentale sur son petit enfant pendant que sa fille était incarcérée pour une durée assez courte. Cette femme se défendra et obtiendra gain de cause.
 - Des tentatives pour accaparer l'enfant. C'est le cas de mère, de grand-mère voire de belle-mère qui adoptent des stratégies progressives de délégitimation, moins explicites ou procéduriers que le cas précédent, mais qui demandent aux femmes de se positionner quelquefois fermement face à cela. D'autres céderont.
- Ici, nous est apparu une hypothèse « ethnologique » que nous n'avons pas testée mais qu'il serait bon d'approfondir: l'enfant semble être utilisé comme objet de remboursement imaginaire d'une dette symbolique dans les échanges et la transmission de la lignée matrilineaire où la courroie principale est la dynamique faute/culpabilité.

4.2 Couple, pères et compagnons : parentalité et parentalité intoxiquée

Plusieurs types de relations de couple peuvent être observées :

Les relations de couple sont ambivalentes et vécues sous un mode de soumission ou de réparation quand un troisième élément, la drogue, « soude » le couple.

Les produits psychoactifs peuvent être présents pour les deux, présents pour l'un des deux, substitués pour les deux, inexistant par périodes, etc.

Au-delà de la consommation, ce constat révèle la diversité de la nature des relations de couple.

Les pères des enfants sont présents dans le discours de ces mères même si ils ne vivent plus ensemble. On a vu qu'ils étaient attentifs lors de l'accouchement mais aussi que les séparations pouvaient coïncider avec l'arrivée de l'enfant. Certaines évoquent la reprise ou l'accentuation de la consommation des pères à ce moment là (l'événement de la naissance est aussi un moment de retour subjectif sur un vécu difficile dont la relation fortement conflictuelle avec leur propre père).

Nous ne nous sommes pas adressés dans cette enquête exploratoire aux pères ou aux couples. Nous utiliserons donc un article mentionnant une enquête auprès de trente pères¹⁵ puis nous le commenterons à la lumière de nos données.

« La naissance d'un enfant s'accompagne souvent d'une accentuation des conduites addictives (pour les pères). Nous avons rencontré deux cas de figure :

- La mère de l'enfant est également toxico-dépendante. La conjugalité est alors construite autour d'une complicité fondée sur les pratiques addictives communes, avec fréquemment une sexualité très pauvre, souvent dans un contexte d'aménorrhée, favorisant l'indifférenciation sexuelle et évacuant de la pensée l'hypothèse de la fécondité. Dans cet aménagement, il n'y a généralement pas de place pour l'arrivée d'un tiers. L'annonce de la grossesse, la naissance du bébé, est alors un événement très désorganisateur en ce qu'il réintroduit bruyamment de la différenciation dans le couple. Les ruptures sont très fréquentes et l'augmentation des conduites addictives du père presque la règle.

- La mère de l'enfant n'est pas toxico-dépendante. Le couple est alors très souvent organisé sur une dynamique « sauveur-sauvé ». La non-consommatrice donne bons soins et attention sans compter à son partenaire consommateur, qui lui exprime à quel point il a besoin de cette

¹⁵*In.*: SOULIGNAC, R., CROQUETTE-KROKAR, M. « Paternité et toxico-dépendance », *Dialogues*, 2003,

relation. Chacun reçoit ainsi sa dose de « re-narcissisation ». L'arrivée d'un enfant dans ce contexte détourne du père l'attention de la mère, qui la tourne vers son bébé. Le père éprouve alors le sentiment aigu de n'être plus qu'un satellite et intensifie sa pratique addictive pour tenter de regagner l'attention de sa partenaire. Mais cette méthode, qui avait fait ses preuves avant l'arrivée de l'enfant, provoque désormais plutôt l'effet inverse et accentue la mise à l'écart du père toxicomane. »

Outre le fait que nous avons retrouvé beaucoup de choses indiquées par les auteurs, nous pouvons rajouter les choses suivantes, notamment quand le couple reste uni :

- un troisième cas : le père n'est pas toxicodépendant. La relation de couple est relativement inversée. C'est le compagnon, père de l'enfant, qui va tenter de « sauver » la consommatrice. Même si elle ne l'est plus ou par épisodes, la surveillance est toujours présente voire étouffante : par exemple on surveille les communications téléphoniques. L'économie du couple est basée ici sur un rapport à l'obéissance. Mais les tactiques sont nombreuses pour la déjouer...

- un quatrième cas : les deux parents sont sous traitement de substitution et le suivent sans consommer autre chose. Ici, c'est une inter surveillance « douce » qui prévaut ; l'un regrettant d'avoir par le passé initié sa compagne aux drogues « dures » et l'autre d'y « avoir mis le nez ». Ici le couple est *homéostatique*, fondé sur la reconnaissance des responsabilités. L'un servant à l'autre d'éclaireur auprès d'intervenants, l'un venant évaluer les possibilités ou les tactiques possibles lors de situations où il a été nécessaire de gérer autrement la toxicomanie suite à un événement (grossesse, diagnostic d'hépatite C, autre grossesse, arrêt de la substitution sauvage, etc.) ;

- enfin, la dynamique de sauveur-sauvé nous paraît plus large encore. La réparation est souvent en arrière plan des attitudes des deux acteurs qu'ils soient ou non consommateurs actifs, que l'un des deux l'ait été ou pas.

En lien avec ces différentes situations de couple et du rôle de la drogue dans celui-ci, un constat assez surprenant émerge : quand il s'agit de chercher de l'aide, de vouloir traiter des questions liées à la toxicomanie, cette recherche se fera très souvent en dépit de leur partenaire ; rarement avec son encouragement, plus rarement encore avec son accompagnement.

4.3 Les intervenants « externes » : neutralisation ou recours partiel

Le sous monde social au sens d'A. STRAUSS auquel elles appartiennent est assez limité voire étrié. Les professionnels de divers secteurs ou les intervenants n'en font pas partie. Ils sont étrangers. De plus, ils sont une source potentielle de surveillance ou de menaces sauf quand ils sont « jugés non jugeant » : « *J'y allais toutes les 3 semaines (service gynécologie), j'étais plus surveillée que les autres femmes* » même si « *la toxicomanie n'a jamais été abordée* » ; « (risques grossesse) *Je me suis renseignée sur Internet, mais j'étais quand même pas rassurée. Finalement j'ai téléphoné à M... que j'ai connu en 2000, il m'avait suivi en prison. Et puis après, ça a été clair.* »

Toutes vont adopter une position d'anticipation systématique face à ce contrôle supposé ou réel via le secret, l'invisibilisation, l'évitement, la distribution avec parcimonie des informations suivant les locuteurs en fonction de la crainte supposée qu'ils représentent. Les stratégies d'évitement et de neutralisation des professionnels potentiellement en situation d'intervenir sont donc variées.

En première lecture, on pourrait dire que les attitudes d'évitement constituent sans doute des tentatives d'adaptation pour faire face aux contraintes de la consommation. Au-delà, c'est une posture relationnelle acquise qui les amène à adopter ces attitudes pour trouver un équilibre même précaire et « *éviter la honte* ». En effet, au vu de leur passé insécure, comment *l'étranger* peut-il devenir *familier* alors que le *familier* leur a été *étranger*?

Evidemment lors de situations contraintes, événementielles, une intervention « extérieure » (hôpital pour la maternité, PMI lors de signalements, poursuites pour consommation de drogues et/ou « deal », violences exercées sur elles) se produit. La nature de cette intervention peut rester dans le cadre de la mission de contrôle et/ou venir modifier leur stratégie relationnelle.

Lorsqu'il n'y a pas de situations contraintes, quelques acteurs jugés crédibles seront en capacité de modifier les stratégies relationnelles jusque là basées sur la neutralisation, et pourront participer en fonction de chaque cas, à l'amélioration de la vie de ces femmes. La référence à ces acteurs reste toutefois rare dans le propos de ces femmes.

Dans les deux cas, la modification des stratégies relationnelles - préalable à une possibilité d'intervention véritable - peut se réaliser sous certaines conditions : confiance, réassurance, disponibilité des informations, attitude non jugeante, authenticité relationnelle comportant une dynamique autorité/altérité.

Quand elles franchissent le pas « *d'avouer* » l'usage de drogues, elles redoutent l'accueil de ce propos sous une forme culpabilisante et, quand cela se concrétise, le jugement concernant ces professionnels est tranché: « *Il y a des vrais nuls qui ne comprennent rien (et d'autres sont supers)* ». Mais là aussi la référence aux acteurs est loin d'être fréquente.

En revanche, on note un « acteur » d'un type particulier qui, considérant la stratégie d'évitement de ces femmes, n'est pas si surprenant : Internet. La récurrence du recours à Internet est assez forte pour trouver une « expertise » et éviter les professionnels ou l'entourage qui constituent par ailleurs des soutiens possibles.

4.4 Les amis

L'orientation des entretiens n'a pas été spécialement favorable pour obtenir des données sur ce sujet. Mais au détour d'un certain nombre de thèmes, on aurait pu en obtenir. On fait le constat qui confirme l'isolement relatif et l'environnement qu'on a qualifié d'étriqué de ces femmes : bien peu de références à l'environnement amical dans des situations où ils auraient pu être cités.

4.5 Le milieu professionnel

Quand elles travaillent, le premier constat porte sur la nature de l'emploi. Quand elle est systématique à ce point, on peut émettre deux hypothèses qui ne s'opposent pas : l'une, sociologique, serait de dire qu'étant donné leur mode de vie, leur niveau scolaire, leur groupe social d'origine, leur sexe, cela détermine le fait qu'elles occupent des emplois à bas salaire et peu évolutifs. La seconde, plus psychologique, serait de dire que leur métier est à corrélérer avec leur passé subjectif et notamment leur volonté de réparation.

6/7 travaillent dans le secteur du service : aide à la personne, aide ménagère, aide soignante.

Le second constat porte sur l'environnement relationnel du travail : c'est un emploi où l'on travaille souvent seule (peu de travail en équipes) et où les relations professionnelles sont assez faibles.

5. « Mère courage »

*Il ne me reste plus rien à vendre, et
personne n'a rien pour m'acheter ce
rien.*

« Mère courage », B. Bretch.

Eprouver, cacher, gérer, assurer, réparer, déjouer la surveillance, risquer, supporter, prouver : autant de verbes d'action qui caractérisent ces « mère courage ».

Elles sont « courageuses » pour plusieurs raisons.

« *Les femmes toxicomanes qui deviennent mères s'inscrivent au carrefour de quatre normes* » (Cf. Simmat-Durand), ainsi, dans leur entourage de même qu'auprès d'un certain nombre d'intervenants, elles doivent faire la démonstration qu'elles sont des mères « *légitimes* », « *dignes* ».

Comme leur anomie inquiète, inquiétude reprise par les femmes elles-mêmes (« *J'ai toujours peur d'être jugée de mauvaise mère qui a pris de la drogue* »), elles doivent agir vis à vis de ces quatre normes à la fois pour acquérir un peu de légitimité.

Elles tentent de le faire à partir de leur rôle maternel avec un certain succès (tentative de prévention des situations qu'elles ont subies comme enfant et qu'elles ne veulent pas imposer aux leurs, l'éviction des compagnons intoxiqués, la gestion de l'éducation pratique des enfants, etc.). Beaucoup assument donc des responsabilités dans un contexte peu favorable.

Elles ont connu beaucoup de soucis, de drames ; elles sont en charge à des degrés divers d'un enfant ou plusieurs, elles sont dans une position de gestion de beaucoup de choses. Bref, il faut tenir, et pour cela *le briseur de soucis* peut être convoqué. Particulièrement, quand un élément manque au système d'économie psychique mis en place, que l'homéostasie est

rompue (par exemple le compagnon en prison, un éloignement, des ennuis familiaux, etc.) la drogue peut (ré) apparaître.

Il faut tenir, il faut pouvoir se conserver face aux événements... et quelquefois cela peut déboucher sur une dynamique d'autoconservation paradoxale (du genre boire pour oublier que l'on boit).

Gérer l'indicible¹⁶, maîtriser autant que faire se peut son environnement, son inscription sociale, élever ses enfants, gérer la toxicomanie ou ses oripeaux... est une mission bien difficile. A ce propos, dans un rapport d'études canadien¹⁷, la déclaration d'une femme va dans ce sens et contient plusieurs éléments que nous avons également recueillis. Nous la citons donc : « *Toute l'année, tu t'occupes de tes enfants, tu fais le ménage, tu bosses. Tu as peu d'argent, tu as des problèmes de couple, tu ne sais pas à qui t'adresser si, pour une fois, tu dois donner tes enfants à garder. Tant que tu ne prends pas de drogues, personne ne se préoccupe de ta situation. Mais le jour où tu tombes dans la drogue, alors là tout le monde crie « c'est affreux, c'est dommage ». Dès ce moment, on considère que les enfants sont en danger, les voisins font des ragots sur toi, etc. »*

Quelquefois la « mère courage » craque à force de composer avec un environnement qu'elle subjective à leur façon.

¹⁶*L'anamnèse de nombreuses femmes toxicomanes révèle la fréquence de traumatismes sexuels subis dans l'enfance ou l'adolescence. Le recours à la drogue ici a pour fonction de se soustraire au souvenir de l'événement traumatique. Le travail psychothérapeutique dévoile un positionnement spécifique des femmes toxicomanes quant à la question de l'être dans son rapport à l'objet : un défaut de reconnaissance radicale et un défait de travail de deuil.*

THOMAS, O. Association AMPTA, Marseille

¹⁷ GOUVERNEMENT DU QUEBEC, comité permanent de lutte contre la toxicomanie, « Avis les mères toxicomanes », CPLT, 1999, 27p.

D. Conclusion

« Traiter une personne qui est déviante sous un rapport comme si elle l'était sous tous les rapports, c'est énoncer une prophétie qui contribue à sa propre réalisation »

H. S. Becker

▪ « Mauvaise mère » ?

Dans cette étude, on a pu voir comment le jugement moral guidait les comportements, le plus souvent sur fond de condamnation de tout ce qui paraît porter atteinte à la valeur de l'enfant. Le principe de neutralité axiologique est ici nécessaire pour dépasser les jugements et proposer des issues aux difficultés que rencontrent ces mères, elles aussi imprégnées des valeurs attribuées à l'enfant.

Au total, on peut donc dire que « ce ne sont pas de mauvaises mères » car elles souhaitent la sécurité pour leurs enfants dans un contexte de surcroît défavorable : elles arrêtent leurs consommations, la changent ou la réduisent pendant la grossesse, voire avant quelquefois ; elles parlent d'équilibre familial, de l'avenir de l'enfant ou de récupérer l'enfant en garde ; elles restent souvent avec le père de l'enfant (à un coût symbolique exorbitant parfois) ou un compagnon pour asseoir l'avenir de leur enfant.

Lorsqu'elles continuent leurs consommations, elles les cachent, elles en font leur affaire et tentent d'utiliser les moments où les enfants ne sont pas là ; certaines en traitement de substitution rigoureusement suivis cachent à leur entourage le fait d'y être : aux enfants, aux nouveaux compagnons, familles, etc. La peur du jugement est trop forte même dans ce cas car remettrait a priori en cause un équilibre durement gagné, établi, même fragile. Quelquefois c'est le couple qui est dans cette posture : ils gèrent à deux le secret. C'est plus « facile » pour la femme qui se sent soutenue dans la préservation du secret auprès des enfants car « *ils ne doivent pas savoir* » mais le risque est grand de connaître le secret en dehors des parents.

A la question posée, « *ne pensez-vous pas étant donné l'âge de vos enfants (adolescents) que ce secret est devenu un secret de polichinelle* », la réponse se fait sous forme d'un déploiement de tactiques : pas d'amis ou de connaissances toxicomanes qui laisseraient accroire à une consommation des parents, et on informe les plus grands que la jeunesse des parents fut quelquefois festive et qu'il y a bien eu consommation d'alcool et de haschich. Avec cela « *ils savent l'essentiel* »...

Un passé qui a du mal à passer et la peur du jugement, toujours.

- Retour sur notre « échantillon »

Notre échantillon est composé de femmes qui ont mûri leur expérience des drogues, ont pris conscience de leur vulnérabilité et de leurs conséquences, sont suivies au centre d'accueil, construisent souvent les conditions de « *s'en sortir* ». En revanche, celles rencontrées en maison d'arrêt sont dans des situations plus difficiles et ont des parcours souvent plus durs ; elles s'expriment moins sur les enjeux de la maternité, loin de leurs enfants (avec cette différence importante : gardés par des proches ou placés) et la culpabilité a pu être trop forte pour s'exprimer davantage.

Ces deux « groupes » qui bénéficient de l'intervention de professionnels dans des contextes certes différenciés font inévitablement penser à celles qui sont encore plus isolées et vis-à-vis desquelles une action serait à envisager.

- Un segment de la trajectoire parmi d'autres

Il ressort que la grossesse et l'accouchement sont effectivement des moments clés, porteurs d'un potentiel plus ou moins grand de changements. Certes la durée et la solidité de ce changement sont difficiles à estimer. Ce moment de la trajectoire de ces femmes est court (comparativement à l'ensemble de leur vie), mais il apparaît porteur de potentialités pour elles et de modes d'intervention pour leur entourage et pour les professionnels.

Cependant, ce moment ne doit pas faire oublier l'ensemble du parcours: avant d'être mère et après la naissance des enfants où la potentialité d'interventions est importante.

- Tactiques

On a observé des stratégies d'évitement qui neutralisent tous les professionnels qui pouvaient intervenir.

- Beaucoup de femmes arrêtent leur consommation pendant la grossesse. Donc les intervenants ne les voient pas ou peu : elles « *gèrent* ». Est-ce pour autant un arrêt définitif ?

- Les femmes isolent, neutralisent les professionnels et a priori ne vont pas les chercher. Une capacité forte d'invisibilisation et de neutralisation constitue leur principale stratégie d'acteur social et qualifie leur champ de rationalité limitée.
- Elles gèrent tout seule la plupart du temps même si ça doit les mener vers des situations plus difficiles encore (prison, retrait de l'enfant, plus rarement prostitution, etc.)
- Le rôle de la famille reste important mais les professionnels dits de première ligne sont peu sollicités ou seulement en partie (médecins, travailleurs sociaux) et en cloisonnant leurs demandes (par exemple voir un gynécologue concernant la grossesse et ne pas dire son usage de drogues présent ou récent).

- « *Préconisations* »

Au décours des entretiens, via la question « *et si c'était à refaire* », au-delà des aspects plus personnels (refaire l'histoire, regrets voire remords, réussites) elles expriment aussi directement ou en creux un certain nombre de préconisations:

- Elles souhaitent n'être ni stigmatisées, ni jugées, ni étiquetées, mais être prises en compte comme des femmes, des femmes enceintes, des mères fussent-elles toxicomanes
- Leur grande inquiétude est le placement de l'enfant qui renvoie à leur propre histoire (abandon réel ou imaginaire, séparations, culpabilité...)
- Elles souhaitent être mieux informées sur le sevrage, les risques, les conséquences, les aides possibles en fonction des moments de leur parcours (sortie d'hôpital, s'occuper de soi...) et pouvoir compter sur plus de professionnels formés à « *l'aide aux mamans toxicomanes* »

Chapitre V. Conclusions et propositions



« Que les femmes aient un rapport spécifique aux drogues est une évidence qui, pourtant en France, reste très mal connue. Moins nombreuses à expérimenter l'usage récréatif des drogues illicites, plus stigmatisant pour elles que pour leurs compagnons, moins nombreuses qu'eux à entrer dans un usage nocif, plus isolées et marginalisées lorsqu'elles le font... leurs addictions sont d'autant plus graves qu'elles ont subi des traumatismes, viols et violences dans l'enfance, dans l'adolescence ou dans leur vie d'adulte. En termes de prévention comme en termes de soin, des réponses spécifiques doivent prendre en compte ces *inégalités et spécificités*. A défaut, les réponses contribuent indirectement à redoubler les processus d'exclusion. »

COPPEL A. Courrier des Addictions (Le), 2004, 6, (2).

1. Observations générales

1. Les femmes toxicomanes: l'acuité d'un problème de santé publique?

La fréquentation des CSST pour prendre un exemple connu et attesté comprend chaque année entre 20 à 25 % de femmes contre 75 à 80% d'hommes toxicomanes. On peut également constater qu'une proportion non négligeable est constituée de parents. Du côté des femmes seulement, en utilisant uniquement les données de l'ensemble de l'association CAST en 2006, 209 femmes ont été suivies dont 53 mères. Mais il ne faudrait pas oublier les 156 femmes « non mères » qui sont a priori en âge de procréer et d'élever des enfants. Il faudrait pouvoir disposer des statistiques de suivis de l'ensemble des services et établissements du département et projeter (même si c'est aléatoire) le nombre de femmes ne bénéficiant d'aucun suivi pour disposer d'une estimation quantitative globale. Mais sans attendre, on peut dire que le problème quantitatif de santé publique n'est pas négligeable et que la préoccupation sociale à

l'endroit de ces femmes (la leur comme celle de leur entourage et des professionnels) est qualitativement significative.

Dans ce sens, nous avons pu apprécier la quantité et la qualité des retours des questionnaires, ce qui est en soi un indicateur de l'actualité de la problématique.

Ainsi, la prise en compte de ces « *inégalités et spécificités* » indiquées par A. COPPEL pourrait, à un niveau local, susciter un certain nombre d'actions nouvelles (Cf. propositions).

2. Normes et représentations

Les représentations sociales concernant les hommes toxicomanes convoquent souvent les termes de déviance, de danger, d'autodestruction, de repoussoir, de fascination/répulsion, d'étrangeté. Il en va de même pour les femmes mais la tolérance semble moindre encore car elles représentent un danger potentiel pour l'enfant (et donc pour « la civilisation ») d'où l'image de la « mauvaise mère » qui va d'emblée lui être accolée : « *Quand on consomme - des drogues- c'est plus facile d'être un mauvais père qu'une mauvaise mère* » nous dira l'une d'entre-elles.

Plus généralement, « *Les femmes toxicomanes qui deviennent mères s'inscrivent au carrefour de quatre normes : les normes pénales car l'usage de stupéfiants est illicite, les normes sociales qui fixent ce que doit être une bonne mère, les normes médicales régissant le suivi des grossesses à risques et enfin les normes de genre, car la toxicomanie est appréhendée comme un phénomène essentiellement ou massivement masculin*¹⁸ ».

Leur anomie entraîne un hétérocontrôle qui se manifeste par « *des sanctions qui peuvent se cumuler : pénales, liées à l'usage illicite, sociales, comme le retrait de l'enfant, médicales, sous forme d'obligation de soins*¹⁹ ». Elle produit aussi un autocontrôle : d'abord, le sien lisible dans la mise en place de différentes tactiques, puis celui de l'entourage dans sa version plus ou moins bienveillante.

¹⁸ SIMMAT-DURAND, L. op.cit.

¹⁹ SIMMAT-DURAND, L. op.cit.

2. *L'étude exploratoire*

Au total, cette étude exploratoire a permis de constituer un corpus d'informations et d'observations, tant sur les trajectoires - doublement produit par les points de vue des professionnels et des femmes elles-mêmes - que sur les conditions d'enquête.

Comme l'a montré notre analyse bibliographique, le point de vue des travailleurs sociaux (circonscription d'aide sociale, intervenants du monde judiciaire, CHRS, etc.) et des médecins généralistes, a priori en première ligne pour l'accueil de ces femmes, est pour ainsi dire totalement absent dans les études sur le sujet. Nous avons pu, en les sollicitant, recueillir leurs points de vue et du coup permettre une description de la trajectoire de ces femmes plus extensive que celles qui limitent l'observation au seul temps de la grossesse, même si on a vu combien celui-ci avait son importance.

Si l'on veut apporter des réponses prenant en compte les « *inégalités et spécificités* » des femmes, il est nécessaire de considérer l'ensemble de leurs trajectoires. En conséquence, la temporalité de l'intervention demande d'accepter les discontinuités dues à leurs parcours.

Sans sous-estimer, au double sens du terme cet « enchaînement »²⁰ qui se peut se refermer sur lui-même dans une circularité difficile à rompre, il apparaît qu'un certain nombre de points d'appuis pour une intervention est donné par ces femmes. Par exemple, la remise en cause qui accompagne l'arrivée de l'enfant ; la modification des pratiques de consommation qui s'en suit ; la conscience qu'elles ont du regard critique posé sur elles ; la protection fréquente de leurs enfants en s'isolant du compagnon si nécessaire ; le besoin d'établir leur légitimité dans leur rôle maternel ; la reconnaissance qu'elles sont en partie responsables du développement de leurs pratiques risquées ; les regrets formulés de s'y être pris comme elles l'on fait ; la capacité de développer des tactiques ; la capacité de stabiliser leur situation ; la capacité de proposer des « *préconisations* », et celle de s'engager dans une relation de confiance et d'élaborer ce pour quoi elles souffrent.

²⁰ Passé traumatique, honte, précarité, insécurité, mépris, perte symbolique de la reconnaissance sociale, surveillance accrue, retrait social ou isolement, difficultés de toutes sortes, soutiens sociaux variables voire maltraitants, culpabilité, gestion de la stigmatisation...

Quand on rapproche les témoignages de professionnels et des femmes, leur diagnostic respectif sur les possibilités d'intervention est finalement assez proche. Cela augure d'un potentiel de possibilités renouvelées - de demandes ou d'interventions - à condition de privilégier les dispositifs souples, polyvalents, tout en offrant une stabilité, une sécurité, un régime d'intervention basé sur la confiance, le non jugement, et permettant une certaine discontinuité d'accompagnement. Bref, un espace à la fois de compétences et de sécurité. Ces femmes demandent plus de confiance et de sécurité, de réassurance que les hommes compte tenu de leur passé traumatique et de leur condition de mère ou de leur potentialité à devenir mère.

L'étude retraduit (*traduttore /traditore*) l'intensité de la vie de ces femmes, leurs tactiques, la diversité des situations qui appellent *in fine* des réponses au cas par cas²¹ et signalent des points communs qui appellent des réponses plus collectives.

De façon plus théorique, un approfondissement anthropologique des questions de l'identité, de la dette et du don, de la faute, de la culpabilité, de la honte (trois notions qu'il faudrait davantage distinguer²²) serait à engager car on a vu combien cela déterminait les attitudes de ces femmes mais aussi probablement leur accueil.

En effet, la compréhension de ces enjeux détermine les conditions d'une quelconque intervention ou disponibilité professionnelle à leur endroit. Car, au fond, comment accueillir cette honte et cette culpabilité, exprimées sous différentes formes, pour permettre son « élaboration »?

Le déroulement de l'étude a demandé une organisation rigoureuse puisque nous avons à conduire l'analyse d'un corpus bibliographique relativement important et deux types d'enquête comportant des techniques et des approches différentes à entreprendre, organiser, exploiter.

Le bon taux de retour (grâce entre autres aux acteurs qui nous ont relayés, au suivi des relances, aux insistances confraternelles...) du questionnaire a permis une exploitation, un recueil d'information qui vaut consultation. Si l'on ajoute à cela la qualité de remplissage

²¹ On a vu qu'il n'existait pas de profil type mais qu'une fragilité et une insécurité importante constituaient un point commun.

²² par exemple : FREYMANN, J-R ; LESOURD, S. « *Honte, culpabilité,angoisse* » www.fedepsy

suffisamment consistante en vue d'une analyse qualitative des points de vue exprimés, le résultat est satisfaisant dans le sens où il permet d'en tirer des enseignements.

Les entretiens avec les mères est également un point fort de l'enquête. Cela était attendu par les professionnels enquêtés et vient confirmer le besoin d'information que nous avions pressentis. Cela légitime d'autant le retour que nous ferons à leur endroit, hors le fait de leur faire parvenir ce rapport pour les remercier de leur participation. Par ailleurs, ce retour constitue une invitation à poursuivre ce travail (*Cf.* propositions).

On a identifié la nature et pris la mesure de la réelle difficulté pour ces mères de répondre favorablement à la participation à cette étude, alors même qu'elles étaient déjà dans une relation de confiance acquise et un espace sécurisé. Elles savaient qu'elles devraient pour cela aborder leur histoire de vie, et les refus - tout particulièrement les esquives - nous ont indiqué la hauteur des précautions *cliniques* qu'il fallait mettre en œuvre.

L'analogie de l'enquête et des trajectoires de ces femmes a caractérisé le rapport qu'elles ont avec les intervenants, leur histoire, leurs drames et comment elles construisent leurs relations avec leur entourage : confiance relative ou méfiance, peur du jugement, tactique d'invisibilité, de neutralisation, se cacher derrière un autre, d'évitement, de gestion des informations essentielles, intériorisation du *stigmat*.

Nous avons retrouvé certains éléments de la littérature consultée²³. Nous avons aussi innové en balisant l'ensemble de leur système relationnel dans le but de proposer une approche plus transversale et moins parcellaire. Et, cela constitue également, une base de réflexion pour l'action.

²³ On rappelle que la majorité des études abordent la question de la toxicomanie au féminin en se focalisant sur le devenir des enfants et surtout sur les conséquences de la consommation des drogues sur le bébé, ce qui est tout à fait légitime et pertinent par ailleurs. Toutefois, elles se limitent à cibler un temps court de la vie des femmes et limitent leurs observations à la fonction reproductrice des femmes.

3. Quatre grandes propositions

Cette étude devait parvenir à la formulation de préconisations car elle a été, au demeurant, construite et menée dans cette perspective. Partant donc des résultats exposés précédemment, avec le souci de rester dans les limites de cette investigation exploratoire, on peut raisonnablement avancer les propositions suivantes.

1. Tout au long de cette étude les antonymes sécurité/insécurité abondent : tout d'abord dans le discours des femmes sous une forme subjective (parcours de vie, antécédents, actualité) mais aussi dans celui des professionnels quand ils évoquent leurs limites professionnelles parfois rapidement atteintes face à ce qu'ils perçoivent des attitudes (inconstance, dissimulation, etc.) de ces femmes.

2. L'étude a rendu possible l'observation des attitudes de ces femmes notamment lors de la grossesse. Leur manque d'informations, dû notamment à leur isolement subjectif et social, implique qu'elles gèrent « au mieux » - on pourrait dire « au moins pire » - la situation. Ce qui trouve particulièrement ses limites lorsque la pensée magique est convoquée pour rassurer « *j'ai pris un risque mais j'ai confiance dans ma bonne étoile* ».

3. L'observation des attitudes permet aussi de découvrir que la peur peut être un frein - en tout cas dans un premier temps - à la mise en réseau des acteurs. Par exemple, cette femme suivie en maison d'arrêt et qui a accordé sa confiance à un intervenant extérieur ne souhaite pas pour l'heure poursuivre, à sa sortie, son travail d'élucidation de « *ses problèmes* » dans un autre lieu pourtant sécurisé par « *peur d'être mal jugée* ».

4. Enfin, une autre dyade, confiance/non jugement, marque l'ensemble des discours et des pratiques.

Pour reprendre l'objectif de cette étude d'identifier des possibilités d'amélioration sur l'ensemble de la trajectoire de ces femmes et de prévention des dommages, on aboutit à une conclusion qui balise un certain nombre d'actions, mais avec une tonalité particulière, en lien avec la sensibilité du thème aussi bien pour les professionnels que pour les mères concernées.

Il apparaît ainsi très clairement qu'il faille rassurer, restaurer de la confiance, informer à partir de connaissances validées, communiquer les ressources disponibles, renforcer l'existant ou réactiver des expériences pertinentes, et organiser l'ensemble sous une forme souple et expérimentale.

1. Proposition n°1 : rassurer et restaurer de la confiance via une information valide, transmettre du savoir

L'inventaire et l'analyse de l'existant, tant pour ce qui concerne la littérature, les pratiques professionnelles, les attitudes et représentations des différents acteurs et les dispositifs, a montré qu'aucun support d'information n'existe aujourd'hui, sous quelque forme que ce soit (physique ou dématérialisée), à l'attention des mères concernées et/ou des professionnels qu'elles rencontrent (ou évitent, précisément) notamment sur la situation de grossesse avec une consommation de produits toxiques.

Après une recherche auprès du CIRDD, de l'INPES, de la MILDT, force est de constater la carence²⁴.

On propose donc **l'innovation** suivante: la création de trois brochures d'information raisonnée bâtie à partir des connaissances actuelles, des pratiques professionnelles, de la connaissance des problématiques des usagers de drogues.

- **une à destination des femmes (usagères de drogues)**
- **une à destination des parents (usagers de drogues)**
- **une à destination des professionnels de première ligne**

Sans en baliser le contenu, puisque la réflexion et la construction de ces brochures doivent faire l'objet d'un travail collectif et pluridisciplinaire, on peut suggérer les choses suivantes qui vont dans le sens des brochures générales existantes du type « *savoir plus, risquer moins* ».

1. Brochure à l'adresse des femmes consommant des drogues dont celles qui sont mères ou qui vont l'être (ensemble d'informations et de recours) et des informations spécifiques

Par exemple, et sans hiérarchie ou classement particulier des thèmes :

- *Addiction au féminin*
- *Le corps*

²⁴ On cite à ce propos une étude concernant une autre problématique addictive : selon une étude de l'INPES (2005), « *les femmes sont mal informées quant aux risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Ainsi, 40 % des femmes interrogées disent n'avoir eu aucun message d'avertissement durant leur suivi de grossesse.* »

- *Consommation de drogues et contraception*
- *Suivi gynécologique*
- *Grossesse : comment ça va et ça peut se passer*
- *Grossesse et consommation de drogues*
- *Femme enceinte et substitution (méthadone, subutex)*
- *Accueil à la maternité : seule, accompagnée, etc. Protocoles, possibilités ...*
- *Le syndrome de sevrage*
- *Où s'informer, être écoutée et orientée*
- *L'arrivée de l'enfant : les aides possibles (ici, par exemple on peut évoquer le placement de l'enfant mais aussi et surtout, justement pour rassurer, les aides éducatives ponctuelles qui existent. Ici, le message est de sortir du tout (placement) ou rien (d'autre). Les pratiques de la protection de l'enfance ne consistent pas à placer l'enfant dès le moindre problème mais d'offrir des prestations graduées.*
- *Etre mère en maison d'arrêt*
- *La parentalité*
- *Où s'informer et se faire orienter en fonction du parcours et de la situation : lieux principaux (charte de confidentialité, confiance, accueil rapide, espace sécurisé, etc.)*
- *Etc.*

On voit ici à partir des thématiques que différentes expertises sont nécessaires pour construire l'information. On reviendra plus loin sur ce point.

2. Brochure à destination des parents

Ici c'est l'aide à la parentalité qu'il s'agit de développer, et de s'adresser aussi aux pères.

Par exemple :

- *L'arrivée d'un enfant ou son éducation : qu'est ce que ça change quand on a été ou est encore consommateur de drogues ou substitué ;*
- *Lieu ressources et de soutiens psychosociaux pour évoquer des questions, des sentiments, des affects (peur de ne pas « assurer », crainte de violence envers l'enfant) ;*
- *Les lieux d'accueil des enfants (permettre de souffler, de prendre du temps pour soi...);*
- *Etc.*

3. Brochure à destination des professionnels de première ligne

Ici, la tonalité serait du type « Connaître mieux pour co-intervenir ».

Cette brochure est destinée aux professionnels non spécialistes (car la population visée fréquente d'abord des acteurs non spécialistes).

Cette brochure aurait comme principal objectif de réaliser une synthèse d'informations précises et validées (jusque là disparates et quelquefois imprécises) concernant un certain nombre de points, par exemple :

- *Toxicomanie*
- *Femmes et addiction*
- *Risques médicaux, substitution chez la femme enceinte*
- *Mère toxicomane au carrefour de quatre normes ...*
- *La parentalité*
- *L'état psychique de ces femmes, la dimension anthropologique de ce qui leur arrive et comment il faut s'y prendre (réassurance, sécurité, compétences) pour qu'elles puissent « assurer ».*
- *Recommandations de pratiques*
- *Lieux et personnes ressources*
- *Etc.*

Au total, cet objectif de répondre au besoin d'information nécessite une double étape :

- Une première phase de validation des connaissances sur toutes les composantes du problème aux différents moments de la trajectoire ;
- Une phase de diffusion de cette informations (la stratégie de communication n'est pas évoquée ici, mais il est clair que ce type d'information nécessite un accompagnement...).

2. Proposition n°2 Organiser des espaces sécurisés

Compte tenu des observations recueillies par l'enquête et de la nécessité de parfaire l'accès au soin pour ces mères toxicomanes, il convient d'envisager des espaces de rencontres "sécurisés". Ceux-ci peuvent être imaginés sous diverses formes (et en fonction du degré d'adhésion des différents acteurs)

Ici, l'objectif est de rendre possible le fait que ces femmes puissent rencontrer des personnes ressources pertinentes sur un même lieu. Le déplacement des personnes ressources sur ce lieu renforce la sécurisation du lieu et la confiance versus leur crainte dans le contexte normatif qui est le leur (Cf. les 4 normes). C'est pourquoi on parle plutôt d'espace que de lieu désigné pour.

C'est une pluralité de missions et de services qui est ici privilégiée plutôt qu'un lieu en particulier. Pour exemple, les prestations offertes pourraient concerner l'encadrement d'un temps subjectif, une aide à la parentalité, une aide à la mise en réseau des acteurs en fonction du cas, une aide à l'information.

Le fonctionnement doit pouvoir s'appuyer sur un accès facilité eu égard à la situation de fragilité qui commande généralement les attitudes de ces femmes.

Un certain nombre de services disposent déjà d'un plateau de ressources diversifiées (On pense ici par exemple au CAST ou aux CSD) mais, d'une part, ils sont eux-mêmes limités sur certains aspects et, d'autre part, cette organisation n'est pas la règle.

En dehors d'une mise en réseau organisé adaptée aux besoins de ces femmes et à leurs caractéristiques, nous pensons que le domicile de ces femmes constitue, sous certaines conditions, un espace sécurisé, confidentiel qui pourrait faire partie de l'ensemble des espaces sécurisés à utiliser comme ressources.

3. Proposition n° 3 Renforcer l'existant

Ce point reprend pour une part la proposition n°2 mais la décline de façon plus ciblée.

Plusieurs exemples non exhaustifs peuvent ici être donnés :

1. Une permanence d'une sage femme dans les CSST :

Le renforcement de la santé gynécologique, de la contraception, des actions de type planning familial *in situ* et des *visites à domicile* lors des grossesses ou d'autres situations paraît relever d'une mesure simple et efficace en termes de prévention et d'accessibilité à une intervention souvent délaissée par ces femmes (toujours pour les mêmes raisons : insécurité, peur du jugement d'autant qu'il s'agit ici du corps, et de l'intimité qui a pu être bafouée par le passé).

Concernant la problématique du corps, malgré les invitations médicales à se faire suivre (gynécologue, diététicienne), beaucoup de « patientes » venant dans les CSTT n'appliquent pas les conseils donnés. En revanche, dès la mise en place d'une consultation *in situ* d'une diététicienne travaillant en lien avec les médecins, on peut constater l'amélioration de la prise en compte des problèmes de « boulimie » par exemple.

Ces femmes, pendant une période, ne peuvent pas transférer la confiance qu'elles ont accordée à un autre lieu ou à d'autres acteurs.

La permanence d'une sage femme paraît donc pertinente compte tenu de la population visée et de son champ d'action possible (connaissance de planning familial, contraception, auscultation, la question du corps, réseau de professionnels, accompagnement, *in situ* ou à domicile...).

2. Un type d'appartement thérapeutique spécifique :

Ici, la visée est de répondre aux préconisations des professionnels interrogés²⁵ qui ont vu dans cette modalité un certain nombre de possibilités de soutien, de sécurisation d'un parcours,

²⁵ Rappelons ici ces préconisations in extenso : « avec un accompagnement spécifique pour les enfants ; pour leur permettre d'être accueillis tout en préservant l'intimité familiale ; il me semble que cela existe déjà mais il est méconnu et manque peut-être de places disponibles ; cela existe à Reims avec le CAST. Mais cela existe mais pas spécifiquement pour les mères toxicomanes ; elles seraient entourées de professionnels étayant, mais non jugeant pour étayer dans cette autonomie naissante ; pour les situations repérées dès la grossesse ou les enfants en bas âge ; -cela éviterait quelques placements et de la douleur supplémentaire ; outil qui pourrait se développer et être intéressant dans les situations avec de jeunes enfants ; le type de prise en charge semble intéressant, car elle évite l'intervention de plusieurs TS, chacun dans son cadre ; pourquoi pas mais la question telle qu'elle est posée oublie le père. Pourquoi pas des AT pour un couple car en omettant le père ou mari, on laisse de côté une partie de la vie de la femme toxicomane ; un AT pour mère et enfant favorisant un meilleur travail en réseau (avec la PMI, les éducateurs, les AS, ...) et sortir cette population de l'isolement ; l'accueil mère + enfant(s) pourrait peut-être être utile (mères isolées en difficultés sociales...) ; quelque chose qui « prenne soin » d'elles, qui fasse appui en toute confiance versus idée qu'il y a « abus » au départ chez elles réel et/ou fantasmé ; permet d'accompagner les différents bouleversements psychologiques et le rythme de l'enfant ; cela a l'avantage d'offrir une figure tierce qui peut médiatiser, épauler, étayer et la valoriser dans son rapport à l'éducation de son enfant »

d'une amélioration des conditions de vie de la femme mais aussi de l'enfant, d'un suivi personnalisé.

4. Proposition n°4 : Un groupe d'expert ou groupe *ad hoc*

L'organisation des propositions demande des conditions préalables et, d'abord la constitution d'un groupe d'acteurs sans quoi rien n'est possible.

La création de ce groupe pourrait avoir plusieurs objectifs et missions :

- de réflexion concernant les propositions suggérées ici
- de favoriser la dynamique de celles-ci
- de coordonner leur mise en œuvre et notamment celle des brochures

Au-delà des missions, l'importance des objectifs communicationnels et symboliques est à considérer :

- l'annonce de la mise en place d'un tel groupe favorise une prise en considération renouvelée de la toxicomanie féminine et de la mise en commun des réflexions ;
- permet de favoriser des actions innovantes, valorisantes pour les femmes comme pour les professionnels ;
- et, au-delà, mettre des professionnels en synergie (action collective) produit par rebond une amélioration des coopérations utiles et nécessaires au cas par cas (action singulière, co-intervention)

Répondre aux besoins de ces femmes mais aussi de ces mères signifie non seulement des ressources flexibles, disponibles et polyvalentes, mais également une connaissance des problématiques en question.

Nous pensons ainsi avoir pu contribuer à cette réponse.

INTITULES	ACTIONS NOVATRICES	ACTIONS « CLASSIQUES »	SOUTIENS ET MOYENS	ZONES GEOGRAPHIQUES RETENUES	OBJECTIFS PRINCIPAUX
Brochures d'information	à destination des : - femmes - parents - professionnels		Conseil général DRDASS GRSP ARH DRCF MILDT INPES CAF	Département dans un premier temps (étant donné action transférable au niveau régional voire national)	Rassurer, restaurer de la confiance par l'amélioration de l'information, la mise à disposition des données validées par le groupe d'experts, par l'information sur les ressources, etc.
Espaces sécurisés	à destination des femmes en premier lieu		Conseil général DRDASS GRSP VILLES	Département	Elargir les possibilités d'accueil sans qu'il soit focalisé sur un seul lieu. Amélioration de l'accès aux soins, à l'information, la prévention ...
Renforcement de l'existant (exemples)	Consultation sage femme dans les CSST (futurs CSAPA) Visites à domicile	Appartements thérapeutiques accueil réservé femme et bébé ou enfant en bas âge	DRDASS CPAM CHU Conseil général	Département	Elargir les réponses dans les lieux déjà sécurisés, actions préventives
Instance ressource : Groupe d'experts ou groupe ad hoc		Organisateur de la réflexion et de la dynamique en vue de la mise en place de l'ensemble des actions	DRDASS GRSP ...	Département	Rassurer : travail en commun de acteurs de différents secteurs sur des objectifs limités. Amélioration de l'interconnaissance professionnelle. Mise en réseau facilité en vue d'un accompagnement le cas échéant

BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE



ANGEL, P; LANDRY, M. et al. ; « Toxicomanie et maternité », *Psychotropes*, Vol 4, 1998, n°2, p.5-43.

Anonyme, Le point sur « Femmes, mères, enfants et consommation de drogues », 3p.

ANTONELLI, P. « La mère toxicomane séropositive et son enfant : quelle prise en charge? » *Interventions*, 1996, n°57, p7-14.

BOUCHEZ, J. « Les enfants toxicomanes : de la prévention aux soins ? », *Journal clinique et biologique*, Nervure, tome XII, 1999, n°1, p.14-17

BOUCHEZ, J. ; CARLUS, C. « Lorsque l'enfant paraît... » in : *les traitements de substitution pour les usagers de drogues*, Paris, Arnette, 1997, p.133-147.

BOUTTE, P. « Prise en charge sociale du nouveau-né de mère héroïnomanie », *Les cahiers de l'AP-HP*, obstétrico-pédiatrique : toxicomanie et grossesse, Ed. Droin, non daté, p.59-63

BURGUION, P. « L'accueil d'une mère avec son enfant : mise au travail », *Interventions*, 1996, n°54, p.40-42

CASSEN, M. « Maternité et toxicomanies étude sur 171 mères toxicomanes et leurs 302 enfants.» *Maternité et toxicomanies, Alcoologie et addictologie*, 2004, Tome 26, n°2 - pp. 87-97.

CASSEN, M. « Les mères toxicomanes et leurs enfants, un lien fragile », *Interventions*, 70/71, 1999, p.63-68

CHANAL C., MARUSIER E. Grossesse et substitution. Prise en charge de la mère et de l'enfant à la maternité. In : *Penser la Méthadone, Journées d'études, Réseau Ville - Hôpital Toxicomanie Hérault*, Montpellier 22-23 ; 1997, p.76-88

CHANTAL, C. « Périnatalité et toxicomanie : comment préserver la place des parents ? », *La Santé*, 391, 2007, p.35-36

Coll. « Addictions au féminin », Actes ANIT/ANPAA/INSERM, colloque 2004, 187p

COPPEL A. « Figures de femmes... », *Courrier des Addictions (Le)*, 2004, 6, (2), 54-58

COURTY, P. « La toxicomanie féminine », *Revue Française de Psychiatrie et de psychologie Médicale (La)*, 1999, (29), 59-62

DENTAN, A et al. « Un réseau d'accompagnement des mères toxicomanes et de leurs enfants », *Dépendance*, 11, 2000, p.20-24.

DEPOSTIS P. « Cherchez la femme », *Courrier des Addictions (Le)*, 2004, 6, (2), 47-49.

Dossier Horizons, la lettre des réseaux périnatalité « *Adaptions nos pratiques de prise en charge* », 4p.

- Dr BOULANGER, N. Toxicomanie et parentalité. Ed. Goosens, Fonds Houtman, Bruxelles, 1996, 108p.
- Dr EBERT, J et al. Maternité, interaction mère-enfant et toxicomanie, *OFDT*, Paris, 2001, 114p.
- Dr ZANGER, P. « Vivre avec les drogues », *THS*, 2000, p.438-440
- Dr. Van WOENSEL, G. « Parents usagers de drogue : quelle place pour le généraliste dans la prise en charge psycho-sociale ? », *Revue de médecine générale*, 167, 1999, p.417-419.
- DUBSON, A. Héroïnomanie, maternité et sida. Mémoire DIS de psychiatrie, Univ. Paris V, 1991, 113p.
- DUPUY, A. Grossesse et avenir immédiat de l'enfant et de la mère toxicomane. Mémoire DEASS, Paris, 1995, 51p.
- EBERT, J. Maternité et toxicomanie. Mémoire CES de psychiatrie, Univ. Paris VI, 1988, 75p. bib.
- ESQUIVEL, T. « Les enfants de parents toxicomanes », *Revue documentaire Toxibase*, 1994, p.1-15
- FACY, F. « Alcool et mères de jeunes enfants », bibliographie thématique, Inserm unité 302, 2000, 20p.
- Flash stat Champagne-Ardenne, « les CHRS » n° 21, DRDASS, sept.2007.
- FRANCITTO, M.C., et al. « Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge » revue documentaire TOXIBASE, 2000, 2, pp.1-12
- GODBOUT, J. Le don la dette et l'identité. *Chap.1 « le don dans la parenté »*. Ed. La Découverte 2000, 188p ;
- GOUVERNEMENT DU QUEBEC, comité permanent de lutte contre la toxicomanie, « Avis les mères toxicomanes », CPLT, 1999, 27p.
- GRUPE POMPIDOU, Conseil de l'Europe. Séminaire
- « Grossesse et toxicomanie. Etat des lieux en l'an 2000. », 2000, 273 p.
 - « Les femmes et les drogues » 1993, 162p.
- GUYON, L. ; DE KONINCK, M ; MORISSETTE, P. « L'expérience maternelle et la consommation de substances psychoactives », *Recherches féministes*, Volume 16, numéro 2, 2003, p. 107-137
- J. PARQUET, J. ; BAILLY, D. « Jeunes mères toxicomanes et leurs enfants » *Congrès Entretiens de Bichat Psychiatrie*, 1987, p.190-194
- JACQUES, C., « Pharmaco-dépendances aux opiacés. Grossesse et parentalité », *Le Flyer*, 2003, Hors série n°1, p.17-23 ; p.57-64

LEJEUNE (C.), SIMMAT-DURAND (L.) *et. al.* , Grossesse et substitution - *Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés*, Paris, OFDT, 2003, 142 p.

MAISONDIEU, J. « A propos de la relation mère-enfant : le syndrome du kangourou », *Ann. Méd-Psychol.*, 151, n°2, 1993, p.150-152.

MOILE, C. « Les femmes et les enfants dans la communauté thérapeutique » n.r, 5p.

MURPHY, S. ROSENBAUM, M. « Pregnant women on drugs: combating stereotypes and stigma », Rutgers University press, Washington, 1999, 204p.

NADEAU, L. « Femmes alcoolodépendantes et toxicomanes : une approche spécifique québécoise », *La Santé*, 372, 2004, p.41-42

PAJULO, M. « An early report on the mother-baby interactive capacity of substance-abusing mothers », *Journal of substance abuse treatment*, 2001, n°20, p.143-151

PICARD, E. « Premiers résultats d'une expérience d'accueil et de soins spécialisés pour jeunes et futurs parents usagers de drogues et pour leurs enfants », in Guffens J.M., (dir.), *Toxicomanie, Hépatites, sida*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond, 1994, pp. 349-358.

PUYOBREAU, C. "De la toxicomanie à la maternité: un désenchantement nécessaire", maîtrise de psychopathologie clinique, Université de Paris X, 1992, 148p.

Pr. LEJEUNE, C. « Le devenir des nouveaux-nés de mères toxicomanes peut être amélioré », *Abstract pédiatrie*, 152, 2001, p.26-28

QUENIART, A. ; VENNES, S. « De la volonté de tout contrôler à l'isolement: l'expérience paradoxale de la maternité chez de jeunes mères », *Recherches féministes*, vol. 16, n° 2, 2003. pp. 73-106.

ROSEMBLUM, O. ; CHARLES-NICOLAS, A.

- «Prise en charge des mères toxicomanes », *Soins*, 1991, n°545, p.16-18.

- « La mère toxicomane et son enfant » *La Revue du Praticien*, 1991, 5, (155), 2559- 2562.

SIMMAT-DURAND, L.

- « La mère toxicomane et le placement de l'enfant : des temps inconciliables. » *Drogues, santé et société*, 2007, vol.6, n°23, p.11-45

- «La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions », *CESAMES, Déviance et société*, 2007 p. 305-329

SOULIGNAC, R., CROQUETTE-KROKAR, M. « Paternité et toxico-dépendance », *Dialogues*, 2003, p.94-100.

TAYLOR, R. « Women drugs users: an ethnography of a female injecting community », 1993, Clarendon Press, Oxford, 192p.

TOXIBASE « Addictions au féminin – bibliographie – » CIRDD Midi-Pyrénées, 2006, p.17

USID. Cinquièmes rencontres de l'USID : « *Toxicomanies et parentalités* », Douai, 2000, 92p.

ANNEXES



- 1. Questionnaire adressé aux professionnels**
- 2. Questionnaire adressé aux médecins généralistes**
- 3. Guide en vue des entretiens avec les femmes**

1. Questionnaire adressé aux professionnels

Nous vous remercions de bien vouloir consacrer de votre temps à répondre à ce questionnaire. Le résultat de la recherche action fera l'objet d'un rapport et nous ne manquerons pas d'en faire parvenir un exemplaire à votre établissement ou structure.



La place laissée après chaque question est aléatoire, vous pouvez compléter vos réponses sur une feuille libre.

1. *Quelle est votre profession ?*
2. *Votre lieu de travail ?.....*

A. La population toxicomane rencontrée ou déjà rencontrée

3. *Rencontrez-vous au cours de votre activité professionnelle ou accueillez-vous au sein de votre service des personnes toxicomanes ? Décrivez, le cas échéant, leurs caractéristiques.*

4. *Estimez-vous que vos interventions les concernant sont ou devraient être spécifiques et en quoi ?*

5. *Les éventuelles difficultés d'accueil ou de suivi de ces personnes tiennent principalement*

- *à leurs demandes ?*
- *à leurs besoins ?*
- *à leurs propres difficultés ?*
- *aux interventions à réaliser ?*
- *aux ressources d'action disponibles ?*

B. La question des femmes toxicomanes

6. *Concernant plus particulièrement les femmes toxicomanes, repérez-vous des difficultés particulières dues à leur situation ...*

- *sociale ?*
- *judiciaire ?*
- *sanitaire, santé ?*
- *relationnelle ?*

C. Mère et toxicomane

7. *Quand elles sont mères, quelles difficultés éventuelles rencontrent ces femmes toxicomanes ?*

8. *Quelles difficultés sont d'après vous peu abordées*

- *par les intervenants*
- *par elles ?*

D. Liens de travail

9. Plusieurs types de professionnels (sociaux, médicaux, judiciaires, etc.) apportent à ces femmes un soutien psychosocial.

-Avez-vous des liens de travail avec eux ? Quels types de liens ?

- Quels sont les intérêts et les limites de ces collaborations ?

E. Améliorer les dispositifs existants ?

10. *Quel dispositif ou type d'action faudrait-il envisager le cas échéant et pourquoi ?*

(Les réponses peuvent être multiples et cumulatives)

- *une concertation entre professionnels plus affirmée et/ou mieux organisée serait nécessaire*
- *une meilleure connaissance des acteurs locaux ou des réseaux à solliciter quand il y a un besoin*
- *une formation adaptée aux professionnels et à leur terrain d'exercice concernant la toxicomanie, les femmes toxicomanes, la parentalité et la toxicomanie serait dans un premier temps nécessaire*
- *un dispositif de type unité d'accompagnement qui leur serait dédié spécifiquement*
- *un dispositif d'accompagnement soutenu de type appartements thérapeutiques ou d'insertion accueillant notamment mère et enfant*
- *autre exemple d'action ou de dispositif ?*

11. Question « subsidiaire »

Dans la visée de recueillir plusieurs points de vue, d'après vous qui devrait-on interroger sur l'ensemble de la problématique abordée par ce questionnaire ?

2. Questionnaire adressé aux médecins généralistes via le réseau ADDICA

A. La question des femmes toxicomanes

1. Concernant les femmes toxicomanes, repérez-vous des difficultés particulières dues à leur situation (sociale ? judiciaire ? sanitaire, santé ? relationnelle ? autre)

2. Les éventuelles difficultés d'accueil ou de suivi de ces personnes tiennent principalement à leurs demandes ? à leurs besoins ? à leurs propres difficultés ? aux interventions à réaliser ? aux ressources d'action disponibles ? autre ?

B. Mère et toxicomane

3. Quand elles sont mères, quelles difficultés rencontrent-elles ?

C. Liens de travail

4. Plusieurs types de professionnels (sociaux, médicaux, judiciaires, etc.) apportent à ces femmes un soutien medico-psycho-social.

Avez-vous des liens de travail avec eux ? Quels types de liens ? Quels sont les intérêts et les limites de ces collaborations ? autre ?

D. Améliorer les dispositifs existants ?

5. Quel dispositif ou type d'action faudrait-il envisager le cas échéant et pourquoi ?

(par exemple, une concertation entre professionnels plus affirmée ou mieux organisée, unité d'accompagnement spécifique, organisation différente, formation, etc.)

3. Guide en vue des entretiens avec les femmes

Consignes de l'entretien

- Rappel de l'étude
- Déontologie : garantie de confidentialité, secret professionnel, pas d'exploitation nominative
- Enoncer les grandes thématiques

Rappel : Si vous ne voulez pas aborder au cours de l'entretien certains points, libre à vous de ne pas le faire

- **Votre situation aujourd'hui ?**

Où vivez-vous, avec qui, quels revenus. Quelles difficultés, éventuellement ? Avec quelles personnes / institutions êtes-vous en contact ? Quels sont vos difficultés (sociales, financière, justice, psychologiques) ? Quels sont les supports, les aides sur lesquels vous pensez pouvoir compter ?

- **Votre usage des drogues :**

Actualité :

Quel est l'état de votre consommation actuelle : produit licite ou illicite, substitution. Fréquence et à quelles occasions.

L'histoire de votre consommation

Début avec quoi, quand, avec qui, événement déclenchant...

Mode de consommation et niveau d'implication dans une activité de trafic. Prise de risque au regard de la justice ?

(« le métier de toxicomane » : focalisation de la vie sociale du sujet sur la drogue, son obtention, etc.)

Quels ont été les moments forts de cette histoire, ce qui vous a marqué le plus ?

Avez-vous connu des périodes d'arrêt ?

Comment ?

Globalement (pour les arrêts ou la vie sociale en général) avez-vous eu recours à de l'aide (amis, petit ami ou mari, professionnels, parents...)

Moment de ces périodes

- **Devenir mère ?**

Bon ; aujourd'hui vous êtes maman : peut-on parler un peu de votre histoire de mère ?

*** D'abord : quelle était votre pratique de contraception et de suivi gynécologique ?

*** Passé d'être enceinte : avez-vous eu des antécédents ?

C'était la première fois que vous étiez enceinte

IVG précédente (contexte...) Fausses couches ?

*** Désir d'enfant : cet enfant : était-il « désiré » ? Était-ce un choix délibéré de votre part ? Comment ça s'est passé ? (faire un enfant pour qui). Vous avoir un enfant ? OU : vous avez hésité à le garder ? Quelles sont les questions que vous vous êtes posées à ce moment là ? Quelles ont été, éventuellement les réactions de votre entourage ?

Si enfant non désiré pourquoi être allé jusqu'au bout

*** Et le papa dans tout ça ?

*** Engagement dans la grossesse

Période de la grossesse: connaissance du début de la grossesse (comment elle l'apprend, avec qui, réactions, réactions de l'entourage ...

Suivi de la grossesse : où, avec qui, attitudes, dévoilement du passé ou de l'actualité toxicomaniaque

Soutiens pendant cette période: seule ? Entourée ? Par qui ?

Consommation durant cette période ? Et quand ? Pourquoi ? Traitement, arrêt, secrète ... ?

*** Temps de l'accouchement : le temps du réel. COMMENT S'EST PASSE

L'ACCOUCHEMENT ?

Le service de la maternité

Réactions, ressenti, soutien ?

Présence de qui ?

Déroulement du séjour à l'hôpital : pour elle et pour l'enfant

Intervention particulière pour l'enfant ? à terme, sevrage, séparation d'avec l'enfant ?

***Les premiers jours hors de l'hôpital

Relations avec l'enfant, avec le père de l'enfant, les familles, la PMI, le lieu d'hébergement de l'enfant, etc.

Et La drogue ?

***Sortie de l'hôpital : qui, avec qui, ou, comment, quand, soutien, orientation, signalement de l'enfant en danger

▪ **Parlez- nous de votre famille?**

Enfance, école, adolescence, lieu de vie, les parents, la fratrie, la façon de vivre ...

Les malheurs de sa vie ou de son entourage: placement, hospitalisation, traumatismes, maladies, deuils, éloignement ...

Votre vie entre l'adolescence et le fait de devenir mère (*le cas échéant : en principe, ça devrait avoir été abordé au détour des questions avant*)

Points qui vous paraissent importants à exprimer

Adolescence

Femme : relations avec les hommes, sexualité,

Son autonomie

« Ecueils de la vie » : séparation, prison, trauma, foyers, hospitalisation, TS ...
« Les réussites » : professionnel, relationnel, soin, arrêt de la drogue,

▪ **Votre enfant ou vos enfants ?**

Mariée ? Célibataire ? Couple ?
Nombre d'enfants

Pour **chaque** enfant
L'âge
Comment est-il ? Comment ça se passe ?

Où vit-il ?
Les contacts avec le père
Les contacts avec celui, celle, ceux qui ont la garde actuelle de l'enfant

***Les contacts avec sa famille à elle, la «belle» famille

***Devenir de l'enfant

▪ **Quels sont vos projets : individuels, familiaux, professionnels ? Ceux qui sont réalisables et ceux qui ne le sont pas ? (Quel est votre idéal ?)**

▪ **Si c'était à refaire ?**

▪ **Données générales**

Age
Logement
Profession
Revenus
Ville
Niveau scolaire, etc.

Pour l'interviewer :

Notez impressions, réflexions à chaud après l'entretien :

- qui concernent l'interviewée
- qui concernent le contenu de l'entretien
- qui concernent l'interviewer
- qui concernent les futurs entretiens

Liste des sigles utilisés

ADDICA	(réseau) Addictions Précarité Champagne-Ardenne
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
CAMSP	Centre d'action médicosociale précoce
CAST	Centre d'accueil et de soins pour les toxicomanes
CCAS	Centre communal d'action sociale
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIRDD	Centre d'information et de ressources sur les drogues et dépendances
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSAPA	Centre spécialisé d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSD	Circonscription de la solidarité départementale
CSST	Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
DRCF	Direction régionale à la condition féminine
GRSP	Groupe régional de santé publique
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
JAF	Juge aux affaires familiales
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MSA	Mutualité sociale agricole
PEPS	Pôle d'éducation et de prévention pour la santé
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
SMPR	Service médico-psychiatrique régional
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UDAF	Union départementale des associations familiales