



HAL
open science

Signalements et placements des enfants de mère toxicomane

Laurence Simmat-Durand

► **To cite this version:**

Laurence Simmat-Durand. Signalements et placements des enfants de mère toxicomane. 2006, pp.240.
halshs-00453367

HAL Id: halshs-00453367

<https://shs.hal.science/halshs-00453367>

Submitted on 5 Feb 2010

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

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



CESAMES
Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société
CNRS UMR 8136 – INSERM U 611
Université Paris Descartes

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale



Signalements et placements des enfants de mère toxicomane

Laurence Simmat-Durand

Janvier 2006

Signalements et placements des enfants de mère toxicomane

Laurence Simmat-Durand

Janvier 2006

Avertissement

Le texte qui suit est une version abrégée d'un mémoire présenté à l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines pour la soutenance d'une Habilitation à diriger des recherches d'un format initial de 625 pages. Il est destiné aux personnes qui ont accepté de participer à cette recherche et m'ont consacré un peu de leur temps pour la mener à bien.

Je tiens ici à remercier toutes celles et tous ceux qui m'ont accordé leur confiance dans ce projet, en particulier les femmes qui ont accepté de témoigner sur des épisodes très douloureux de leur histoire.

Compte tenu de la réduction du texte qui a été opérée ici, quelques chapitres ont été supprimés et les autres notablement réduits. La cohérence d'ensemble a été respectée et des publications ultérieures développeront des aspects spécifiques. Le choix s'est porté sur le maintien d'une place importante accordée à la parole des personnes rencontrées, plutôt que sur des développements et des comparaisons avec la littérature internationale.

Table des matières

INTRODUCTION	9
<i>PARTIE I : JUSTIFICATIONS ET MISE EN ŒUVRE DES SIGNALEMENTS</i>	<i>14</i>
1) Revue de la littérature	14
A- La maternité chez les femmes toxicomanes, les représentations des mères toxicomanes et des risques de danger pour l'enfant	14
B- Les risques liés à la prise de produits pendant la grossesse	18
a) Drogues illicites	20
✧ Les conséquences sur la grossesse :	20
✧ Les conséquences sur le fœtus :	21
b) Les produits de substitution	23
C- La prévalence des usages chez les femmes et pendant les grossesses	25
a) En population générale	25
b) Les enquêtes en milieu médical	27
c) Les tests biologiques	30
D- La pénalisation des grossesses hors normes	32
E- Le placement et les droits de l'enfant	35
F- La toxicomanie comme cause de placement des enfants	38
2) Définitions et méthodologie	40
A- Définitions préalables	40
a) Qu'est-ce qu'un signalement ?	40
b) Le placement	43
B- Méthodologie de l'enquête	44
a) Le recueil des données	47
✧ Les professionnels	48
✧ Les femmes	48
✧ Les dossiers	50
<i>PARTIE II : LES REPRESENTATIONS DES ACTEURS</i>	<i>51</i>
1) Femmes, toxicomanie et maternité	51
A- Toxicomanie et grossesse	52
a) Une grossesse pas assez investie	56
b) Une grossesse idéalisée	57
c) Un enfant trop investi	58
B- La prise en charge des femmes toxicomanes enceintes ou mères	62
a) L'absence de programmes sanitaires spécifiques	62
b) La demande d'aide impossible	64
c) Le risque infectieux	65
d) Le rôle de la substitution	67
C- La perception des mères toxicomanes	69
a) La disqualification	71
b) La perturbation des services	79
c) La toxicomanie fait-elle obstacle aux compétences parentales ?	81
d) Des mères « acceptables » malgré tout ?	82
e) Quel lien ?	84
2) Les mesures et leur perception	86
A- Les placements	86
a) Le placement institutionnel	87
b) Le placement chez un tiers digne de confiance	88
c) Le placement direct	93
d) Le placement administratif	94
e) Le placement « clandestin »	95
B- Les mesures en milieu ouvert	98
a) Les mesures d'aide éducative à domicile (AED)	98
b) Les AEMO judiciaires	99

1) Pourquoi signaler ?	102
A- Estimer le danger, appréhender les facteurs de risque	102
a) L'isolement de la mère et les placements antérieurs	104
b) La défaillance de la vigilance parentale	106
c) La violence	109
d) Les mauvaises fréquentations et le mauvais exemple	110
e) La mauvaise alimentation et le détournement des ressources	111
B- Le rôle du placement	113
a) L'éloignement de l'enfant	114
b) Une sanction de la mère défaillante	115
c) Protéger les équipes, conjurer la peur	116
d) L'absence d'autre solution	117
C- Les placements incontournables	119
a) Les mères inconnues et les accouchements sous X	119
b) Les mères qui disparaissent	122
c) Les mères fugueuses	124
d) La reconnaissance de l'enfant	125
2) Quand signaler ?	127
A- Le repérage	128
a) Les déclarations de la mère ou les tests	128
b) Les grossesses non suivies	129
c) Le syndrome de sevrage	132
d) La demande d'aide de la mère	134
B- Les critères de risque évoqués	136
a) Précarité, prise de produits, crise du logement	137
b) L'errance et l'absence de domicile	139
c) La délinquance et la prison	142
d) La maladie mentale	144
e) La prostitution	146
f) Le partenaire toxicomane, alcoolique et/ou violent	148
C- Le temps de l'évaluation	150
a) L'évaluation médico-sociale	150
b) Les enquêtes judiciaires	153
c) L'aide ou le suivi impossible	155
d) Le rôle de la pauvreté ou de la précarité	156
D- Rechercher des alternatives ou des relais	158
a) Les foyers mère-enfant ou les centres maternels	159
b) L'hospitalisation à domicile (HAD)	162
c) Le suivi par la PMI	163
d) Les crèches et associations	166
e) Les travailleuses familiales	168
f) Les familles d'accueil et les communautés thérapeutiques	169
3) Comment signaler ?	170
A- De la pyramide au réseau : orienter plutôt que garder	171
a) Le choc du sida	171
b) La structuration des réseaux	172
c) La « concertation locale enfance » (CLE)	174
d) Le partage des informations	176

PARTIE IV : LE VECU DU PLACEMENT

177

1) Du signalement au placement	177
A- Obtenir l'adhésion du parent	177
a) La méfiance et la peur du placement	178
b) Le déni	180
c) « C'est mieux pour lui »	180
d) L'épreuve de force	181
2) La violence du placement	182
A- Le vécu du placement par les mères	183
a) La violence et le discrédit	183
b) Les grossesses de remplacement	187
B- La souffrance des équipes	190
a) L'investissement à perte et l'impuissance	191
b) Les conflits	194
c) La disqualification	197
3) Et ensuite ?	200
A- Le risque du non signalement	200
a) La négligence ou la maltraitance non prévenues, la responsabilité professionnelle	200
b) L'exclusion de la mère	202
B- Le maintien du lien	203
a) Des droits impossibles à exercer ?	204
b) S'inscrire dans la durée	207
C- Le retour de l'enfant dans sa famille	210
a) La fin du placement ?	210
b) L'assouplissement progressif des mesures	213
c) Comment faire pour que « ça ne recommence pas » ?	215
 Conclusion générale	 221
 <i>Bibliographie</i>	 227
 Liste des figures :	 237
Tableau des entretiens	237

INTRODUCTION

En France, les dommages occasionnés aux enfants par la consommation de drogues de leur mère sont un phénomène beaucoup moins médiatisé qu'aux Etats-Unis, où il a fait l'objet de grandes campagnes de dénonciation dans les années 1990, sous la désignation des « *bébés cocaïne* » (crack babies ou little junkies) (Kandall Stephen R., 1998). De plus, les niveaux de consommation des drogues tant licites qu'illicites par les jeunes femmes n'ont pas atteint des niveaux de prévalence comparables. Les enquêtes en population générale retiennent néanmoins une augmentation continue des consommations dans les jeunes générations et un alignement des comportements des jeunes femmes sur ceux de leurs homologues masculins (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2002a). De fait, les conduites d'excès (fortes consommations en une seule occasion) deviennent un modèle partagé par les deux sexes chez les 18-25 ans comme le montre le Baromètre Santé 2000 (Guilbert Philippe *et al.*, 2001), ce qui laisse supposer une augmentation du nombre des jeunes femmes consommatrices à l'âge de la maternité exposant leur fœtus à une alcoolisation excessive¹ ou à d'autres produits.

Les grossesses à risques recouvrent des pathologies (hypertension artérielle, sida, fœtus multiples) et des comportements (travaux ou transports pénibles, consommations d'alcool, de tabac, de médicaments) susceptibles d'être dommageables pour la mère ou l'enfant (fausses couches, prématurité, retard de croissance, malformations, etc.). Ce sont des risques physiques, mais aussi psychiques ou sociaux. La construction médicale du corps de la mère comme « toxique » pour le fœtus est un phénomène relativement récent, du moins par l'ampleur qui lui est aujourd'hui accordée (Murphy Sheigla et Rosenbaum Marsha, 1999). Par suite de l'interdiction de l'usage des stupéfiants, la mère court également les risques inhérents à toute activité illicite (délinquance, emprisonnement, fréquentation de réseaux de trafic...).

La toxicomanie est identifiée comme un comportement à risque, c'est-à-dire susceptible d'entraîner des dommages pour soi ou pour autrui. Les risques sont essentiellement sanitaires, comme les infections, y compris le sida et les hépatites, les abcès, les atteintes dentaires, etc. ou sociaux, comme la perte de l'emploi, ou du logement, une vie familiale chaotique, la délinquance, etc. Dans le cadre de la grossesse, la consommation de tabac ou de cannabis serait susceptible d'entraîner des retards de croissance intra utérine, une hypotrophie, la consommation de cocaïne des fausses couches, des accouchements prématurés, éventuellement des malformations, la consommation d'héroïne une prématurité (Roques Bernard, 1998). Pour le nouveau-né, le manque du produit, appelé syndrome de sevrage, est décrit dans la plupart des études (Finnegan Loretta P., 1994). Il nécessite des soins spécifiques, souvent un transfert en néonatalogie et un traitement médicamenteux. Ce risque est

¹ - « Différentes études ont souligné le fait que les effets tératogènes pouvaient apparaître à la suite d'un épisode unique de forte alcoolisation maternelle » (INSERM, 2001, p.120).

retrouvé pour l'héroïne et ses produits de substitution (méthadone, buprénorphine haut dosage) mais également pour les benzodiazépines. Le cumul de ces facteurs pathogènes avec la précarité, qui en elle-même est une cause de naissance prématurée et de retard de croissance intra-utérine (Blondel Béatrice *et al.*, 2005), aboutit à des situations particulièrement préoccupantes en termes de santé et de sécurité de la naissance².

Les femmes toxicomanes³ cumulent ces risques et, de fait, ont des grossesses dangereuses pour l'enfant à naître. Le risque social leur est spécifique car elles encourent la perte de la garde de leurs enfants, élevés par leur famille ou placés par décision judiciaire dans un établissement ou une famille d'accueil. En effet, la toxicomanie de la mère est identifiée comme un facteur de danger pour l'enfant, susceptible d'entraîner une négligence ou une maltraitance du futur bébé. Les représentations de la mère toxicomane sont fortement réprobatrices et elle est volontiers assimilée à une « mauvaise mère ». La tendance dans de nombreux pays dans le domaine de la protection de l'enfant est à « *considérer la toxicomanie des parents comme une raison suffisante en soi pour retirer l'enfant* » (Rutman Deborah *et al.*, 2000), ce qui conduit à une chasse aux sorcières. Aux États-Unis actuellement, pour trois quarts des enfants placés, un test avait révélé une consommation de drogues ou d'alcool chez la mère (Child Welfare League of America, 2001).

Il reste à savoir ce qui, dans les conditions de vie de l'enfance, aura une influence sur la délinquance et la consommation de drogues illicites. Faut-il craindre que les enfants exposés in utero développent ensuite une appétence particulière pour les drogues ? Cette question est également posée pour le tabac et pour l'alcool. Il semble bien que le patrimoine génétique soit largement impliqué et que certains enfants, outre d'être exposés aux substances, soient fragiles face à elles (INSERM, 2001).

En l'absence de liens directs, permanents et scientifiquement prouvés entre la prise de toxiques pendant la grossesse et d'éventuels dommages aux nouveau-nés, directs comme les malformations, ou indirects comme les maltraitements, les représentations négatives, comme les pratiques obsolètes, trouvent un terrain propice sur ces questions. De plus, les études publiées sont entachées de biais (de sélection, faible échantillon, impact de l'alcoolisation) et ne sont pas exemptes de parti pris. Une recherche avait ainsi montré qu'un article fondé sur un faible échantillon et montrant les méfaits de la cocaïne pendant la grossesse avait plus de chances d'être publié dans la littérature médicale internationale qu'un article basé sur une recherche plus sérieuse mais prouvant l'absence d'effets (Koren Gideon *et al.*, 1989).

Les volontés de changement dans les pratiques sont néanmoins manifestes, certaines équipes ou services ayant profondément modifié leurs prises en charge, notamment du fait des ravages provoqués par le sida, mais aussi des dénonciations successives des conditions sanitaires déplorables dans lesquelles évoluaient les toxicomanes français (livre blanc, rapport de l'IGAS, médecins⁴, etc.), dès le milieu des années quatre-vingt-dix. Le contexte favorable au développement des traitements de substitution (réduction des risques face au sida) a permis de considérer que les toxicomanes pouvaient être pris en charge autrement que par l'abstinence. Le regard médical a été modifié, les prises en charge également (Jauffret-Roustide Marie,

² - La prématurité est le premier facteur aujourd'hui associé à la mortalité infantile.

³ - Ce terme est utilisé ici par commodité car il a été à peu près abandonné après les années 1990 pour désigner les femmes ayant une consommation excessive ou une dépendance aux stupéfiants, cf. page 141.

⁴ - Par exemple, (Mino Annie et Arsever Sylvie, 1996).

2004). Il apparaît aujourd'hui possible, pour tout médecin, de « faire quelque chose » pour les toxicomanes dépendants. De plus, la question de la parentalité a émergé alors que l'on redécouvrait les femmes toxicomanes -au XIXème siècle, elles étaient plus nombreuses que les hommes aux Etats-Unis parmi les opiomanes et morphinomanes, (Blumenthal Susan J., 1998)- et le fait qu'elles puissent être enceintes⁵.

Le contexte global a également changé en ce qui concerne le placement des enfants. Ce mode d'assistance éducative (selon les termes de la loi) a été vivement remis en cause, comme ayant le coût le plus élevé et engendrant en soi des dommages également manifestes (Verdier Pierre, 1997). La question qui est aujourd'hui posée est de savoir s'il convient de séparer un enfant de sa mère toxicomane, au nom d'un risque de danger, en choisissant un placement, qui aboutira souvent à une séparation du fait du mode de vie de sa mère, obérant d'une autre façon l'avenir à moyen et long terme de cet enfant. L'usage illicite de drogues étant un comportement socialement reprouvé dans nos sociétés, l'exemple de la politique actuelle des Etats-Unis montre le danger que les décideurs de l'avenir de l'enfant ne se positionnent comme des entrepreneurs de morale, soucieux de substituer la « bonne institution » à la « mauvaise mère ».

Une autre question est de savoir si la toxicomanie de la mère est bien la véritable source de danger pour l'enfant, ou l'ensemble d'un contexte social défavorable. Les faits dénoncés par ATD QUART MONDE vont dans ce sens : les placements ne concernent que les enfants pauvres. Or, toutes les statistiques sur la pauvreté montrent que les femmes isolées, de milieu modeste, sans capital relationnel, sont les plus démunies, et en conséquence les plus exposées à se voir retirer leurs enfants. En d'autres termes, si le danger de la toxicomanie existe en tant que tel, il devrait être perçu dans toutes les catégories sociales, puisqu'il est avéré que la consommation excessive de stupéfiants touche tous les milieux sociaux (Fontaine Astrid, 2002), mais que certains sont invisibles pour les institutions (justice, Aide sociale à l'enfance). Le parallèle est évident avec la question du syndrome d'alcoolisation fœtale, particulièrement visible dans les familles pauvres, au point d'être surnommé « malédiction du Quart monde » (Dehaene Philippe, 1995), alors même que l'on sait qu'il existe aussi des femmes « alcooliques mondaines » dont les enfants sont tout aussi exposés, mais par la suite pris en charge de façon différente⁶ (psychomotricienne, soutien scolaire, internats, associations, etc.).

Comme le relève le rapport de la mission confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (Naves Pierre et Cathala Bruno, 2000), l'attention reste trop centrée sur l'enfant en danger en négligeant le risque des changements proposés par des « décideurs » (éducatifs, administratifs ou judiciaires). En l'absence de maltraitance avérée de l'enfant, comment évaluer le bénéfice à long terme pour l'enfant d'une séparation précoce d'avec sa mère défaillante⁷, en regard de l'importance donnée à la construction des liens mère-enfant, indispensables pour son équilibre psychologique ? Dans le même ordre d'idées, il apparaît aujourd'hui indispensable de savoir si les décisions qui sont prises pour protéger ces enfants ne sont pas plus défavorables sur le long terme que le maintien d'un lien familial déficient. Le

⁵ - Elles étaient réputées stériles du fait de l'effet de l'héroïne qui faisait disparaître leurs cycles.

⁶ - « *Les études postulent en faveur d'un enrichissement de l'environnement pour améliorer le devenir des enfants exposés à l'alcool au cours de la période prénatale* » (Inserm, 2001, p.134).

⁷ - Une publication récente « *Un lien maternel perturbé accroît la dépendance aux opiacés* », communiqué INSERM du 3 mai 2005, établit un lien entre l'émergence de troubles du comportement ou de pratiques addictives chez l'adulte et l'exposition postnatale à un environnement stressant, en particulier la séparation de la mère, qui entraîne un dysfonctionnement cérébral.

croisement des différentes problématiques est également évoqué. Une étude américaine récente mesure la consommation de drogues parmi des jeunes de 12-17 ans en population générale, dont 2,7 % ont été confiés à des familles d'accueil au cours de leur vie. Des différences significatives apparaissent : plus de 33 % de ces jeunes ont expérimenté une drogue illicite contre 21 % des jeunes d'âge égal restés dans leur famille. De même, les jeunes qui recherchent un traitement pour des drogues sont sensiblement plus souvent allés en famille d'accueil pendant leur enfance (SAMSHA 2005).

Pour répondre à ces questions, nous avons choisi d'étudier une situation empirique où une même personne est le sujet de deux désignations distinctes : la mauvaise mère et la femme toxicomane. Les deux sont réprochées et les représentations qui leur sont associées s'avèrent négatives. En fait, ces femmes toxicomanes qui deviennent mères s'inscrivent au carrefour de quatre séries de 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 des normes de genre, car la toxicomanie est appréhendée comme un phénomène massivement masculin et que l'absence de discours politique ou médiatique sur les atteintes au fœtus par le conjoint de la mère -tabagisme, alcoolisme, voies de fait sur les femmes pendant la grossesse- est notable (Rutman Deborah *et al.*, 2000).

La difficulté permanente est d'isoler, aussi bien dans les propos des acteurs de la prise en charge, que dans leurs pratiques, ce qui peut être spécifiquement imputé à la toxicomanie de la mère. Il ne s'agissait donc pas de focaliser la recherche sur le placement des enfants, donc sur la « mauvaise mère », ni d'étudier la maternité chez les femmes toxicomanes, mais de toujours croiser les deux problématiques. En quoi la femme toxicomane apparaît-elle comme une « mauvaise mère » ou pourquoi devrait-on placer les enfants du fait de la toxicomanie de la mère ?

La perception négative des femmes toxicomanes entretient des peurs à leur propos (Luttenbacher Catherine, 1998), qui entraînent des comportements de rejet, voire des passages à l'acte chez les professionnels sous la forme d'une décision de retrait de l'enfant en urgence, sans évaluation précise de la situation et des capacités de la mère à s'occuper d'un nouveau-né. Pourtant, une évolution assez nette se dessine au cours des dix dernières années. Le modèle de la stigmatisation de la toxicomanie comme déviance appelant une sanction a évolué vers une banalisation des comportements d'usage et un modèle de maladie pour lequel la réponse est le traitement de substitution. La question qui émerge alors est comment le traitement de substitution peut-il empêcher le placement de l'enfant ?

Dans le domaine de la protection de l'enfance également, une évolution est perceptible depuis une dizaine d'années car la défense des intérêts de l'enfant (que la société doit protéger de parents déficients) s'est en partie effacée face à la notion de droits de l'enfant (à vivre dans sa famille, à être élevé parmi ses frères et sœurs). Ce mouvement a lui aussi entraîné une recomposition des types de décisions à prendre et en particulier une diminution drastique des séparations des enfants des parents.

Cette double évolution des représentations et des pratiques, tant en matière de toxicomanie que de protection de l'enfance a entraîné une nouvelle approche sur le terrain de la prise en charge des grossesses chez les femmes toxicomanes et de nouvelles réponses tant sur le plan de la dépendance que sur celui de l'assistance aux familles (Molénat Françoise, 2000). Les implications de ce double mouvement, en termes d'attitudes et de pratiques des professionnels de la maternité, des travailleurs

sociaux, des juges et des intervenants en toxicomanie ne peuvent être considérées qu'à partir de l'intrication des deux problématiques, la toxicomanie de la mère et le placement des enfants, habituellement dissociées. Si l'on est aujourd'hui sorti d'une époque où le placement des enfants de mère toxicomane était systématique et semblait s'imposer à tous les professionnels, peut-on pour autant considérer qu'il n'y a plus d'obstacle à ce que toute femme toxicomane conserve la garde de son enfant ? Quels sont alors les critères de risques invoqués par les professionnels et la toxicomanie n'est-elle qu'un risque parmi d'autres au moment d'une grossesse ?

Une enquête de terrain limitée à un département va permettre de se détacher du schéma théorique de la double prise en charge de l'enfance en danger (administrative et judiciaire) pour détailler les pratiques dans l'intrication des réseaux interagissant sur le terrain (périnatal, toxicomanie, Aide sociale). L'angle choisi est plus particulièrement celui des pratiques des divers acteurs (travailleurs sociaux, personnels médicaux des maternités et des centres de PMI, cadres et éducateurs de l'Aide sociale à l'enfance, juges des enfants, etc.) analysées à travers leurs récits et des exemples tirés de leur expérience. En miroir de ces aspects professionnels, des récits de vie de femmes toxicomanes dont les enfants ont été placés serviront de contrepoint pour analyser l'impact des actions entreprises sur leurs trajectoires individuelles.

La première partie est consacrée à un examen de la littérature internationale sur la question du placement des enfants de femmes toxicomanes, à la fois d'un point de vue médical, social mais aussi juridique tant il est épineux en cette matière de concilier les droits de la mère et ceux du fœtus. Le cadre législatif distingue deux circuits : le circuit du risque de danger correspondant à des actions préventives et relevant de mesures administratives et le circuit du danger avéré relevant de mesures judiciaires. Ces deux procédures mettent en jeu deux acteurs, l'Aide sociale à l'enfance d'une part et le juge des enfants d'autre part.

La deuxième partie aborde un terrain localisé sur un département de la région parisienne, mais qui ne s'y limite pas par suite d'une mise en commun des moyens entre communes de départements proches. Après un exposé de la méthodologie de l'enquête, un examen plus approfondi des données concernant les femmes, la toxicomanie et la maternité permettra d'analyser les représentations qu'ont les professionnels de ces questions.

La troisième partie détaille les pratiques du signalement observées sur le terrain et issues de l'expérience des personnes interrogées. Trois questions sont successivement abordées : pourquoi signaler ? Quand signaler ? Et comment signaler ? Elles nous permettent d'entrer concrètement dans la façon dont les femmes toxicomanes enceintes ou avec de jeunes enfants sont prises en charge et quels sont les facteurs de risque perçus par les différents professionnels, selon leur position, leur formation et leur expérience. Quand finalement le signalement est mis en place et qu'il débouche sur une décision de placement de l'enfant, il reste à réaliser cette séparation.

La quatrième partie entre dans le vécu du placement, la recomposition de la famille qu'il induit, mais aussi les souffrances qu'il génère, tant pour les mères et les enfants que pour les équipes pour qui il reste un échec de leur prise en charge. La difficulté pour ces femmes toxicomanes de maintenir ensuite le lien avec leur enfant, au long des années de la séparation est indéniable, même si le but théorique du placement est la préparation d'un retour en famille, celui-ci est souvent difficile.

PARTIE I : JUSTIFICATIONS ET MISE EN ŒUVRE DES SIGNALEMENTS

1) Revue de la littérature

La littérature internationale permet tout d'abord d'évaluer quels sont, dans l'état actuel des connaissances, les spécificités de la maternité chez les femmes toxicomanes et les risques pour la mère et le bébé de l'usage des toxiques pendant la grossesse. La question du partage de ces connaissances, en particulier par les décideurs politiques, est un point également soulevé tant il est souvent perçu que les dispositifs mis en œuvre reposent sur une mauvaise évaluation des risques, voire sur des notions obsolètes ou infondées. Les risques ainsi évalués ne sont pas perçus de la même façon dans tous les pays, certains aspects culturels entraînant des estimations excessives ou au contraire des sous-évaluations.

Dans un second temps, les connaissances ne forment pas toujours le socle sur lequel se fondent les actions, en particulier les prises en charge. Les représentations que se font les différents acteurs du problème à traiter ou des populations concernées vont également participer à la définition de l'action à entreprendre. L'aspect normatif est ici particulièrement important dans la mesure où la grossesse fait l'objet dans toutes les cultures de prescriptions ou de prises en charge spécifiques. En particulier, des représentations de la femme toxicomane et de son incapacité à se soumettre aux attentes définies par le modèle de la « bonne mère » constituent un axe essentiel pour comprendre le problème ainsi identifié.

Dès lors, les instances internationales, aussi bien que les acteurs nationaux des différents pays préconisent des mesures visant le plus souvent à la séparation des enfants de ces mères, considérées comme déficientes. Ces enfants, non adoptables puisqu'ils n'ont pas été abandonnés par leur mère, font alors l'objet d'un placement, quelquefois dans la famille élargie, mais souvent en institution, pouponnières, familles d'accueil ou foyers selon leur âge.

A- La maternité chez les femmes toxicomanes, les représentations des mères toxicomanes et des risques de danger pour l'enfant

La prise de produits psychoactifs, licites ou non chez une femme enceinte a des conséquences qui seront étudiées par la suite et qui justifient de classer cette gestation parmi les grossesses à risques. Ce terme désigne l'ensemble des considérations qui peuvent amener à prendre des précautions particulières pour

entourer une grossesse également dite pathologique. Ce sont ces grossesses dans leur ensemble qui doivent être repérées le plus précocement possible afin de faire l'objet d'une orientation vers une maternité de type 3⁸, permettant un accueil optimum de la mère et du nouveau-né grâce à la présence d'un service de néonatalogie comportant la réanimation.

Voyons tout d'abord, comment se fait l'information sur ces questions pour les femmes enceintes ou souhaitant l'être.

Si l'on consulte un ouvrage de vulgarisation sur le suivi des grossesses, comme « Le Larousse des Parents », un sous-chapitre spécifique est consacré à ces grossesses à risque, évoquées après les risques liés à l'âge de la mère et avant les risques génétiques. Trois grandes catégories de risques sont alors répertoriées : les grossesses gémellaires, les maladies chroniques (cardiaques, diabète, etc.) avec un encart particulier pour le sida et enfin les toxicomanies. Dans l'ordre, celles qui sont indiquées sont l'alcool, le tabac et les drogues. Pour toutes ces femmes, « *le futur bébé se trouve davantage exposé aux dangers d'une naissance prématurée, d'une hypotrophie (c'est-à-dire que son poids est notoirement insuffisant) et même de la mort dans l'utérus* » (Larousse des Parents, 1999).

L'évolution sur ces questions peut être mesurée en comparant ces informations à celles produites dans le même type d'ouvrages, trente ans auparavant. Le célèbre guide des futures mères, « *J'attends un enfant* », rédigé par Laurence Pernoud a commencé à paraître en 1956. Dans cette première édition, le lexique ne contient ni les termes de risque, ni celui de drogues. La question du tabac est évoquée sous la rubrique cigarettes⁹, le seuil de danger étant alors fixé à plus de dix cigarettes par jour. L'alcool est interdit sauf le vin¹⁰ « *en quantité raisonnable* » (Pernoud Laurence, 1956).

Bien que les conseils en matière de puériculture au fil des années semblent suivre des « modes » et des revirements assez spectaculaires (Delaisi de Parseval Geneviève et Lallemand Suzanne, 2001), il semble que pour ce qui concerne les différentes substances psychoactives, le mouvement d'interdit a été en s'amplifiant. La polarisation actuelle sur l'interdit du tabac ou le sevrage chez la femme enceinte laisse un flou assez remarquable sur la question de l'alcool. Globalement, peu de médecins se sentent susceptibles de prôner l'abstinence, malgré le consensus actuel sur l'absence d'un seuil sans risque (Société Française d'Alcoologie, conférence de consensus, Paris, 2002). Si certains ouvrages s'attachent à rappeler que la bière ou le cidre contiennent de l'alcool, la tolérance concernant le champagne, boisson noble et symbole de fête sans doute mais deux fois plus alcoolisée en moyenne que la bière, en est l'exemple le plus frappant (Planche Maelle, 2003).

⁸ Les textes distinguent trois niveaux d'autorisation en fonction de l'environnement pédiatrique des maternités : les maternités de niveau 3 disposent d'un service de néonatalogie et de réanimation néonatale situés sur le même site ; celles de niveau 2 doivent posséder sur le même site, un service de néonatalogie ou de soins intensifs néonataux ; les maternités de niveau 1 ne sont associées sur le site ni à un service de réanimation néonatal, ni à un service de néonatalogie.

⁹ « *Si vous avez l'habitude de fumer, il n'y a pas de raison de vous en priver pendant la grossesse, d'autant plus que cette privation serait pour vous une contrainte qui vous fatiguerait nerveusement* ». (Pernoud, 1956, p. 76)

¹⁰ - Les menus type de la femme enceinte mentionnent explicitement un verre de vin à chacun des repas dans la liste des aliments proposés.

Les ouvrages de vulgarisation, comme d'ailleurs les magazines féminins ou les sites internet consacrés à la maternité, semblent devancer dans l'information des femmes la prise de parole du corps médical. Trois exemples en sont évocateurs. Tout d'abord quand on interroge des femmes sur le fait que leur médecin ait abordé avec elles la question du tabac, de l'alcool, des médicaments ou des autres drogues, la réponse est généralement que ce sujet n'a pas été évoqué. De même, les documents ministériels centrés sur la maternité en France dans les dernières années n'évoquent pas cette question ou à peine. C'est le cas par exemple du Plan Périnatalité de 1994¹¹.

Enfin, les documents « officiels » remis aux femmes enceintes, édités sous la responsabilité des autorités sanitaires, sont beaucoup plus allusifs qu'informatifs sur ces questions. Le carnet de santé maternité, remis à toutes les femmes au moment de la première visite anténatal, comporte en page 5 un cadre jaune, intitulé « *Prudence, envers tout médicament non prescrit par votre médecin. Evitez le tabac et l'alcool* ». A la page suivante, sous l'intitulé « *pour créer un environnement favorable* » sont rayés les mots tabac, alcool, déménagement et voiture. Aucun commentaire n'accompagne ces recommandations/interdictions, mises sur un même plan et qui seront diversement interprétées par les femmes (Planche Maelle, 2003).

Les deux guides remis aux futures mamans dans les services de maternité, « l'enfant du premier âge, le livre bleu » du Comité national de l'Enfance et « Happy Baby » prônent actuellement plutôt un arrêt total du tabac et de l'alcool, bien que l'un d'entre eux distingue le vin comme pouvant être continué en cas d'habitude, mais sans dépasser un verre par repas (ce qui fait quand même deux verres par jour, dose qui est relevée comme excessive dans la littérature médicale récente). Les autres drogues ne sont même pas évoquées, ce qui montre un décalage très net avec l'information générale très fortement médiatisée sur ce sujet, en particulier sur la consommation de cannabis. En effet, les enquêtes en population générale montrant que plus de la moitié des adolescentes ont consommé au moins une fois du cannabis, « l'impasse » sur une indication sur ce produit au cours de la grossesse est d'autant plus curieuse¹².

Les sites internet sont une dernière source qui ont pris une part non négligeable ces dernières années dans l'information des femmes enceintes. Différents sites prodiguent des conseils aux futures mères, leur donnent la possibilité d'interroger un médecin et organisent des forums de discussion. Ainsi, un des forums regroupe une discussion entre plus de cinquante femmes pendant plus d'un an sur la question de la consommation du cannabis pendant la grossesse et permet de prendre l'ampleur de la polémique parmi les intervenants de ce forum¹³.

Nous allons revenir dans la partie suivante sur l'effet des différentes substances, donc sur le danger qu'elles représentent pour l'enfant ou la mère.

La littérature concernant la maternité chez les femmes toxicomanes n'est pas très abondante et moins encore en sciences humaines, mises à part quelques thèses de

¹¹ Haut Comité de la Santé Publique, « La Sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité », janvier 1994.

¹² Ce qui entretient un tabou et la peur pour les jeunes femmes d'évoquer ce sujet avec leur médecin.

¹³ - L'exploitation de ces données dépasse largement le cadre de ce travail, car il s'agit des représentations de femmes sur ces consommations pendant la grossesse.

psychologie. Par contre, plusieurs thèses de médecine ont abordé ces questions, plus particulièrement dans les années 1980, avant un véritable engouement, après 1995, sur l'impact des traitements de substitution. De même, différents ouvrages médicaux ont très récemment proposé des principes de prises en charge des femmes toxicomanes (comprendre héroïnomanes substituées) dans le contexte de la substitution. Un savoir-faire tend donc à se développer (Gibier Lionel, 1999a).

Les questions les plus souvent abordées sont les représentations des acteurs du champ socio-sanitaire sur les femmes toxicomanes, qui sera abordée un peu plus avant, la capacité de ces femmes à être de bonnes mères et un questionnement sur le lien mère-enfant, l'attachement et le devenir psychologique des enfants.

La maternité chez la femme toxicomane est souvent perçue comme involontaire par les professionnels, du fait du manque de contrôle de son corps par la femme mais aussi parce que l'héroïnomanie en particulier suspend les cycles ovulatoires (aménorrhée). Ainsi, bien souvent en l'absence de toute contraception, les femmes les plus dépendantes se croient stériles et ne « tombent » que rarement enceintes. Ceci explique que nombre d'entre elles ne prennent conscience que très tardivement du fait qu'elles sont enceintes, en l'absence de cycles réguliers et en interprétant éventuellement les signes de la grossesse comme des symptômes du manque de la drogue, ou au contraire de ses effets.

Cette absence de liaison par la femme entre son état et ses manifestations renforce la conception majeure des médecins que ces femmes vivent dans le déni de leur grossesse. Elle a une autre conséquence qui est de les priver du recours éventuel à l'interruption de grossesse si elles ne désirent pas l'enfant puisque la grossesse n'est identifiée que tardivement. Il n'est pas exclu que certaines équipes puissent néanmoins accepter des interruptions médicales de grossesse chez des femmes toxicomanes.

Dans les interviews de Sandrine Aubisson¹⁴, certaines femmes montrent une conception particulière face au risque de se trouver enceintes. Elles jouent en quelque sorte à la loterie, s'inscrivant dans un comportement ordalique, souvent décrit comme typique des toxicomanes (Aubisson Sandrine, 2002b). De plus, la découverte tardive de la grossesse peut servir à la mener à bien, en empêchant l'entourage d'exercer des pressions pour son interruption éventuelle.

La grossesse est une période chez la femme qui fait l'objet de l'observance de nombreuses normes. La mère doit se conformer au minimum à un calendrier de visites médicales, d'échographies, etc. mais également à différentes injonctions. Elle doit respecter un certain nombre d'interdits, prendre soin de son corps et éviter tout ce qui pourrait nuire à son futur bébé, sans pour autant se considérer comme malade. Le non-respect de ces multiples conseils lui fait prendre le risque de se voir cataloguer comme « mauvaise mère », susceptible de porter préjudice à l'enfant à naître et/ou de se sentir coupable si un quelconque problème arrive à l'enfant voire s'il n'est pas « conforme » aux attentes.

La population des femmes toxicomanes est décrite par la plupart des études comme présentant le risque de ne pas se soumettre aux examens exigés pour le suivi normal d'une grossesse, permettant le dépistage précoce des pathologies et la prise de contact avec l'équipe obstétricale. La prise en charge tardive de la

¹⁴ - Dans le cadre d'un DEA que j'ai codirigé.

grossesse, dans le pire des cas lors de l'arrivée aux urgences pour l'accouchement, fait courir un risque de prématurité, de mortalité fœtale ou infantile, outre les risques que nous décrirons sur les caractéristiques du nouveau-né. Le fait pour une femme de ne pas faire suivre sa grossesse est considéré comme un signe précurseur d'un danger de maltraitance, comme nous le verrons ci-après.

A contrario, les maternités, ou de manière générale les services hospitaliers, sont perçus par les femmes toxicomanes de manière très négative : elles risquent un signalement social, le placement de l'enfant est trop systématique, la dépendance n'est pas prise en compte d'où une situation de sevrage de fait et leur fuite rapide (Lejeune Claude *et al.*, 1997). Ainsi, les études sur les femmes toxicomanes enceintes font état d'un pourcentage élevé de grossesses non suivies, souvent de l'ordre d'une sur cinq, ou peu suivies (trois consultations ou moins sur les sept obligatoires) de l'ordre du tiers (Bordes N. et Pinganaud S., 1996), soit au total une grossesse sur deux insuffisamment prise en charge.

Un article américain interroge le niveau de risque d'une prise de toxiques pendant la grossesse comparativement à un faible suivi obstétrical : quel est le facteur le plus souvent associé à une prématurité ou à un faible poids de naissance ? L'enquête a été menée sur plus de 7 000 femmes et montre qu'un faible suivi obstétrical est plus néfaste pour la mère qu'une injection de drogue, en contrôlant les autres facteurs. Le cumul de ces deux risques est évidemment la pire configuration (El-Mohandes AA *et al.*, 1998). Donc, ce n'est pas tant la consommation de drogues en soi qui est la plus dangereuse pour l'enfant que le cumul avec la situation précaire, les mauvaises conditions de vie et le moindre accès au système de soins.

Une amélioration de la prise en charge a été permise dans les dernières années par le développement du travail en réseau avec une coordination hospitalière, permettant un repérage des femmes à risque par les associations ou les services sociaux et les structures de soins pour toxicomanes.

Le lien entre la mère toxicomane et son enfant a récemment fait l'objet d'un intérêt particulier. Pour l'ensemble des femmes, cette question a émergé, dans le contexte d'un nouveau regard privilégiant les intérêts futurs de l'enfant et dans le cadre juridique des droits de l'enfant, sur lequel nous reviendrons.

B- Les risques liés à la prise de produits pendant la grossesse

Certains scientifiques se sont montrés très sceptiques quant aux effets présumés tératogènes de certaines substances et ont entretenu une grande confusion dans l'opinion publique à ce propos. Les décisions quant à ce qu'il convient de faire présentent de ce fait le plus large éventail. Certains considèrent que les enfants des mères toxicomanes sont en danger immédiat, tandis que d'autres pensent que ce n'est pas plus dangereux pour eux que d'avoir une mère dépressive ou en détresse sociale (Ondersma Steven J. *et al.*, 2001).

Les conséquences pour le fœtus puis pour l'enfant des consommations de drogues par la mère sont abordées de deux façons dans la littérature : soit on cherche à

connaître les effets des drogues sur le déroulement de la grossesse et les conséquences pour la mère et le fœtus et à plus long terme si le développement de l'enfant est compromis par cette consommation, soit on s'intéresse à des cas isolés montrant des exemples de négligence liées à l'addiction de la mère (ce fut le cas récemment en Angleterre). Dans cette deuxième problématique peuvent se ranger les expériences rapportées par des services prenant en charge des femmes toxicomanes enceintes ou accompagnées de jeunes enfants, portant sur un nombre limité de cas observés. Les données sont confrontées à la description des grossesses et accouchements en France par référence à l'enquête périnatalité (Badeyan G. et Wcislo M., 2000).

Les descriptions des conséquences des consommations se polarisent exclusivement sur le produit en soi, plus que sur l'environnement de la consommation, par exemple l'injection, la qualité du produit, la clandestinité, le risque infectieux que ce soit le sida ou les hépatites, etc., qui sont pourtant un aspect essentiel des consommations illicites.

Les caractéristiques des grossesses et des nouveau-nés devraient être l'aspect le mieux connu, tant les articles, communications, thèses, rapports, émanant des médecins assurant la prise en charge, et faisant état de leurs observations cliniques sont nombreux. La littérature anglo-saxonne est très prolixe sur cette question et de nombreuses revues de littérature ont été proposées en France (pour les articles américains, (Finnegan Loretta P., 1994)). Le rapport Roques sur la dangerosité des drogues (Roques Bernard, 1998) en fait un exposé dans un chapitre spécifique, pointant l'importance de cette question. Les publications destinées au grand public sur la grossesse et les drogues (Ferraro Filippo, 1998) synthétisent ces informations avec une visée préventive.

Néanmoins, les enquêtes épidémiologiques, nombreuses mais portant généralement sur de très petits effectifs, rapportent des résultats souvent contradictoires qui donnent le sentiment que les risques ne sont pas bien avérés, ce qui, au plan politique, débouche sur un laisser-faire ou une indécision quant aux actions de prévention à mettre en œuvre. Pour un produit comme l'alcool, les exemples récents montrent la difficulté à agir, quant bien même les risques pour le fœtus sont extrêmement bien documentés depuis des décennies dans toute la littérature médicale¹⁵.

L'information du grand public, voire des médecins généralistes et la prévention restent néanmoins inexistantes en l'absence de programmes nationaux sur ce sujet : ainsi les programmes français consacrés à la périnatalité n'abordent cette question que dans les grandes recommandations sur l'éducation du public « *Cette éducation globale doit inclure, mais dépasser, la classique préparation à l'accouchement. Au cours de cette éducation, il conviendrait d'insister beaucoup sur le rôle nocif du tabac et de l'alcool* » (Haut Comité de la Santé Publique, 1994). Il n'est donc pas question des produits illicites.

¹⁵ - Le ministre de la Santé français a de nouveau déclenché les foudres des lobbies alcooliers en réaffirmant que les boissons alcoolisées devraient mentionner la dangerosité du produit dans le contexte de la grossesse (Le Journal du Dimanche, 8 août 2004).

a) Drogues illicites

La consommation de drogues illicites ne débute pas avec la grossesse, elle préexiste avec toutes les questions habituelles qu'elle pose pour tout usager dans un contexte d'interdit : approvisionnement illégal, clandestinité, contacts avec les services de police ou la justice, prostitution, risques infectieux, etc. La question plus générale de la consommation des femmes est peu apparente, y compris celle fondamentale de la poly-consommation (produits licites et illicites).

De nombreuses thèses de médecine sont ainsi consacrées à décrire les caractéristiques des grossesses et des nouveau-nés de femmes toxicomanes, voire consommant du tabac : on en dénombre 65 sur les dix dernières années. Plus récemment, depuis 1995, la question du syndrome de sevrage et de la substitution est la plus abordée : 15 thèses de 1996 à 1999, mais seulement deux de 2000 à 2004. S'agissant de thèses d'exercice, les observations portent généralement sur un service de maternité ou de pédiatrie et au mieux sur quelques dizaines de cas. Le fichier de la bibliothèque interuniversitaire de médecine (BIUM) permet également de localiser des mémoires d'exercice de sages-femmes sur ces sujets.

La consommation de drogues agit à la fois sur les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement et sur celles du nouveau-né. Les effets des différents produits sont généralement distingués, mais l'association courante de plusieurs produits entraîne une aggravation de tous ces symptômes. Retenons les plus couramment exposés, sans entrer dans le détail :

✧ ***Les conséquences sur la grossesse :***

- Des complications médicales liées à l'absorption des toxiques et particulièrement lors des poly-toxicomanies : accidents vasculaires cérébraux, convulsions, infections, etc.

- Un risque de malnutrition ou un déficit en certains éléments nutritifs essentiels dans la bonne conduite de la grossesse liés à une alimentation inadéquate, à une inhibition de l'appétit du fait de la prise de toxiques (sauf le cannabis). Certaines carences peuvent entraîner des convulsions aussi bien chez les toxicomanes que chez les alcooliques (Finnegan Loretta, 1994). Cet aspect est abondamment décrit dans la littérature américaine et canadienne, un programme de nutrition des femmes enceintes étant d'ailleurs diffusé au Canada et abordant cette question, mais peu ou pas dans la littérature française. Filippo Ferraro (1998) le traite en moins de dix lignes, en liant la malnutrition observée aux conditions de vie générales de la femme enceinte toxicomane et donc de manière globale à la précarité, plutôt qu'en termes d'effets du produit. De même, J. Bouchez et C. Carlus indiquent qu'une carence alimentaire peut être observée chez la mère mais que « *ce risque n'est pas spécifique des pharmacodépendances mais retrouvé parmi des grossesses sans suivi régulier, en conditions de précarité* » (Bouchez J. et Carlus C., 1997).

- Des complications obstétricales souvent liées à l'absence des soins prénataux : « Le mode de vie et la crainte d'attirer l'attention sur sa toxicomanie l'amènent [la femme enceinte] souvent à éviter de demander des soins prénataux » (Finnegan

Loretta, 1994). Une durée de gestation diminuée d'au moins deux semaines est rapportée en particulier pour les consommatrices de cocaïne (Roques, 1999).

- La prise de cocaïne semble induire un risque accru d'avortements précoces. Les syndromes de manque aux opiacés peuvent causer des morts *in utero* (Bouchez J. et Carlus C., 1997).

✧ **Les conséquences sur le fœtus :**

- Les taux de mortalité et de morbidité périnatales sont plus élevés, principalement du fait que les bébés sont plus souvent prématurés ou de faible poids, ce qui entraîne davantage d'hospitalisations en néonatalogie, et donc un coût que des recherches américaines tentent d'évaluer. On relève également une augmentation de la mort subite du nourrisson (Davidson Ward S.L. et Keens T.G., 1992), en particulier pour l'exposition à la cocaïne. Le risque de mort subite pourrait ainsi être 8 à 10 fois supérieur quand les mères ont consommé des drogues pendant la grossesse, y compris du cannabis et du tabac, comme l'attestent différentes méta-analyses sur cette question¹⁶. L'état de manque chez la mère peut entraîner l'accouchement d'un enfant mort-né (Finnegan Loretta, 1994).

- Les principaux effets sur le fœtus de la prise d'opiacés (et plus encore en cas d'association de tabac et/ou d'alcool) sont l'infection aiguë, la prématurité, le retard de croissance ; ces deux derniers effets étant également rapportés chez les consommatrices de cocaïne (Roques Bernard, 1999) et les anomalies congénitales.

- Le syndrome de sevrage du nourrisson est plus ou moins marqué selon les substances concernées. Il s'agit en fait de manifestations du manque chez le bébé qui se traduisent par une irritation cérébrale avec risque de convulsions et une alimentation inefficace entraînant une chute du poids. Ce syndrome peut être « *létal s'il est sévère et non traité* » (Bouchez J., Carlus C., 1997, p. 137). Selon les services et les années, les produits utilisés pour traiter ce syndrome sont assez variables : à Glasgow on utilise un anti-convulsivant, le phénobarbital (Hepburn, 1997, p.11), en France, outre ce même produit, les principales descriptions concernent l'élixir parégorique¹⁷, le chlorhydrate de morphine en sirop, le diazépam (Valium) ou la chlorpromazine (Benos P., 1999). La prise en charge du syndrome de sevrage peut se prolonger et nécessite des mesures d'hospitalisation et de surveillance adaptées.

- La question de l'allaitement du nouveau-né pose également problème : la poursuite d'une consommation d'alcool ou de stupéfiant par la mère (y compris dans ce second cas du fait du risque d'infection lors d'une toxicomanie active) serait une contre-indication formelle à l'allaitement, tandis que la seule prise de méthadone pourrait au contraire permettre de prévenir les syndromes de sevrage (Parrino Mark W., 1994). Cette interprétation semble actuellement évoluer, la mise en place d'un lien mère-enfant de bonne qualité par l'allaitement étant aujourd'hui considérée comme primordiale. Néanmoins, les résultats obtenus sur des cohortes récentes de femmes substituées, (Aubisson Sandrine et al., 2001)

¹⁶ - SIDS Information : www.sids-network.org : *I did not take drugs during my pregnancy. Why all the talk about drugs during pregnancy and SIDS ?*

¹⁷ Solution de morphine dosée à 0,05 %.

montrant un pourcentage de 23 % de mères qui allaitent, suggèrent que les équipes n'ont sans doute pas encore adopté une démarche positive et incitative sur la question de l'allaitement par les femmes toxicomanes. Par contre, la contamination des usagers de drogues par le VIH est une contre-indication à l'allaitement.

- La difficulté de la mise en place du lien mère-enfant est également rapportée. De manière générale, il s'agit d'un nourrisson irritable qui réagit moins bien aux stimulations extérieures, qui tète difficilement, voire qui peut être insomniaque. Loretta Finnegan (1994) relève ainsi que d'avoir à s'occuper d'un nourrisson de ce type entraîne un stress qui nuit à la relation avec le nouveau-né et a un effet déstabilisateur sur la famille (déjà fragile du fait de la consommation de drogues de la mère).

- Le risque de mauvais traitements est également relevé mais il est indissociable des mauvaises conditions sociales de la mère et du passé familial souvent lourd de celle-ci qui déterminent des facteurs de haut risque tant de la mort subite du nourrisson que des mauvais traitements ultérieurs (Finnegan Loretta, 1994). Cette question sera abordée plus avant.

La littérature émanant d'autres professionnels, en particulier des sages-femmes existe également mais reste très peu disponible. La description comporte généralement les mêmes variables. Ainsi, une étude portant sur 35 femmes toxicomanes pendant leur grossesse au CHU de Bordeaux relève 20 % de grossesses non suivies dont 14 % se présentent pour la première fois au service lors de l'accouchement, 28 % de menaces d'accouchement prématuré, 11 % d'accouchements prématurés, des durées de travail plus courtes qu'en population générale, un liquide amniotique teinté dans 57 % des cas (normale=20 à 35 %) qui montre une souffrance fœtale. Lors de la sortie de la maternité, seuls quatre bébés sur dix sont partis avec leur mère pour le domicile de celle-ci (Bordes N. et Pinganaud S., 1996).

Une seule thèse de sciences humaines utilise de telles données (Esquivel Térésa, 1994) en présentant un recueil sur des dossiers de femmes toxicomanes dans plusieurs services de maternité parisiens, avant de s'intéresser au devenir des enfants. Les dossiers obstétricaux étudiés portent sur les années 1985, ce qui rend les observations obsolètes, du fait de l'influence postérieure du sida et de la substitution.

Comme le montre un important travail de recherche bibliographique canadien sur les enfants de parents dépendants à l'alcool, aux drogues ou au jeu, la plupart des études sur l'impact des drogues illicites ou non sur la grossesse ne recherchent pas la co-morbidité avec l'alcoolisme. Or, les effets tératogènes de la consommation d'alcool sur le fœtus sont particulièrement bien documentés et les enquêtes en population générale révèlent une bien plus forte consommation d'alcool, voire un alcoolisme, chez les personnes dépendantes aux autres drogues. De ce fait, des effets imputés à l'un ou l'autre des produits illicites peuvent également résulter de combinaisons de produits ou d'interactions avec une consommation d'alcool (Vitaro Franck *et al.*, 2004).

b) Les produits de substitution

La politique de réduction des risques en réponse à l'épidémie de sida, en particulier la prise de produits de substitution¹⁸, a fait rapidement ces dernières années l'objet d'un consensus dans le corps médical (Simmat-Durand Laurence, 2004b). Néanmoins, elle ne résout pas certains des principaux problèmes qui se manifestent lors d'une grossesse : les consommations multiples, les risques majeurs liés aux injections (du Subutex® par exemple) et le syndrome de sevrage du nouveau-né.

Les effets positifs attendus sur la grossesse sont que la mère ne connaît pas de périodes de manque, a un comportement plus stable non dirigé vers la recherche des produits et également que le nouveau-né est moins souvent prématuré ou de faible poids. Selon J. Bouchez et C. Carlus (1997), les effets attendus de la méthadone sont de diminuer les risques de mortalité foetale, de réduire les retards de croissance et de contamination par les hépatites et le sida.

Pour la plupart des auteurs, le sevrage de la mère est peu indiqué pendant la grossesse, car il fait courir des risques au nouveau-né (convulsions pouvant entraîner la mort). Les traitements de substitution évitent la consommation irrégulière d'opiacés et protègent le fœtus d'épisodes de sevrages répétés (Parrino Mark W., 1994). La substitution est ainsi un bon moyen de « canaliser » la mère : *« le traitement de substitution est particulièrement indiqué : il libère la future mère de la quête incessante de la drogue et la rend plus disponible à la maternité »* (Geismar-Wieviorka S. et al., 1997). Mark Parrino (1994) estime néanmoins qu'une substitution à la méthadone chez une femme enceinte ne peut être envisagée que dans un protocole strict évaluant les risques et bénéfices et que le produit n'est pas suffisant en soi : *« Lorsque le traitement à la méthadone d'une femme toxicomane enceinte est appliqué dans le cadre d'un programme thérapeutique complet s'attaquant aux problèmes médicaux, obstétricaux, psychosociaux et à la toxicomanie, la mortalité et la morbidité de la mère et du nourrisson diminuent, et le développement ainsi que le fonctionnement cognitif de l'enfant ne sont pas altérés »*.

Si un tel cadre peut être offert pour la méthadone, il est plus rarement mis en place lorsque la substitution est faite par le Subutex®, prescrit en France en particulier par les médecins généralistes. La synthèse des connaissances sur l'utilisation de cette substance (INSERM, 1998) comportait un sous-chapitre spécifique sur la grossesse, rédigé par Roger Henrion. Celui-ci estimait le nombre de femmes enceintes sous Subutex® chaque année dans une fourchette de 1000 à 2500 pour 160 à 320 sous méthadone. Peu d'études cliniques étaient disponibles lors de la rédaction de ce rapport et portaient sur de petits groupes d'enfants de mères traitées par la buprénorphine. Ce rapport soulignait enfin que de nombreuses questions sans réponse nécessitaient des recherches approfondies.

Depuis, les études sur les effets de ce produit sur la grossesse et le nouveau-né se sont développées (Jernite M. et Viville B., 1999) ; (Lejeune Claude, 2000), bien

¹⁸ - La méthadone a été autorisée comme produit de substitution en mars 1995 et la Buprénorphine Haut Dosage (Subutex®) en février 1996. Quelques centaines de personnes sont encore substituées en France par des sulfates de morphine (Skénan® ou Moscantin®).

que l'on manque de recul et que l'autorisation de mise sur le marché de ce médicament le déconseille pendant la grossesse et pose une contre-indication à l'allaitement (Gibier Lionel, 1999b). Mais compte tenu du développement de la substitution par ce produit en France, il est *de facto* utilisé chez les femmes enceintes. Dans une enquête récente portant sur 249 mères substituées pendant leur grossesse, 62 % l'étaient avec du Subutex® (Lejeune Claude *et al.*, 2003). La généralisation de ces traitements nécessite par ailleurs un dialogue avec les femmes toxicomanes sur la contraception, l'arrêt de l'héroïne entraînée par la substitution amenant une reprise du cycle fécond, et donc un risque de grossesse non désirée (Gibier Lionel, 1999a).

Une partie des effets observés pour les consommatrices d'héroïne perdue sous méthadone, les bébés étant plus souvent de faible poids que la normale, le syndrome de mort subite plus souvent présent et la mortalité périnatale augmentée (Roques Bernard, 1998). Le syndrome de sevrage peut même être plus intense, surtout si les doses de méthadone sont importantes, et retardé par rapport à la naissance jusqu'à deux ou trois semaines (Bouchez J. et Carlus C., 1997). Pour les femmes sous Subutex®, peu d'études étaient réalisées et portaient sur de très petites cohortes (Johnson R.E. *et al.*, 2001) ; elles montraient que le syndrome de sevrage est plus prolongé et nécessite d'autres produits que l'Elixir parégorique (Benos P., 1999). Pour tous les produits de substitution, compte tenu du changement de métabolisme induit chez la femme enceinte la question de l'adaptation des doses et donc de leur augmentation au cours de la grossesse est un point sensible. Un compromis doit être trouvé entre des doses plus élevées en fin de grossesse, qui améliorent la durée de gestation et la croissance intra-utérine et le risque d'un syndrome de sevrage du nouveau-né plus sévère (Hagopian G.S. *et al.*, 1996).

Pour répondre à ces questions, une étude multicentrique a été menée, comparant des femmes sous méthadone et sous buprénorphine pendant leur grossesse et les caractéristiques de leurs nouveau-nés. Les résultats montrent que le Subutex peut être prescrit comme une alternative valable à la méthadone pendant la grossesse, mais qu'un accompagnement médico-social de qualité est indispensable, surtout pour les femmes en situation précaire. L'intensité du syndrome de sevrage du nouveau-né n'est pas dose dépendant de la posologie du traitement de substitution de la mère, ce qui implique de l'adapter au confort de la femme, pour limiter le risque de prise d'autres produits comme l'alcool ou les benzodiazépines. Enfin, cette enquête, menée en maternité et non en centres de soins spécialisés a permis d'inclure des femmes habituellement non repérées, de bon niveau social, vivant en couple et substituées par Subutex en médecine de ville (Lejeune Claude *et al.*, 2003).

Peu de résultats sont disponibles pour l'utilisation d'autres produits de substitution. On peut néanmoins citer une étude suisse portant sur la comparaison entre méthadone et morphine sur une cohorte de 41 femmes pour la plupart poly-toxicomanes (Geistlich Sabine, 1998).

La grossesse chez une femme toxicomane, même substituée, restant pathologique, les intervenants en toxicomanie souhaitent que les médecins généralistes les orientent au plus tôt vers les centres spécialisés (Gibier Lionel, 1999a). A l'évidence les résultats obtenus sur une cohorte récente ne montrent pas une telle orientation puisque seulement 37 % des femmes enceintes observées sous

Subutex® ont été suivies par un centre spécialisé contre 78 % de celles sous méthadone (Lejeune Claude *et al.*, 2003).

Les effets positifs attendus de la substitution pendant la grossesse sont donc plus directement liés à une socialisation de la mère (suivi de la grossesse, pas de période de manque, moins de perturbations des services) qu'à une disparition des pathologies reconnues comme liées à la prise d'opiacés (Roques, 1999). Le contrôle social exercé par la prescription de produits de substitution (Bailleau Francis *et al.*, 1995) prend dans le cadre des grossesses un sens particulier puisque l'on vise alors l'inscription de la femme dans un protocole médicamenteux mais également dans la norme du bon suivi prénatal. La généralisation des traitements de substitution pendant la grossesse tend à ce qu'ils deviennent la nouvelle norme de suivi des femmes enceintes toxicomanes avec le risque que leur refus par la femme ne renforce l'image de mauvaise mère (Vallée Dominique, 1996). La diminution des placements d'enfants chez les femmes enceintes substituées montrerait ainsi l'émergence d'une nouvelle conception de ce système de sanction/récompense.

Le point de vue de la femme enceinte reste le moins abordé, hormis dans la littérature canadienne récente (Rutman Deborah *et al.*, 2000). L'ambiguïté demeure : la femme accepte un traitement et souvent s'abstient de la consommation d'autres produits mais les effets les plus immédiats et visibles de son comportement demeurent puisque le syndrome de sevrage du nouveau-né se manifeste et provoque honte et culpabilité (*cf. infra*).

C- La prévalence des usages chez les femmes et pendant les grossesses

Deux aspects doivent faire l'objet d'une évaluation. Combien de femmes sont concernées par les consommations de toxiques et combien poursuivent ces comportements durant leur(s) grossesse(s) ? Dans un deuxième temps, comment se fait en pratique le repérage de ces femmes dans les services hospitaliers et sociaux et quelle est la part de ces consommations dans les raisons invoquées pour les signalements ?

Les enquêtes menées dans différents pays qui permettent de décrire l'ampleur des consommations, en particulier de substances illicites, chez les femmes enceintes, reposent sur trois méthodes principales : les enquêtes générales distinguant les femmes et les femmes enceintes ou avec de jeunes enfants, les enquêtes dans un contexte médical interrogeant les femmes et enfin les enquêtes biologiques reposant sur des tests anonymes.

a) En population générale

Les enquêtes tentent en général d'évaluer la prévalence de la consommation des différentes drogues parmi les femmes, en particulier aux âges de reproduction.

Certaines plus précises ciblent la période périnatale, soit auprès des femmes enceintes, soit par un recueil de données lors des accouchements.

En Angleterre, l'enquête nationale de 1996 sur les drogues « *National drugs campaign survey* » a interviewé 4647 jeunes de 11 à 35 ans. Parmi eux, 42 % des femmes avaient essayé des drogues et 18 % en avaient consommé lors de la dernière année, les comportements étant les plus accentués dans le groupe 16-29 ans (ISDD, 1999).

Du fait du repérage institutionnel des usagers de drogues illicites en Angleterre, des enquêtes peuvent estimer combien de femmes, parmi celles qui sont enregistrées comme faisant usage de produits, ont donné naissance à un enfant au cours d'une année donnée. Ainsi, l'enquête de 1993 en Angleterre et Pays de Galles a permis d'évaluer que 11 % des femmes enregistrées sont devenues mères cette année-là, ce qui représente 598 naissances. Les données sont probablement sous-enregistrées, du fait du repérage moindre des femmes comme usagers par rapport aux hommes (ISDD, 1999).

Aux Etats-Unis, l'enquête « *National Household Survey on Drug Abuse* » est la source principale de données sur ces questions aux Etats-Unis et est menée depuis 1971 chaque année par le gouvernement fédéral. Depuis 1992, l'enquête est gérée par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA (substance abuse and mental health services administration), 1996). Les résultats publiés en 1996 consacrent un chapitre à la question des femmes d'âge fécond pour lequel l'exploitation porte sur deux années, 1994 et 1995, soit un échantillon de 761 femmes enceintes et 14 233 femmes non enceintes ayant des enfants au foyer, toutes âgées de 15 à 44 ans. L'échantillon portant sur les femmes enceintes est représentatif des naissances du pays une année donnée. Les consommations d'alcool, de tabac, de drogues illicites et de médicaments comme les tranquillisants sont estimées sur la vie entière, la dernière année et le dernier mois. Ces données, croisées avec la durée en trimestres de grossesse, permettent d'estimer les consommations pendant cette période. Ainsi, 7,3 % des femmes de 15 à 44 ans ont utilisé une drogue illicite pendant le mois précédent l'enquête (vs 11,6 % des hommes de la même classe d'âges). Parmi les femmes enceintes, 21,5 % ont fumé, 2,9 % ont consommé de l'alcool régulièrement ou adopté une conduite d'excès¹⁹ et 2,8 % ont consommé des drogues illicites.

Les questions et la méthode d'enquête ont été modifiées pour l'année 2002, ce qui invalide la comparaison directe avec les années précédentes. L'enquête de 2002 interroge les femmes de 15 à 44 ans sur le fait d'être enceintes ou non et sur le terme de la grossesse. Les données sont ensuite croisées avec celles concernant la consommation au cours du dernier mois. Globalement, les consommations de drogues illicites diminuent pendant la grossesse, ce d'autant plus que la femme est plus âgée. Les consommations sont deux fois moindres aux deuxième et au troisième trimestres de grossesse qu'au premier²⁰. Ainsi près de 7 % des femmes enceintes du groupe 15-25 ans déclarent un usage de drogue illicite au cours du dernier mois, contre près de 17 % pour celles qui ne sont pas enceintes, mais 0,5 % contre 7 % dans le groupe 25-44 ans. Le mouvement est le même pour les comportements d'ivresse. Les grossesses précoces (15-25 ans) sont les plus exposées, tant pour les drogues illicites que pour l'alcool, mais elles sont les moins

¹⁹ - La définition retenue est la suivante : « binge drinking »=boire cinq verres ou plus en une seule occasion au moins une fois pendant les trente derniers jours.

²⁰ - Trimestre pendant lequel, bien souvent, la femme ignore son état.

nombreuses. La tendance générale est à une reprise, voire une augmentation des consommations après une naissance : la consommation des femmes ayant accouché depuis moins d'un an est la même que celles des femmes de même âge non enceintes non accouchées récemment (SAMHSA (substance abuse and mental health services administration), 2004).

Une évaluation réalisée par le ministère de la santé américain estime que 8,3 millions d'enfants aux Etats-Unis vivent avec au moins un parent alcoolique ou concerné par l'abus de drogues illicites. Parmi ceux-ci, 3,8 millions vivent avec un parent alcoolique, 2,1 millions avec un parent consommant des drogues illicites et 2,4 millions avec un parent combinant ces deux types de consommations (Huestis M.A. et Choo R.E., 2002).

En France, les données collectées en population générale ne relèvent pas le fait que les femmes soient enceintes. Le mode de collecte, un échantillon téléphonique de 20 000 personnes pour le Baromètre Santé 2000, ne permet pas de mesurer les consommations de drogues illicites autres que le cannabis. Les données plus détaillées, fournies par les enquêtes ESPAD (en milieu scolaire) ou ESCAPAD (lors des journées d'appel à la Défense), ne concernent que les 17-18 ans, âges où la fécondité est quasiment nulle (Simmat-Durand Laurence, 2004b).

Les publications du Baromètre Santé distinguent deux grandes classes d'âges, les 18-25 ans (où la fécondité est faible²¹) et les 26-44 ans (regroupant l'essentiel de la fécondité). 25 % des femmes de 26-34 ans et 17 % des 35-44 ans ont expérimenté le cannabis au cours de leur vie, soit des proportions moitié moindre que pour les hommes. Parmi les expérimentateurs du groupe 26-44 ans, la part des femmes est de l'ordre du tiers pour le cannabis, les amphétamines, le LSD, du quart pour la cocaïne et du sixième pour l'héroïne. La consommation régulière de somnifères ou de tranquillisants concerne quant à elle 5 % des femmes de 26-34 ans et 9 % des femmes de 35-44 ans (Guilbert Philippe *et al.*, 2001).

Les autres données publiées concernent les interpellations, donc la population exposée à la répression et non la population générale. Pour l'année 2003, moins de 7 % des usagers interpellés sont des femmes, ce pourcentage variant suivant le produit. Les données ne sont pas croisées par âge, on ne dispose que de l'âge moyen. Le pourcentage de femmes est plus important, plus d'une personne sur dix, pour les produits autres que le cannabis. Dès qu'il s'agit de « drogues dures » l'intervention policière épargne moins les femmes, dont le mode de vie ou d'approvisionnement en drogue les exposent néanmoins nettement moins que les hommes.

b) Les enquêtes en milieu médical

Certaines enquêtes se fondent sur les déclarations des femmes. Elles sont justement reconnues comme sous-évaluant les consommations, en particulier d'alcool et de produits illicites, tant les femmes culpabilisent et craignent des sanctions.

²¹ - En 2000, la somme des naissances réduites pour les 15-19 ans est de 4,01 pour cent femmes et à 20-24 ans de 28,12 soit 17 % des naissances avant le 25^{ème} anniversaire. Source : INSEE, BMS 2003.

En Californie, une enquête a été réalisée dans 200 services hospitaliers, portant sur 29 494 femmes enceintes testées par analyse d'urine anonyme²² sur leur consommation d'alcool et d'autres drogues. Elle montre l'importance de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse, peu sensible aux variables ethniques et socio-économiques, comparée au faible taux de drogues illicites. Les résultats soulignent les besoins en matière d'information sur les risques de ces consommations pendant la grossesse (Noble A. *et al.*, 1997). Plus récemment, une étude recherche les facteurs communautaires dans les variations de consommations de produits chez les femmes pendant leur grossesse. Les femmes noires ont de plus fortes prévalences pour l'alcool et la cocaïne, tandis que les femmes blanches en ont pour le tabac, le cannabis et les amphétamines. Mais ces contrastes raciaux ne sont plus retrouvés quand on contrôle par l'existence d'un voisinage pauvre ou d'une zone recevant l'assistance des pouvoirs publics, ce qui suggère que les contrastes observés sont davantage liés aux différences d'environnement social (Finch Brian Karl *et al.*, 2001).

Une revue de littérature liste les enquêtes américaines par thème sur la question des traitements de l'abus de substances pendant la grossesse, de 1980 à 1990. Les travaux sont répertoriés selon l'année, le lieu, les substances étudiées, la prévalence estimée (Howell E.M. *et al.*, 1999). Les auteurs relèvent les importantes difficultés méthodologiques de telles enquêtes.

En France, les enquêtes périnatales en France fournissent des données précieuses sur les femmes ayant accouché et les caractéristiques des nouveau-nés. Elles n'abordent pas la question des consommations, hormis celles du tabac et de l'alcool pour l'enquête de 1998 (Badeyan G. et Wcislo M., 2000) et seulement le tabac pour l'enquête 2003 (Vilain Annick *et al.*, 2005b). De manière générale, la question de la consommation de produits illicites n'a pas été posée en France lors des grossesses jusqu'à l'apparition du sida et ne faisait pas l'objet d'une recherche d'antécédents, y compris du fait de la crainte par le médecin d'induire « *une stigmatisation ultérieure de la patiente et de son enfant* » (Esquivel Térésa, 1994, p. 377).

Les données sur les femmes toxicomanes sont celles fournies par les centres de soins²³. Pour l'année 1995, une recherche a porté sur 1800 femmes environ fréquentant un centre de soin et des données sur les femmes incarcérées consultant les antennes toxicomanie, soit environ 200 femmes. 44 % de ces femmes en prison et 35 % en centre de soins ont déclaré être mère, respectivement 613 et 80 femmes (Facy Françoise, 1996). Parmi les mères toxicomanes incarcérées, un tiers a deux enfants ou plus et six sur dix ont un partenaire toxicomane.

Pour les années plus récentes, le mode de collecte a changé et les données publiées sont issues des rapports annuels des centres de soins spécialisés pour toxicomanes. Ainsi, des variables sont publiées comme l'âge, le sexe, le produit principal, l'origine de la demande, le nombre d'enfants à charge, etc. (Palle Christophe et Bernard Catherine, 2004). Mais aucun croisement de variables

²² - Le but de l'enquête est d'estimer une prévalence, les échantillons sont donc anonymes et ne servent en aucun cas à connaître la consommation de telle ou telle patiente.

²³ - Enquête du SESI (Ministère de la Santé), dite « enquête de novembre » car elle porte sur les personnes reçues par les centres de soins au mois de novembre de chaque année. Voir Simmat-Durand, 2004.

n'étant publié²⁴, il est impossible de connaître la répartition des femmes selon les classes d'âges et leur nombre d'enfants.

Pour 2002, les estimations sont de 70 000 personnes fréquentant les centres de soins dont la moitié de nouveaux patients, soit environ 15 000 femmes. Pour l'ensemble des années, la part des femmes est stable entre un cinquième et un quart de l'ensemble des patients. Sachant qu'il y a très peu de toxicomanes après 45 ans (d'où le groupe d'âges 40 ans et plus), la majorité des patients sont dans les âges féconds. Plus du quart des patients ont des enfants à charge mais sans indication qu'il s'agisse du père ou de la mère et avec peu de précision sur le concept d'enfant : pour ce qui nous intéresse, les enfants placés sont par définition hors charge de leurs parents. Il aurait été nécessaire d'avoir à la fois le nombre d'enfants total et le nombre d'enfants à charge.

Pour les patients sous traitement de substitution (environ 100 000 actuellement sous méthadone ou Subutex selon l'enquête Siamois de l'INVS), les données se basent sur des évaluations à partir des ventes de produits, il est donc impossible d'avoir une estimation par sexe. Les enquêtes disponibles à un niveau local interdisent toute extrapolation, tant il est relevé que la part des femmes est variable sur chacun des sites observés : deux, trois ou quatre hommes pour une femme selon la ville (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2002b). Seules des données locales publiées par des Caisses d'assurance maladie font état de données plus précises sur les patients, les médecins et les pharmaciens. Ainsi, dans le Val-de-Marne en 2001, sur 2422 patients sous traitement de substitution, 461 sont des femmes dont 75 % ont de 20 à 39 ans (Cambou Jeannette et Sallé Pierre, 2001).

Une étude rétrospective a été menée sur un échantillon représentatif de centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) dans une région française en relevant les données afférentes à 171 mères toxicomanes et leurs 302 enfants, en 2001 (Cassen Myriam et al., 2002). Si le produit le plus fréquemment consommé par ces femmes est l'héroïne²⁵ (deux tiers des cas), la polyconsommation est habituelle puisque neuf femmes sur dix usent d'autres substances. La séparation des mères et des enfants est quasiment la règle, puisque « 90 % des femmes font état d'expériences notables de séparation d'avec au moins un de leurs enfants ». Pour chaque enfant, quel que soit son rang, le taux de séparation est autour de 50 % et la durée de séparation de 33 mois en moyenne, mais avec une durée médiane de 9 mois. Pour un quart des femmes, une deuxième séparation aura lieu, souvent d'avec le premier enfant lorsqu'il a entre 5 et 8 ans. Ces résultats montrent donc un risque très élevé de placement des enfants, à un moment quelconque de leur histoire de vie. La plupart des études en centres spécialisés retrouvent de tels résultats. Mais ce mode de recrutement induit une double déformation : ce sont les femmes dont la toxicomanie est la plus lourde ou qui s'inscrit le plus dans la durée qui constituent la clientèle de ces centres d'une part, et la séparation d'avec leurs enfants constituent pour les femmes toxicomanes un moteur puissant d'entrée en traitement, dans l'espoir d'en récupérer la garde d'autre part.

²⁴ - Christophe Palle nous a indiqué que les données sont recueillies agrégées dans les différents centres de soins et non sur la base des individus. Les croisements de variables ne peuvent donc être réalisés par l'OFDT.

²⁵ - Ce qui est lié à la sélection de la clientèle de tels centres, essentiellement dédiés aux héroïnomanes. Pour une description de la clientèle des CSST au travers des enquêtes nationales, voir notamment, Simmat-durand Laurence, 2004a.

c) *Les tests biologiques*

Les enquêtes reposant sur des tests biologiques, examens urinaires ou sanguins, sur la mère ou le bébé, sont organisées dans les services accueillant des femmes enceintes et les maternités. Ces relevés posent des problèmes méthodologiques, en particulier quant à la fiabilité de ces tests et à leur précision. Ils posent également des problèmes éthiques, raison pour laquelle de nombreux services hospitaliers refusent de les pratiquer, notamment quand ils sont susceptibles de déboucher sur une dénonciation pénale.

Voyons tout d'abord quels tests peuvent être pratiqués et quelles en sont les limites. Nous basons ce rapide panorama sur une revue de littérature médicale américaine (Howell E.M. et al., 1999). La prévalence est difficile à établir, autrement que sur les déclarations des personnes, du fait des combinaisons de substances licites ou illicites.

Les tests les plus courants (cocaïne, opioïdes, amphétamines, cannabis et nicotine) sont pratiqués sur les mères, par une analyse urinaire, mais ils ne détectent qu'une consommation sur un temps court et identifient mieux les consommations abusives que les consommations occasionnelles. Ces tests ne fournissent aucune donnée sur la fréquence ou l'intensité de la prise du produit, contrairement par exemple à un dosage sanguin d'alcool.

D'autres tests sont pratiqués dans le cadre des accouchements, par prélèvement de sang sur le cordon ou par analyse urinaire ou du méconium²⁶ du bébé. La mesure est meilleure dans le dernier cas. Par exemple, les métabolites de cocaïne ne sont discernables dans l'urine que pendant 96 à 120 heures, alors que dans le méconium, une utilisation de cocaïne peut être décelée remontant jusqu'au deuxième trimestre de grossesse. Enfin, des examens de cheveux, tant de la mère que du nourrisson sont aujourd'hui utilisés, en particulier pour ce qui concerne l'exposition au tabac et au cannabis. Ils présentent également l'avantage de déceler une consommation antérieure à la période de l'accouchement. Ces tests sont néanmoins coûteux et leur sensibilité varie selon la couleur des cheveux, les cheveux foncés retenant mieux les drogues, ce qui nécessitent de recourir à des échelles différentielles (Ebrahim Shahul H. et Gfroerer Joseph, 2003).

Ces tests posent des problèmes éthiques mais certaines équipes les utilisent de manière systématique, tandis que d'autres les réservent aux seuls nouveau-nés ayant manifesté un syndrome de sevrage. Un argument retrouvé dans la littérature américaine est que l'utilisation des tests sur toutes les naissances est la seule façon d'éviter qu'il y ait une discrimination sociale, mais cela place les hôpitaux dans des positions délicates : peuvent-ils ensuite choisir de ne pas dénoncer une mère ayant consommé des substances (Lester Barry *et al.*, 2004) ? Ce point est d'autant plus sensible aux Etats-Unis qu'il est par ailleurs rapporté que les femmes faisant l'objet de poursuites pour consommation de drogues pendant la grossesse sont plus souvent noires américaines et de milieu social défavorisé.

²⁶ - Première selle du bébé.

Ces tests sont vivement critiqués parce qu'ils sont le plus souvent pratiqués à l'insu des femmes, en routine à l'occasion des prélèvements dans le cadre de la surveillance générale de la grossesse. Dans certains pays, et en particulier aux Etats-Unis, ils peuvent être utilisés pour la dénonciation pénale de la future mère, pour intoxication de son enfant. C'est le cas de la Californie qui prévoit des dommages et intérêts si les tests sont positifs mais aussi dans l'Illinois où la maltraitance peut être invoquée contre la mère (Huestis M.A. et Choo R.E., 2002).

De plus, dès lors qu'un rapport de négligence concernant une mère dépistée positive aux substances est envoyé aux services sociaux, ce signalement va s'appliquer à tous les enfants déjà nés de cette femme, ce qui va encore amplifier l'effectif de cas signalés (Tuten Michelle *et al.*, 2003).

La plupart de ces tests sont pratiqués assez tardivement dans le courant de la grossesse, lors des examens prénatals voire au moment de l'accouchement ou des premiers jours de l'enfant quand les prélèvements sont effectués sur ce dernier. Les ordres de grandeur des tests positifs sont extrêmement variables selon le produit bien sûr, le lieu d'enquête (urbain), la méthode utilisée. Les tests à la première visite prénatale aux Etats-Unis montrent que plus d'une femme sur quatre a consommé du cannabis. Les fortes consommations de cocaïne observées aux Etats-Unis ne sont pas retrouvées dans les autres pays. A Londres, une enquête reposant sur un test anonyme a montré un niveau de consommation de l'ordre d'une femme sur dix. Cette méthode de travail exclut les femmes qui ne feraient pas suivre leur grossesse, ce qui est, nous l'avons souligné, une caractéristique des plus fortes consommatrices. C'est la raison pour laquelle, de nombreux services pratiquent plutôt des tests sur les nouveau-nés.

Une étude originale a été menée à Londres dans un laboratoire d'analyses médicales d'un hôpital à partir des tests urinaires pratiqués pour déterminer si la femme est enceinte. L'âge de la grossesse est ainsi beaucoup plus précoce que dans les cas précédents et un certain nombre de femmes concernées ne vont pas la poursuivre (Sherwood R.A. *et al.*, 1999). Les résultats concernant les enfants ne sont connus que dans 288 cas sur les 807 examinés car les femmes peuvent avoir accouché ailleurs ou avoir avorté. Sur l'ensemble des femmes, 17 % environ étaient positives à une quelconque drogue tandis que près de 35 % l'étaient pour le tabac.

Dans tous les cas, il faut retenir qu'une part substantielle des femmes enceintes consomment au moins du tabac. Les drogues illicites et surtout le cannabis sont loin d'être marginales chez ces jeunes femmes, en partie du fait du peu d'informations générales dispensées sur ces consommations dans le cadre des grossesses et de la large diffusion de leur usage chez les adolescentes. La polytoxicomanie qui entraîne un risque évident pour le fœtus, par cumul et potentialisation des effets des diverses drogues est le point le plus préoccupant, d'autant plus qu'elle est rapportée par la plupart des enquêtes de prévalence en population générale des plus jeunes.

En alternative à ces tests de dépistage, l'information du personnel obstétrical sur les consommations de la femme enceinte se fait en consultation par interrogatoire. Les données recueillies sont considérées comme peu fiables, au moins en terme de niveau de consommation (que les patientes sous-estiment). De plus, les discriminations sociales n'en sont pas non plus exclues, puisque les

généralistes et spécialistes qui prennent en charge les classes moyennes et aisées sont moins susceptibles que les médecins hospitaliers de poser de telles questions à leurs patientes, par crainte de perdre leur clientèle (Lester Barry et al., 2004).

D- La pénalisation des grossesses hors normes

Les normes concernant le suivi des grossesses, considéré comme un premier indicateur pour définir une bonne mère, celle qui fait tout, avec l'aide du corps médical, pour mettre au monde un enfant parfait, se sont considérablement amplifiées ces dernières décennies.

La surveillance de la grossesse en France date du début du XXème siècle, mais elle s'est réellement organisée à partir de 1945 avec la mise en place de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), sur laquelle nous reviendrons. Aujourd'hui sept visites obligatoires sont prévues pour le suivi d'une grossesse à terme, qui définissent finalement non pas le nombre de consultations optimal mais un strict minimum. De fait, moins d'un tiers des femmes ont sept visites prénatales ou moins²⁷.

Ces normes qui s'intensifient entraînent également un regard plus rigide sur le poids de la surveillance médicale, et les Etats-Unis se sont engagés sur la voie d'une pénalisation des femmes qui dérogeraient à ces normes médicales, avec l'émergence à partir des années 1980 d'un « droit foetal » (Boltanski Luc, 2004). Ainsi, de manière générale, une femme qui refuserait une intervention médicale qu'un médecin estimerait nécessaire pour le bien-être du fœtus peut être dénoncée et poursuivie devant un tribunal pénal. Plus généralement, les obstétriciens attendent des procès devant les tribunaux « *Pour demander réparation à la mère d'atteintes subies par le fœtus in utero, par exemple du fait d'une addiction à la drogue, d'un excès de consommation d'alcool, ou encore pour avoir refusé certains actes médicaux prénatals* » (ibid, p. 188). Il s'agit pour ces médecins de dégager leur responsabilité en reportant la faute sur la femme.

Même s'ils ne sont pas encore majoritaires, la plupart des médecins engagés dans un programme de médecine foetale estiment qu'une femme qui refuserait un avis médical et qui de ce fait mettrait en danger son fœtus devrait être détenue. Ainsi des obligations d'interventions obstétricales ont été prononcées aux Etats-Unis dans 11 états, par exemple rendant obligatoire une césarienne ou une transfusion intra-utérine (Kolder VE et al., 1987).

Des décisions limitant fortement la liberté individuelle de la femme au nom du bien-être de son fœtus sont monnaie courante aux Etats-Unis, voire au Canada et l'exemple de la toxicomanie de la mère en est un révélateur particulier. Le Centre pour les droits de la reproduction (Center for reproductive rights) situé à New-York, a mis en place un site internet où les femmes en particulier sont susceptibles de trouver tous les textes et la jurisprudence concernant ce type d'affaires. Un dossier d'information collecté en 2000 est consacré à cette question

²⁷ - Enquête nationale périnatale de 2002 : la moyenne est de 8,9 visites prénatales, 72 % des femmes ont eu plus de 7 visites.

« *Punishing women for their behavior during pregnancy* » (Center for reproductive rights, 2000).

Ce texte commente les dispositions légales et les principales décisions rendues par les tribunaux et généralement infirmées par les Cours au nom de leur « anticonstitutionnalité » contre des femmes ayant mis en danger leur fœtus pendant la grossesse. Si à l'heure actuelle aucun Etat américain n'a promulgué de loi spécifique pour incriminer les conduites dangereuses pendant la grossesse, divers textes de loi ont été détournés et utilisés contre des femmes enceintes. Elles ont pu être accusées de fourniture de drogue à mineur, si l'enfant est décédé lors d'une fausse couche ou à la naissance, d'infanticide, de consommation d'alcool, de non respect d'une prescription médicale, etc. En tout, ce serait plus de 200 femmes qui ont été arrêtées dans plus de vingt états parce qu'elles ont consommé une drogue pendant leur grossesse (Center for reproductive rights, 2000).

Néanmoins trois Etats américains, le Minnesota, le Wisconsin et le South Dakota ont modifié leur loi pour y introduire la contrainte civile pour une femme qui aurait consommé des produits prohibés pendant sa grossesse ou qui aurait perdu le contrôle de sa consommation d'alcool. Bien que de manière constante, les Cours aient rejeté de telles réquisitions, au motif que la fourniture de drogue doit se faire entre deux personnes déjà nées ou que de tels arguments posaient de réels problèmes constitutionnels, on peut considérer leur persistance comme un révélateur de la pression qui s'exerce sur les femmes.

Si finalement de telles condamnations pénales ont peu de chances d'aboutir, il n'en est pas de même pour des mesures comme la déchéance des droits parentaux ou la perte temporaire de la garde des enfants. De très nombreux tribunaux prononcent de telles sanctions contre les femmes toxicomanes, y compris sur la base de dénonciations des services hospitaliers.

Certains hôpitaux n'hésitent pas à pratiquer des tests sur la mère ou sur le bébé, à l'insu de la femme, et à ensuite dénoncer cette consommation illicite à la Justice. Bien que quelques rares Etats prohibent une poursuite basée uniquement sur un test positif, cette pratique est courante dans nombre d'entre eux, si bien que toujours selon le rapport cité, des centaines voire des milliers de femmes se sont vu enlever leurs enfants pour mauvais traitement ou négligence sur la base d'un test positif (Center for reproductive rights, 2000). La composante raciale étant un facteur majeur de discrimination aux Etats-Unis, de telles délations sont dix fois plus souvent susceptibles d'être pratiquées dans le cas d'une femme noire.

Pour ce qui est du cas particulier de la Californie, cet Etat s'est doté en 1990 d'un amendement sur ces questions, après constat que pendant les années 1980 le nombre de femmes concernées par des arrestations et des incarcérations alors qu'elles étaient mères avait augmenté. La loi a été modifiée en conséquence et demande que la dénonciation ne puisse se faire sur la seule base d'un test toxicologique sur la mère ou l'enfant, qu'un test positif doit être suivi d'une consultation mère enfant et que le rapport au « *child welfare* ²⁸ » ne doit être fait que si d'autres facteurs de risque sont identifiés, que ces démarches doivent être faites avant que la mère et l'enfant aient quitté l'hôpital. En 1991, l'Agence de santé a mis en place un protocole de prise en charge des mères consommatrices de produits et les services sociaux ne peuvent plus transmettre des signalements

²⁸ - Equivalent à notre Aide sociale à l'enfance.

sur la seule base de la toxicomanie du parent (Tuten Michelle et al., 2003). Les raisons de telles restrictions étaient plus ou moins pragmatiques, d'une part, les juges craignaient que les cours ne soient débordées par les cas concernant les usagers de crack, d'autre part, les possibilités de placement de ces enfants étaient limitées (en nombre de places).

Au Canada, les débats sont tout aussi tendus. Des tribunaux n'hésitent pas à prononcer des obligations de soins et des mesures de détention contre des femmes enceintes qui auraient consommé des substances illicites. Ces pratiques sont dénoncées par les associations féministes, la prison n'étant pas à leurs yeux un lieu reconnu pour la qualité de sa prise en charge obstétricale. De ce fait, la détention elle-même serait plus susceptible de nuire au fœtus que le comportement de sa mère.

Le débat sur les droits du fœtus a également entraîné au Canada des questions sur le droit de la mère à prendre des décisions médicales qui seraient néfastes au fœtus. Comme en France, le fœtus ne s'est pas vu accorder des droits indépendants de ceux de sa mère : « *La loi canadienne a toutefois maintenu le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne pour les femmes et n'a pas reconnu les droits du fœtus. Si une femme capable refuse de suivre un conseil médical, il faut respecter sa décision, même si le médecin est d'avis que le fœtus en souffrira. La coercition de la femme n'est pas permise, peu importe ce qui semble être le meilleur intérêt du fœtus* » (Flager Elizabeth et al., 1997). L'article reprend l'exemple d'une femme enceinte refusant un test HIV alors que son compagnon est séropositif ou d'une autre refusant une césarienne pour souffrance fœtale aiguë²⁹. Ces problèmes éthiques vont se poser dans le cas d'une femme enceinte toxicomane exigeant d'être sevrée des drogues pendant sa grossesse, ce qui risque d'entraîner une mort fœtale, ou au moins une souffrance de l'enfant. Le débat médical sur les avantages et inconvénients du sevrage en cours de grossesse n'est de toute façon pas réglé, nous y reviendrons.

Les débats autour des lois de bioéthique en sont un autre exemple. Reconnaître les droits du fœtus ou instaurer une interruption involontaire de grossesse serait remettre en question le droit des femmes à l'avortement. De fait, si la pression sociale contre les femmes enceintes est trop forte, leur seul recours sera éventuellement l'avortement, qui, à l'extrême, peut être considéré au moins par la mère qui culpabilise, comme la meilleure solution pour l'enfant.

Au Canada, des textes permettent également une limitation des droits parentaux, voire un retrait de l'enfant, quand les conditions de son éducation ne sont pas suffisantes.

Pour ce qui concerne la France, nous étudierons dans le détail les textes fondant l'action civile. En matière pénale, la loi de 1970³⁰ prévoit spécifiquement la déchéance de tous les droits civils ou parentaux pour les délits liés aux drogues illicites. La visibilité de telles décisions est faible au point que certains de nos interlocuteurs nous ont affirmé qu'elles n'étaient jamais prononcées. Au moins un

²⁹ - La question se pose bien évidemment en France mais n'est pas médiatisée et ne fait pas l'objet de publications. Ainsi, selon un médecin interrogé dans le cadre de ce travail, si la femme refuse un test HIV lors de sa grossesse, cet examen sera pratiqué à son insu sur le nouveau-né dans le cadre des prélèvements « de routine ».

³⁰ Loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses.

dossier comportant une telle mesure à l'encontre d'une femme est apparu dans l'une de nos recherches précédentes, nous y reviendrons.

E- Le placement et les droits de l'enfant

Historiquement, le placement des enfants concernait essentiellement les enfants abandonnés. Ce sera le cas jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle. A ce moment, le regard change sur les familles qui sont perçues comme pouvant être pathogènes pour les enfants, la cellule familiale est source de danger pour l'enfant et au nom de la protection des enfants, la puissance publique est fondée à intervenir au sein des familles (Rollet Catherine, 2001).

Après la seconde guerre mondiale, le nombre d'enfants abandonnés diminue au point que cette préoccupation soit oubliée. La loi va y substituer l'accouchement sous X et le libre consentement à l'adoption qui vont faire disparaître les abandons du paysage français. Le délit d'exposition d'enfant ou abandon dans un lieu solitaire cesse ainsi d'être utilisé dans les juridictions françaises. Moins d'une demi-douzaine de cas sont rapportés par la presse chaque année³¹, bien qu'ils soient sans doute plus nombreux³². Les abandons d'enfants existent néanmoins dans le cadre hospitalier, outre la procédure d'accouchement secret (sous X), comme nous allons le développer dans cette recherche, mais il n'y a pas de délit puisque l'enfant y est en sécurité.

D'autres pays proches, ne disposant pas d'une législation aussi favorable à l'abandon par la mère, ont réintroduit des structures ressemblant aux « tours³³ » anciens mais en adoptant un vocabulaire plus acceptable pour notre époque puisqu'elles ont été baptisées les « nids »³⁴.

Face à une problématique familiale, entraînant sinon des risques de maltraitance, du moins des carences éducatives, la première solution historiquement retenue a été la séparation, le retrait de l'enfant de sa famille et son placement dans un établissement, hospice puis internat (Durning Pierre, 2000). Cette séparation visait essentiellement les familles populaires que les institutions charitables entendaient réformer, entre autres par le patronage. La résistance de ces familles entraînera des solutions plus radicales, visant à séparer l'enfant de son milieu d'origine : « *Cette découverte de la résistance des classes laborieuses, le refus du contrôle social qu'elles manifestent, engendrent un changement d'attitude des élites : plutôt que de chercher à réformer la famille ouvrière (c'est elle qui est principalement visée), elles arracheront les enfants à l'ambiance délétère de ces foyers corrompus* » (Yvrel Jean-Jacques, 2001).

Le concept développé ensuite est celui de suppléance familiale. Ce terme garde son ancienne racine, puisqu'il y est question de remplacer ou de se substituer à la

³¹ Le dernier en date, concernait un enfant abandonné dans une église du 16^{ème} arrondissement de Paris en janvier 2004.

³² Un travail portant sur les enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance de Paris dénombre ainsi environ 2 enfants trouvés par an, dans la seule capitale, dans la décennie 1990.

³³ - Le tour était destiné à recevoir les enfants abandonnées, il était souvent placé sur les murs des églises ou des hôpitaux afin de permettre le dépôt anonyme de l'enfant.

³⁴ « L'Autriche ouvre des « nids » pour les bébés abandonnés », La Croix, 14 février 2001.

famille biologique (Larousse). Malgré l'évolution, l'idée dans les pratiques françaises reste de remplacer les mauvais parents par la (bonne) institution. Au contraire, le terme employé en Belgique de guidance familiale, émergé dans les années 1950, laisse supposer une aide mais non un remplacement.

L'évolution de ces termes est intéressante, comme le montre Dominique Fablet : « Le terme suppléance a été préféré à substitution, largement utilisé dans la littérature professionnelle avant les années quatre-vingt, pour plusieurs raisons. En ayant recours au mot substitution, il y a l'idée du remplacement du même par le même, alors que lorsque l'on supplée, c'est bien qu'il y a manque, mais ce qui vient à la place de ce manque n'est pas exactement du même ordre que lui, et ce qui vient remplacer ce qui manque se présente comme supplément. Secondairement, alors que la substitution s'opère généralement pour pallier une absence, la suppléance peut s'exercer sans qu'il y ait forcément absence. Aussi le terme de substitution a-t-il été réservé pour qualifier les situations d'adoption. Mais ce changement de terminologie indique aussi que, pendant longtemps, le placement des enfants a fonctionné sur le registre de la substitution » (Fablet Dominique, 2002).

Le coût, économique, mais surtout humain (maltraitance institutionnelle, reproduction trans-générationnelle), de cette politique a également entraîné sa remise en question dans les années 1970, d'autant plus qu'au niveau international, l'émergence des droits de l'enfant allait dans le même sens. Les débats sur le placement en font une question politique. De nombreux rapports ont été publiés sur le placement et ses conditions à partir des années 1970 qui seront évoqués dans le corps du texte (Bianco-Lamy en 1979, IGAS 1995).

Pour la période récente, une mission d'évaluation a été confiée à l'Inspection générale des Affaires Sanitaires qui a rendu un rapport en juin 2000 : « *Accueils provisoires et placements d'enfants et adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille* » (Naves Pierre et Cathala Bruno, 2000). Une ligne directrice de cette mission était de répondre aux accusations de l'Association ATD Quart Monde³⁵ au nom des familles d'enfants placés, selon lesquelles la pauvreté serait à l'origine du placement des enfants des familles les plus démunies.

Ce rapport commence sur le constat suivant « Parmi les 300 000 enfants et adolescents concernés par des mesures de protection de l'enfance, environ 150 000 sont séparés de leurs parents ». Autrement dit, aujourd'hui encore, malgré l'évolution des textes, la mesure la plus souvent prise en matière de protection des enfants est la séparation d'avec la famille biologique. Ce rapport relève également des difficultés d'évaluation du nombre des enfants.

La mission constate également que les droits des familles restent généralement ignorés par les services judiciaires et administratifs, ce qui va dans le sens de la condamnation de la France, comme d'autres pays comme l'Angleterre, par la Cour européenne sur le non respect des droits de la défense. Par la suite, le rapport Deschamps (2001), commandé par le ministère de la justice pour réfléchir à l'introduction du contradictoire dans la procédure d'assistance éducative, propose la modification de plusieurs dispositions du code de procédure civile (Deschamps

³⁵ - Comme le note la mission, contrairement aux familles d'enfants handicapés, les familles d'enfants placés n'ont pas été représentées par des associations de défense jusqu'aux années 2000.

Jean-Pierre, 2001). Une grande partie de ces propositions sera reprise dans le décret de 2002 sur lequel nous allons revenir.

Enfin un rapport du groupe de travail « Protection de l'enfance et de l'adolescence », présidé par Pierre Naves et intitulé « POUR et AVEC les enfants et les adolescents, leurs parents et les professionnels. Contribution à l'amélioration du système français de protection de l'enfance et de l'adolescence », en 2003 fera le point après les réformes de 2002 (Naves Pierre et al., 2003).

Pour ces mêmes années, le rapport du Défenseur des Enfants examinera les dysfonctionnements de l'Aide sociale à l'enfance, en réponse aux plaintes reçues, mais surtout dans un souci d'améliorer le système français de protection de l'enfance (Défenseur des Enfants, 2004).

Ces rapports sur la situation en France montraient tous la résistance de l'institution au changement, malgré l'évolution très marquée des textes internationaux, en particulier en ce qui concerne les droits de l'enfant. Leur influence a néanmoins été certaine puisque si, en 1975, on comptait 235 000 enfants placés, leur diminution a été constante et le chiffre s'est stabilisé dans les années récentes autour de 135 000 (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 2003).

L'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme énonce le principe selon lequel « *Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale* ». La Cour européenne a ainsi reconnu que « *Pour un parent et son enfant, être ensemble représente un élément fondamental de la vie familiale* » et que si un lien familial existe, « *L'Etat doit agir de façon à permettre à ce lien de se développer* » (ATD QUART MONDE, 2002). La convention, dans le même article alinéa 2, évoque les exceptions au principe précédent qui doivent rencontrer trois conditions : « *Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure nécessaire dans une société démocratique pour rencontrer un ensemble de buts* ».

La France dispose d'une loi prévoyant une ingérence dans la vie familiale, que nous évoquerons un peu plus loin. La première condition est donc facilement remplie. Pour ce qui est de la seconde, beaucoup plus confuse, Françoise Tulkens interroge la question épineuse du bien-être de l'enfant « *L'intérêt de l'enfant bien sûr doit passer avant toute autre considération, mais l'intérêt de l'enfant présente un double aspect. Il est certain que garantir à un enfant une évolution, dans un environnement sain, relève de son intérêt. Et donc la Cour l'a souvent dit, l'article 8 ne peut autoriser un parent à prendre des mesures qui sont préjudiciables à la santé ou au développement de l'enfant. Mais d'un autre côté, il est tout aussi clair que l'intérêt de l'enfant est que le lien entre lui et sa famille soit maintenu, sauf dans des cas extrêmes. Briser un tel lien revient à couper l'enfant de ses racines et peut être considéré comme une forme de maltraitance sociale* » (ATD QUART MONDE, 2002). Enfin, la troisième condition est que cette mesure soit nécessaire et donc que les motifs invoqués soient sérieux, décisifs, pertinents et établissent un besoin social impérieux (ibid, p. 99).

D'autres aspects intéressants de la limitation par la Cour européenne des droits des Etats à séparer les parents des enfants retiendront notre attention dans les

développements concernant notre travail empirique, nous ne les évoquons donc pas maintenant.

Quant à la question spécifique du placement des enfants de mère toxicomane, elle n'est que très peu abordée en soi dans la littérature française médicale ou spécialisée, sinon dans des études épidémiologiques concernant les grossesses en particulier des femmes héroïnomanes, comme une conséquence sociale de la consommation.

F- La toxicomanie comme cause de placement des enfants

Au Canada, un certain nombre de rapports concernant l'usage des « intoxicants »³⁶ pendant la grossesse explore cette question de façon très approfondie, à la fois du point de vue des femmes enceintes et de manière plus générale sur la question de la parentalité des toxicomanes. De nombreux résultats de ces recherches seront utilisés dans les développements qui vont suivre, il paraissait donc inutile de les résumer une première fois ici.

De même, la question des jeunes femmes en errance, qui retiendra notre attention dans la troisième partie, est plus largement analysée dans la littérature américaine ou canadienne, mais quasiment ignorée dans les études françaises. Cette question de l'absence de domicile amène souvent à se poser la question de l'usage de produits quand des enfants sont en cause : « *Bon nombre des jeunes femmes sans abri ont des enfants en bas âge. Si elles souffrent de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, on leur enlève leur bébé* » (Condition féminine Canada, 2003).

Si la plupart des études sur les femmes toxicomanes dénombrent celles qui ont des enfants placés, l'inverse n'est pas vrai et il est très difficile, partant des données sur les placements, d'identifier la toxicomanie comme cause de cette mesure.

Une étude randomisée à l'hôpital de Baltimore a comparé les mères qui ont perdu la garde de leurs enfants après 18 mois à celles qui l'ont gardée. Les variables les plus discriminantes sont l'âge de la mère, un test à l'héroïne positif, plus de deux enfants et un autre enfant déjà placé pour expliquer la perte de la garde des enfants (Nair Prasanna *et al.*, 1997). Cette même étude montre qu'il y a une forte tolérance de l'alcool puisque les mères ayant reconnu boire de deux à six fois par semaine gardent leur enfant.

En France, l'Observatoire de l'enfance en danger mène une enquête auprès des départements sur les signalements d'enfants maltraités ou en risque. Le risque principal indiqué pour les enfants en risque est éducatif (problèmes de scolarisation et de façon plus générale de socialisation) pour un peu plus de la moitié des situations, santé psychologique pour un sur six, sécurité pour un sur six également. Les facteurs de danger sont dénombrés pour l'ensemble des enfants, maltraités ou en risque et sont distingués entre des problématiques familiales et des problématiques d'environnement (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 2003), nous allons y revenir en fin de

³⁶ - Equivalent canadien de substances psychoactives.

partie. Les problèmes de dépendance des parents occupent ainsi la quatrième place en 2002, de même que dans l'enquête de 2000 et concernent 12 % des signalements d'enfants en danger. Pour la moitié des 10 000 signalements comportant ce facteur de risque, il est cité comme facteur principal.

Le rapport Naves-Cathala publie des données obtenues par la mission sur la situation dans quatre départements. Les causes de l'accueil provisoire de 114 enfants sont examinées. Voici les motifs qui sont invoqués, par ordre décroissant : en premier rang, les carences éducatives (sans autre précision), ensuite les difficultés psychologiques des parents, puis un conflit familial, au quatrième rang, l'alcoolisme et la toxicomanie regroupés. La maltraitance ne vient qu'au 5^{ème} rang (Naves Pierre et Cathala Bruno, 2000).

Dans les analyses des dossiers d'Aide éducative en milieu ouvert (cf. infra), l'alcoolisme est un facteur omniprésent, puisque 40 % des pères sont décrits comme alcooliques et presque autant de mères. La toxicomanie quant à elle n'est que très peu souvent rapportée puisqu'elle ne concernerait ici que 3 % des mères (Durning Paul et Chrétien Jacques, 2001). Cette proportion tout à la fois correspond à la faible prévalence de l'usage de drogues « dures » dans la population générale mais également à l'interprétation que font les travailleurs sociaux des problématiques familiales. Mais n'est-ce pas déjà l'indice que la toxicomanie n'est pas associée à une mesure maintenant l'enfant dans son milieu familial, mais plutôt à un placement des enfants ?

De manière générale, en France on retient comme cause du placement les « *carences éducatives* », ce qui renvoie au texte de la loi alors qu'a priori la maltraitance devrait être la première raison d'une décision qui apparaît comme la plus sévère et celle qui devrait être évitée. Nous reviendrons sur cette impossibilité à évoquer des motifs précis lors d'un placement, alors même que les textes enjoignent au juge de motiver sa décision, comme nous allons le voir maintenant.

2) Définitions et méthodologie

Les principaux acteurs ont été identifiés dans la première partie, susceptibles de mettre en œuvre des mesures d'assistance éducative, dont le placement de l'enfant, suite à un signalement de la mère ou de la famille à des services habilités. Or, ce terme même de signalement, s'il est d'usage courant dans le jargon ou les pratiques professionnels, nécessite tout d'abord quelques précisions.

A- Définitions préalables

a) *Qu'est-ce qu'un signalement ?*

Une première difficulté consiste à définir ce que recouvre exactement la notion de signalement, celle de placement étant beaucoup plus circonscrite, mais néanmoins à préciser. Dans le dictionnaire Larousse, le terme de signalement ne recouvre que le fait de faire la description des caractères physiques d'une personne que l'on veut identifier, donc faire un signalement, au sens policier du terme, par exemple. S'il s'agit d'un substantif qui s'appuierait sur le verbe signaler, dans le sens de « attirer l'attention sur », ce qui est sans doute le sens recherché ici, ce mot n'existe pas dans le dictionnaire. On se trouve alors face à un néologisme créé par une catégorie professionnelle.

Or, dans tous les ouvrages se rapportant à l'action sociale, il est d'usage courant de parler de signalement de telle ou telle famille aux services sociaux. Ainsi l'ODAS, Observatoire national de l'action sociale décentralisée, chargé de collecter les données statistiques sur la protection de l'enfance utilise ce terme de façon habituelle « Evolution des signalements d'enfants en danger », par exemple (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 2002). Ce que recouvre alors cette notion mérite une recherche un peu plus approfondie.

Cette difficulté n'a pas échappé à l'ODAS, qui la relève et propose la définition suivante du signalement : « Document écrit établi après évaluation pluridisciplinaire et si possible pluri-institutionnelle d'une information. Ce document fait état de la situation de l'enfant et de la famille, des mesures préconisées, de type administratif ou judiciaire et de tous les éléments permettant l'entrée dans le dispositif d'observation. Ce signalement peut être adressé : soit à l'ASE, qui prendra les mesures administratives ou qui transmettra si nécessaire au parquet, soit directement au Procureur de la République par des partenaires ayant procédé eux-mêmes à une évaluation (hôpitaux, écoles, police, gendarmerie) » (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 1999).

Dans cette définition, il existe ainsi deux types de signalements, administratif ou judiciaire. Cette seconde catégorie n'est pas tout à fait satisfaisante. En effet, le procureur de la République n'est pas habilité à recevoir des « signalements » mais au regard du code de procédure pénale (art.40) : « *Le procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner* ». Dans ces

conditions, ce signalement est soit une plainte (quand la personne est victime de quelque chose) soit une dénonciation (on rapporte un fait à la justice). Le fait que dans nul document de l'Aide sociale à l'enfance il ne soit jamais fait utilisation du terme exact, c'est-à-dire plainte ou de dénonciation, est peut être déjà révélateur d'une difficulté à se situer dans ce processus judiciaire, le terme de signalement, sans définition réelle semblant acquérir une sorte de neutralité plus propice au travail social.

Dans la définition proposée par l'ODAS, on comprend bien que seuls des professionnels, qui, de préférence, se sont concertés, peuvent être à l'origine d'un signalement puisque celui-ci doit être au minimum écrit. Or, dès la page 16 de ce même document les choses se compliquent singulièrement. Dans un paragraphe intitulé « *la diversité des sources d'information* », il est en fait question de la diversité des informateurs qui participent au repérage de l'enfance en danger, où à côté des professionnels se retrouve la population « *pour moitié grâce à des informations provenant directement de la population* ». Un premier tableau en récapitule le détail sous le titre « *source de la première information* » où sont distingués à la fois des services sociaux départementaux, l'éducation nationale, les services sociaux de secteur, les voisins, la famille et des personnes anonymes. On retrouve donc à la fois des personnes ayant la capacité pour faire un signalement et d'autres susceptibles de fournir une information (une dénonciation au sens du code).

Ainsi, tous les modes d'accès au circuit sanitaire ou au parquet, téléphone, courrier, entretien, sont comptabilisés par l'ODAS sous le terme « *d'informations* ». S'agissant des professionnels qui établiraient ce contact par écrit, il s'agirait alors d'un signalement. Ainsi parmi les informations qui parviennent à l'Aide sociale à l'enfance, 55 % feront l'objet d'une suite, dont 44 % seront des signalements (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 1999). Parmi ces signalements, deux tiers feront l'objet d'une saisie du parquet, désignée sous le terme de « *transmission à l'autorité judiciaire* ». Les statistiques publiées, sur lesquelles nous reviendrons, portent sur ces seuls « signalements » et non sur l'ensemble des informations reçues par l'Aide sociale à l'enfance. Elles excluent donc également les dénonciations directes au parquet effectuées par un professionnel comme par un particulier.

Cette définition très restrictive du signalement, adressé par écrit et à l'Aide sociale à l'enfance, ne recouvre donc pas l'intégralité de la chaîne de transmission entre les professionnels. De plus, rien ne permet de connaître la qualité de ces signalements : font-ils l'objet ou non d'une évaluation pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle, comme le stipulait l'ODAS en première intention ?

De même, un document édité par le Département de Paris comporte une introduction sur « les enjeux de la qualité du signalement » et indique « *Garantir la qualité et la dimension professionnelle des signalements nécessite de développer et de consolider une culture d'évaluation et d'intervention commune aux acteurs et aux services concourant localement à la protection de l'enfance* » (Département de Paris, 2003).

Ce document, destiné aux services relevant du Conseil général de Paris donne également une définition du signalement très proche de celle retenue par l'ODAS mais en restreint considérablement le champ par un paragraphe en gras stipulant : « *Il paraîtrait donc opportun de réserver le terme signalement pour les informations destinées aux autorités judiciaires. Les termes rapport ou demande d'action préventive conviennent davantage pour les informations destinées à*

l'administration » (Département de Paris, 2003). On le voit, les mises au point successives tendent plutôt à obscurcir qu'à clarifier le vocabulaire. Ici, l'ensemble des informations se répartissent en signalements, rapports et demandes d'action selon leur destinataire.

Le ministère de la Justice, bien que plus tardivement, a également édité un guide méthodologique, utilisant dès le titre cette notion : « *Enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques. Du signalement au procès pénal* ». Néanmoins, dès la première partie, ce terme même de signalement est remis en question, en précisant qu'il ne figure pas dans les textes légaux et par la recherche d'une définition. Le signalement est ainsi distingué tout d'abord de l'information, également utilisée par l'ODAS : « *En effet, informer consiste à porter à la connaissance des équipes de professionnels (assistantes sociales, psychologues, médecins ou infirmières scolaires) par voie orale (entretien, téléphone) ou écrite (courrier, télécopie) la situation d'un enfant potentiellement en danger (inquiétude sur des comportements inhabituels, faits observés, propos entendus ou rapportés) alors que signaler consiste à alerter l'autorité administrative ou judiciaire, après une évaluation (pluridisciplinaire si possible) de l'enfant, en vue d'une intervention institutionnelle* » (Ministère de la Justice, 2003).

Cette description montre deux niveaux imbriqués, qui se réfèrent implicitement à la distinction entre le risque et le danger : l'information est choisie quand il y a une inquiétude et cela quelle que soit la forme choisie, y compris un écrit, tandis que le signalement constitue une alerte, terme beaucoup plus fort et vise une intervention. La notion d'évaluation est attachée uniquement au signalement, l'information pouvant être celle du voisin qui téléphone à l'assistante sociale de secteur ou à la police. De ce fait, le document insiste ensuite sur la nécessité de l'évaluation préalablement à tout signalement, si possible pluridisciplinaire, donc après consultation des autres personnes en contact avec la famille concernée (assistante sociale, médecin, école...). La définition finalement retenue est alors la suivante : « *Le signalement doit donc être entendu comme un « écrit objectif comprenant une évaluation de la situation d'un mineur présumé en risque de danger ou en danger nécessitant une mesure de protection administrative ou judiciaire* » (Ministère de la Justice, 2003).

Tous les professionnels rencontrés dans le cadre de cette recherche ont utilisé de manière habituelle cette expression de signalement sans la questionner, à l'exception d'une jeune assistante sociale, qui après l'avoir utilisée spontanément est revenue dessus pour exprimer une gêne face à l'emploi de ce terme :

Voilà, ce que j'appelle le signalement. Et d'ailleurs quand on parle d'un signalement à l'Aide sociale à l'enfance, on devrait même pas employer le terme signalement mais plutôt, euh, une information à l'Aide sociale à l'enfance. Un signalement à l'origine c'est vraiment le signalement judiciaire quoi, mais c'est vrai qu'après ça a été, au niveau administratif, mais c'est vrai que signalement c'est pas le vrai terme au niveau administratif [.../...]

Justement moi je trouve que c'est utilisé à trop grande échelle et c'est pas, quand on fait un rapport à l'Aide sociale à l'enfance où on demande une AEMO administrative, c'est pas un signalement, c'est communiquer à l'Aide sociale à l'enfance des difficultés dans une famille

Hum

Vous voyez, c'est une communication, mais c'est pas un signalement, un signalement c'est vraiment signaler à une instance judiciaire des faits graves
Assistante sociale polyvalente, entretien n°42.

Une définition beaucoup plus large du signalement a semblé nécessaire dans ce travail, afin de recouvrir l'ensemble des informations écrites transmises par un professionnel dans un système de recours hiérarchique : de l'assistance sociale vers l'Aide sociale à l'enfance, du médecin vers le parquet, de la puéricultrice de PMI vers le médecin chef de PMI, etc. En d'autres termes, toutes les formes d'écrit possibles sont prises en compte : simple lettre, rapport, compte rendu de réunion, etc. La description des modes de prise en charge et des transmissions entre partenaires nécessitait une vision assez large du signalement, afin d'analyser au mieux la diversité des modes d'action sur le terrain.

Notre travail d'enquête porte ainsi sur toutes ces formes de signalement, au sens restrictif défini par l'ODAS, ou au sens large utilisé par les intervenants, avec la seule restriction de concerner des femmes ayant utilisé des drogues illicites, enceintes ou mères de jeunes enfants. Bien qu'à de nombreuses reprises, nos interlocuteurs aient pu essayer d'élargir le propos aux femmes alcooliques ou aux femmes ayant des problèmes psychiatriques, en nous montrant que les différentes problématiques sont quelquefois intimement imbriquées, dans la mesure du possible, le sujet a été centré sur les mères toxicomanes, au sens étroit du terme³⁷.

b) Le placement

Le placement paraît à première vue plus simple à définir, en tous cas, on a l'impression que tous nos interlocuteurs, quel que soit leur domaine professionnel, y font référence de la même façon.

En effet, la définition qui nous intéresse existe cette fois bel et bien dans le dictionnaire : « *Action de confier quelqu'un à la garde de quelqu'un, d'une institution : placement d'un enfant, placement d'office* ». Il s'agit donc d'une expression de langage courant.

Pour le code civil néanmoins, ce terme de placement des enfants a disparu depuis le texte de 1959 et a été remplacé par « confié ». L'enfant est ainsi confié à une famille d'accueil ou à l'Aide sociale à l'enfance. Seul, d'ailleurs, un juge des enfants a rectifié ce terme, à propos des mesures administratives :

Alors, si les parents sont d'accord pour placer, le mot n'est pas tout à fait celui-là, mais pour accueillir l'enfant dans une famille d'accueil, on peut se passer de l'autorité judiciaire...

Juge des enfants, entretien n° 38.

Mais on le voit, son propos est, de ce fait, confus, parce que les parents justement n'accueillent pas l'enfant mais le font accueillir.

Pour nos autres interlocuteurs, là aussi, cette expression allait de soi et ne donnait lieu à aucune hésitation malgré ce décalage historique.

³⁷ - C'est-à-dire consommant des drogues de manière illicite. Depuis son plan de 2002, la mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) a défini le toxicomane comme une personne dépendante à toute substance psychoactive, quel que soit le statut légal de celle-ci (donc aussi bien tabac, alcool, médicaments psychotropes).

B- Méthodologie de l'enquête

Compte tenu de la complexité de la mise en œuvre des signalements des femmes toxicomanes, une enquête locale nous a paru s'imposer, afin de ne pas rester au niveau des généralités mais d'approfondir les mécanismes de repérage et de suivi des populations concernées.

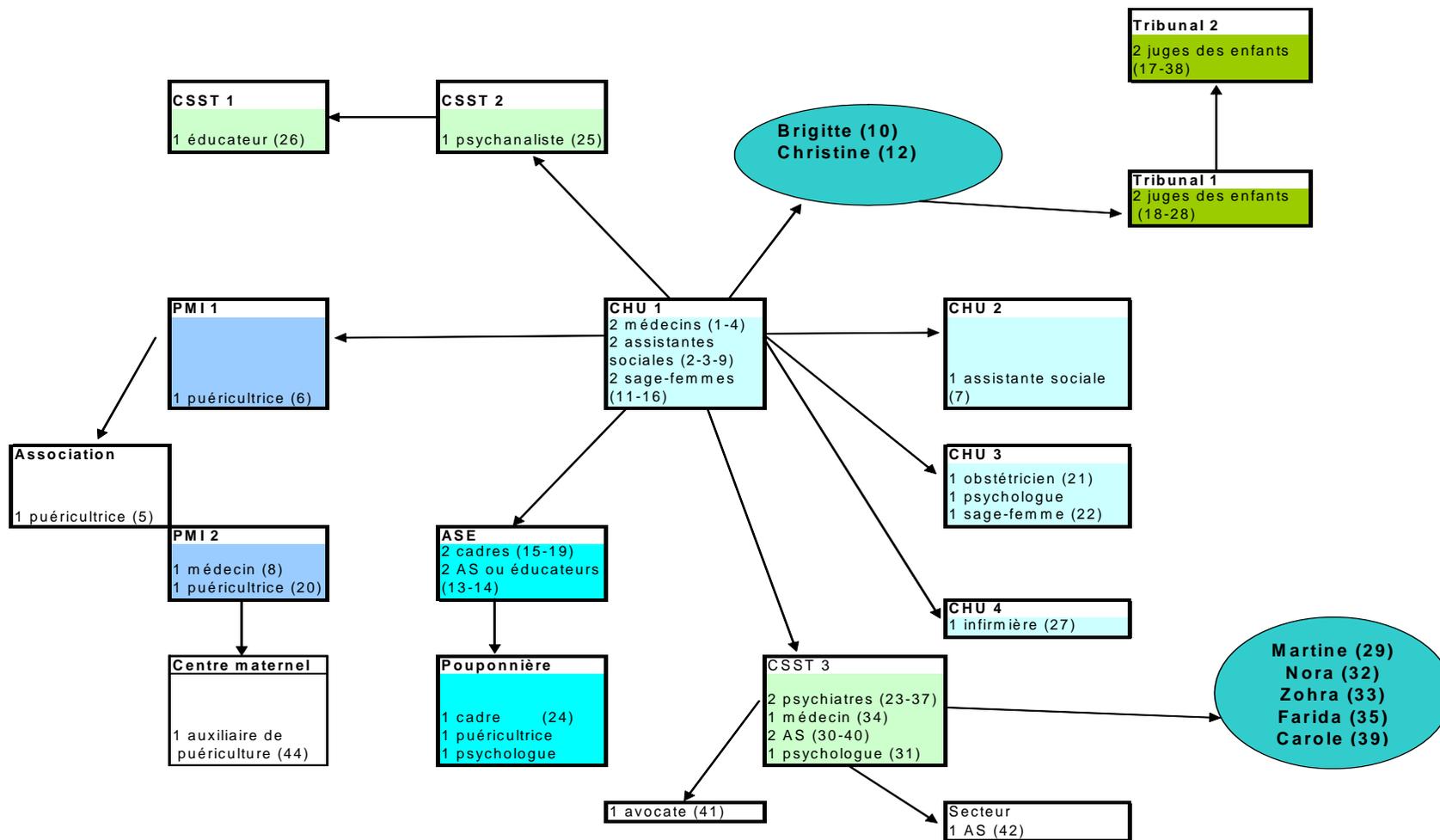
Le terrain choisi est un département de la région parisienne, avec néanmoins quelques incursions sur un ou deux arrondissements de Paris et pour ce qui concerne les foyers sur un département contigu. En effet, toutes les structures impliquées ne sont pas obligatoirement présentes au niveau d'un même département, et quelquefois même quand elles le sont, l'utilisation des ressources d'autres départements, pour diversifier l'offre ou faire face à une demande non satisfaite, amène à observer un décloisonnement, alors même que l'action est réputée départementale.

Compte tenu de la rareté de l'événement à repérer, le signalement de femmes enceintes toxicomanes, et du type de renseignements souhaités, les expériences des acteurs de terrain et leurs représentations de la problématique concernée, les récits de vie, ici entendus comme récits de pratiques professionnelles en situation (Bertaux Daniel, 1997) nous ont paru être la méthode la plus appropriée. Ceux-ci ont été complétés par une observation des pratiques, des notes de terrain et l'examen de dossiers mis à notre disposition par des acteurs du champ social ou judiciaire. De plus, dans la mesure du possible, tous les éléments de données locales publiées ont été collectés, comme des annuaires de services ou des rapports d'activité.

Bien au-delà de la description des structures disponibles, de leur mode de fonctionnement, des acteurs impliqués et de leurs représentations des mères toxicomanes, le but visé était de pouvoir reconstruire des trajectoires susceptibles d'être confrontées à des récits de vie émanant de femmes ayant connu le placement de leur enfant.

Ici, une attention particulière était portée au travail de chacun des professionnels en contact avec la femme à un moment du cours de son existence, afin de lui faire préciser comment il se situait dans une chaîne de prise en charge et quelle influence il supposait à son action sur la trajectoire de cette personne. En effet, les deux conceptions dominantes de la toxicomanie, comme maladie ou comme délinquance, impliquent la construction de trajectoires dans le soin ou dans le monde judiciaire, qui auraient une cohérence globale et que les acteurs pourraient imaginer à quelque moment que se situe leur prise en charge. En réalité, contrairement à la trajectoire dans une maladie (Strauss Anselme, 1992), nous allons voir que les histoires de vie recueillies ici montrent de la part des professionnels une vision à très court terme (le temps de leur action) de la destinée des personnes concernées et une quasi impossibilité à projeter les conséquences de leur action ou des décisions prises à un point quelconque de l'intervention.

Figure 1 : Schéma du recueil des entretiens



(numéro de l'entretien, voir tableau en annexe)

a) Le recueil des données

La méthode choisie a visé à obtenir la meilleure diversification possible des professionnels susceptibles de participer au repérage et au signalement des mères consommant des substances illicites. De ce fait, il ne s'agissait pas de constituer une monographie sur un champ ou un acteur en particulier, la protection de l'enfance, les services de maternité, les centres de soins spécialisés aux toxicomanes, etc. mais de toujours privilégier la pluralité des approches et la diversification des interlocuteurs.

Nos interlocuteurs n'ont pas été choisis à proprement parler. A partir de deux personnes ressources, un professeur de pédiatrie et un médecin de PMI, nous avons réalisé des entretiens exploratoires, leur permettant de situer leurs différents partenaires privilégiés dans le contexte d'une situation de signalement d'une femme toxicomane. Nous avons ensuite contacté la totalité des institutions ou personnes citées. Il en a été de même pour chacun des acteurs rencontrés ensuite, jusqu'à saturation de l'information, c'est-à-dire lorsque aucune nouvelle personne ou institution n'était désignée comme un partenaire ou une ressource (à titre personnel ou comme représentant d'une institution). Ce système de « boule de neige » a ainsi permis de découvrir des acteurs, en particulier associatifs, dont l'implication dans cette problématique n'aurait pu être soupçonnée par la constitution d'un échantillon extérieur. De ce fait, toutes les personnes interrogées connaissent au moins une des personnes interviewées avant elles. Ce réseau est résumé sur le graphique n°1. Le travail de terrain a été mené de mai 2003 à novembre 2004. Les liens entre les personnes qui apparaissent ici (flèches) correspondent à l'ordre dans lequel ont été effectués nos entretiens et non pas au fait que les personnes se connaissent personnellement : tout à la fois, il manquerait des flèches (d'autres personnes ont pu ensuite nous citer un interlocuteur déjà identifié), mais également il y en aurait en trop, car un médecin peut citer l'Aide sociale à l'enfance de manière générale, sans connaître le nom d'une seule personne en particulier. Un tableau en annexe reprend les caractéristiques des personnes rencontrées dans l'ordre chronologique. Les numéros des entretiens sont indiqués sur la figure 6. Un seul entretien avec deux personnes n'a pas été enregistré, un entretien a concerné trois personnes. Une assistante sociale et un médecin ont été enregistrés deux fois.

Les entretiens ont été menés avec des professionnels très divers, juges, médecins, assistantes sociales, psychologues, puéricultrices etc. Le choix s'est donc porté sur des entretiens non directifs sous forme de récits de pratiques plutôt que sur l'élaboration de grilles distinctes selon les catégories de professionnels. Les rencontres débutaient toujours par une première présentation de mes travaux précédents (sur grossesse et substitution) et de l'émergence de mon intérêt pour la question du placement des enfants. Je formulai ensuite la consigne de la manière suivante : « *Je cherche à comprendre les spécificités des signalements des mères toxicomanes et les raisons du placement de leurs enfants. Pouvez-vous m'en parler d'après votre expérience?* ». De ce fait, les professionnels étaient amenés à orienter leurs propos dans deux directions : comment ils concevaient la question des mères toxicomanes et quelle était sa spécificité par rapport à d'autres situations à risque et à « raconter » des cas auxquels ils avaient été confrontés pour illustrer leurs propos. Certains d'ailleurs ont totalement construit leur réponse en sortant d'emblée quelques dossiers et en argumentant à partir d'exemples de prises en charge.

Cette méthode s'est révélée efficace, y compris pour rencontrer quelques mères toxicomanes ayant fait l'objet de mesures de signalement ou de placement de leurs enfants, qui ont accepté de nous rencontrer sur notre sollicitation ou après que la personne nous les ayant citées ait accepté de faire le lien (le plus souvent une assistante sociale).

✧ *Les professionnels*

La plupart du temps, nous nous sommes limités à un ou deux professionnels par organisme cité, quand la personne de référence faisait état d'un lien avec une institution. Par exemple, lorsqu'une assistante sociale nous indiquait avoir des liens privilégiés avec une association d'accueil temporaire des enfants, nous avons en général rencontré le directeur de cette association et éventuellement une puéricultrice ou une assistante sociale qui y travaille et qui est directement en contact avec la « clientèle ». Par contre, pour certaines institutions importantes, comme l'Aide sociale à l'enfance, plusieurs entretiens ont été réalisés avec des cadres et des travailleurs sociaux, afin de diversifier les points de vue. Cette méthode nous a amené à réaliser 35 entretiens avec des professionnels. Certains ont été rencontrés à plusieurs reprises ce qui a quelquefois donné lieu à d'autres entretiens enregistrés (2), d'autres fois à des conversations plus informelles, dont la teneur a été consignée dans un journal de bord. De même, certaines observations ont été possibles dans des lieux recevant du public.

Les professionnels interrogés ont le plus souvent illustré leur propos par des récits de « cas » qu'ils avaient été amenés à traiter ou dont ils avaient eu connaissance. Ils illustraient ainsi leur approche transversale des personnes concernées, par un découpage en séquences de travail ou de suivi, quelquefois courtes comme en maternité où le séjour peut ne durer que trois ou quatre jours, parfois longues sur une dizaine d'années.

✧ *Les femmes*

Pour dépasser cette forme de « saucissonnage » des cas individuels présentés, il nous a semblé indispensable de les confronter à des récits de vie de femmes qui ont vécu ces situations et qui donnent par leur récit biographique une dimension longitudinale à ces différentes séquences. Elles seules ont vécu l'emboîtement de ces séquences et peuvent les resituer dans une vue d'ensemble. Bien souvent, les professionnels nous ont fait part de leur sentiment que ces femmes ne racontaient pas la même histoire aux différents partenaires, ce dont ils avaient l'occasion de se rendre compte justement lors des réunions pluridisciplinaires nécessaires au signalement. D'ailleurs, les toxicomanes en règle générale ont la réputation de « raconter n'importe quoi » ou du moins de n'avoir pas une parole fiable et de changer d'histoire à chaque rencontre, selon leur intérêt. Certaines femmes seraient ainsi susceptibles de construire autant de récits qu'elles rencontrent d'intervenants, quelques unes pour des raisons de santé mentale³⁸.

³⁸ - Martine que j'ai rencontrée à de nombreuses reprises ne me reconnaissait jamais, pensant que j'étais avocate et me racontait immédiatement une histoire très compliquée repartant de son enfance pour conclure sur le fait qu'il fallait que je lui donne un conseil. Les variantes construites au fur et à mesure de nos rencontres étaient impressionnantes mais inutilisables dans le cadre de notre recherche.

De plus, le récit que j'ai pu recueillir est sans doute encore différent tenant à ma position spécifique de chercheur, identifiée comme non soignante à défaut de toujours bien comprendre l'objet de mon travail. Certaines de ces femmes ont manifesté un réel plaisir d'être écoutées par quelqu'un qui n'a pas un but social comme l'assistante sociale ou thérapeutique comme un médecin. Une était plus réservée, ayant accepté l'entretien pour faire plaisir au personnel et gardant une distance beaucoup plus importante.

S'agissant de femmes toxicomanes ou qui avaient été désignées comme telles³⁹ au moment de la mesure visant leurs enfants, il nous semblait préférable de les approcher par l'intermédiaire des maternités plutôt que par celui des centres de soins spécialisés, compte tenu du biais que le recrutement de ces centres induit, bien que comme l'a montré Robert Castel (1994), les toxicomanes rencontrés hors institution à un moment donné de leur trajectoire ont dans l'immense majorité connu ces mêmes institutions (sanitaires ou judiciaires) à un autre moment de leur parcours. Malheureusement, il est très rare que les assistantes sociales des maternités gardent le contact avec les femmes après leur sortie et seules deux femmes ont pu être rencontrées de cette façon. Toutes deux ont immédiatement accepté de participer à ce travail car elles avaient noué des relations très étroites avec l'assistante sociale et avaient pleinement confiance en elle. L'une d'entre elles m'a reçue à son domicile, ce qui à la fois la sécurisait et lui semblait plus pratique car elle avait un nourrisson. Pour la seconde, l'entretien s'est déroulé dans le cadre d'une hospitalisation de jour ; en effet, elle avait à passer de très longues heures à l'hôpital pour ses soins et ses consultations regroupés sur une journée et l'entretien a été réalisé dans sa chambre.

Un premier centre de soins a été contacté pour servir d'intermédiaire auprès de quatre femmes qui ont accepté des entretiens, mais n'ont pu malheureusement être finalement rencontrées. La première qui avait accepté le principe d'un rendez-vous à son domicile était absente. De nombreux contacts téléphoniques ultérieurs de relance n'ont pas permis de joindre les autres.

Finalement, les femmes ont été essentiellement rencontrées par l'intermédiaire d'un autre centre de soins spécialisés. Après plusieurs rencontres avec les médecins et une réunion avec l'équipe, le protocole suivant a été défini. Pendant une certaine durée, je serai présente une demi-journée ou une journée régulière, afin que les thérapeutes donnent des rendez-vous à des femmes concernées par cette problématique du placement ou des mesures en milieu ouvert et leur présentent la possibilité d'un entretien avec moi. En cas d'accord de la femme, je serai ainsi immédiatement disponible. L'idée était de minimiser le risque de multiples déplacements en vain. Je devais par ailleurs également interroger les membres de l'équipe. En pratique, je me suis rendue toutes les semaines le même jour dans ce centre de soins pendant quatre mois, ce qui a permis que les femmes présentes de manière régulière ce jour-là m'identifient (c'est souvent leur principal lieu de sociabilité, elles sont très curieuses et s'informent immédiatement de toute nouvelle présence « *et toi tu es qui?* ») et prennent l'habitude de me parler.

Au total, mes notes de terrain dans ce centre me permettent de disposer de 14 récits biographiques de femmes, organisés à partir d'éléments recueillis au fil des rencontres (de 2 à 6), complétés par 5 enregistrements, soit une vingtaine de femmes rencontrées. La retranscription des notes de terrain de façon ordonnée dans un

³⁹ Désignées par l'un des acteurs institutionnels, car souvent ces femmes réfutent cet étiquetage, ce qui sera développé ultérieurement.

tableau informatisé m'a permis de regrouper facilement tous les éléments se rapportant à une même personne. Dans la mesure du possible, pour chacune des femmes concernées, l'avis d'au moins un des intervenants ayant eu à la prendre en charge a été recueilli, afin de croiser les récits. Une relecture attentive du mémoire de DEA de Sandrine Aubisson (2002b) que j'ai codirigé m'a permis de déceler (sur des anecdotes ou des descriptions détaillées) que je connaissais deux des femmes qu'elle avait interviewées en 2001. J'ai rencontré à de multiples reprises Sandra dans la salle d'attente, mais son mode de passage au CSST, dans l'urgence, n'a pas permis de mener à bien un entretien enregistré. Pour Zohra, au contraire, non seulement je l'ai rencontrée plusieurs fois mais j'ai également pu l'interviewer longuement. Sandrine Aubisson ayant accepté de me confier ses retranscriptions, je dispose de deux enregistrements de Zohra, fin 2001 et en avril 2004 et d'un de Sandra début 2002.

Tous les entretiens ont été entièrement retranscrits par nos soins⁴⁰, y compris afin de pouvoir y revenir au fil des mois et de l'avancement de la rédaction. Les extraits qui sont utilisés dans le corps du texte sont restitués tels quels, dans leur forme orale originelle, non édulcorée, non pour souligner les défauts de langage de nos interlocuteurs, mais pour tenter de rendre compte de la façon dont ils se sont exprimés et de l'ambiance de notre dialogue. Une difficulté surgit néanmoins lorsqu'il s'agit de préserver l'anonymat de nos interlocuteurs, compte tenu du contexte et de situations rares. Le changement des prénoms des femmes concernées était un préalable.

✧ *Les dossiers*

Huit dossiers judiciaires en cours ont pu être examinés. Des notes ont été prises sur le déroulement chronologique des événements et des mesures. Certains extraits de lettres, de rapports ont été dictés sur magnétophone afin de disposer des propos exacts des personnes sans recourir à la photocopie (délicate à demander sur des dossiers en cours). L'un des dossiers était très mince et ne s'étalait que sur quelques mois. Les autres permettaient un suivi de la situation sur des durées variant de trois à dix ans⁴¹. Les dossiers examinés ne sont pas terminés (troncature à droite). Le juge nous a fait un commentaire de chacune des situations, sur la façon dont il les a interprétées et traitées. J'ai pu ensuite l'interroger sur des points de détail ou la raison de telle ou telle mesure.

D'autres dossiers ont également été examinés ou décrits par nos interlocuteurs, mais généralement en très petit nombre, lors d'une visite à un professionnel, comme un médecin de PMI qui nous a lu trois dossiers et nous a donné la photocopie d'un quatrième, une assistante sociale qui nous a lu le contenu de deux de ses dossiers.

L'analyse de tous les éléments recueillis, entretiens, notes de terrain, extraits de dossiers a été menée de manière thématique, en cherchant à croiser les points de vue ou les exemples sur chaque thème abordé, sans séparer les lieux, les professionnels ou les histoires. L'approche est de ce fait davantage centrée sur les relations entre les acteurs que sur des approfondissements monographiques autour des institutions.

⁴⁰ - Un tableau en annexe présente les entretiens dans leur ordre chronologique, avec les principales caractéristiques des personnes interrogées, le lieu de l'enregistrement et la durée de celui-ci, le plus souvent inférieure à la durée totale de l'entrevue.

⁴¹ 1 sur 3 ans, 1 sur 5 ans, 1 sur 6 ans, 2 sur 7 ans, 1 sur 8 ans et 1 sur 10 ans.

PARTIE II : LES REPRESENTATIONS DES ACTEURS

1) Femmes, toxicomanie et maternité

La prévalence de l'usage de drogues est moindre dans tous les pays et pour toutes les périodes chez les femmes que chez les hommes. Leur présence est néanmoins bien avérée puisqu'elles représentent un tiers des patients accueillis dans les centres de soins spécialisés.

L'interdit de l'usage de stupéfiants concerne évidemment autant les femmes que les hommes, mais la visibilité des premières est bien inférieure dans le système judiciaire. Ainsi, seulement 8 % des interpellations d'usagers de stupéfiants concernent des femmes chaque année en France⁴² et elles ne sont que moins de 10 % dans les condamnations pour usage illicite de stupéfiants. Autrement dit, alors que la consommation des plus jeunes filles tend à s'aligner sur celles des garçons⁴³, leur repérage par les institutions est largement moindre que pour le sexe masculin.

De fait, la variable relative au sexe est souvent « oubliée » dans les descriptions de populations confrontées à des problèmes relatifs aux toxicomanies. Ainsi, les travaux sur les traitements de substitution ignorent quelquefois cette variable. Cet oubli, qui s'apparente plutôt sans doute à une forme de déni, d'une partie, malgré tout bien visible, de la population toxicomane, peut être rapproché des écrits sur l'alcoolique. LE toxicomane comme L'alcoolique sont par définition des hommes, ce comportement n'est pas sexué. On peut y voir, comme pour les alcooliques, « *Une constante de la description sexuée des faits sociaux : le général est masculin, le particulier ou le différent est féminin* » (Clément Serge et Membrado Monique, 2001).

La toxicomanie au féminin a peu retenu l'attention des chercheurs, encore moins du grand public, sans doute jusqu'à la parution au début des années quatre-vingt du roman « *Moi, Christiane F., 13 ans, droguée, prostituée* »⁴⁴. La littérature médicale nous a également montré que les femmes ont été peu ou mal prises en charge jusqu'à la même période, où le sida et sa transmission materno-fœtale va entraîner un remaniement des pratiques. Ce relatif « oubli » des femmes serait, selon une équipe ayant mené une recherche au niveau européen, simplement lié à la difficulté de réunir des échantillons de taille raisonnable, permettant des calculs d'incidence tant soit peu représentatifs. De fait, le profil moyen des toxicomanes qui est rapporté n'est en fait qu'un standard qui ignore les différences de genre (Stocco Paolo et al., 2002).

⁴² - Elles étaient trois fois plus nombreuses dans les interpellations dans les années 1970. Leur part a diminué de façon très régulière. Voir (Simmat-Durand Laurence, 2004a).

⁴³ - Dans l'enquête ESCAPAD de 2002, 46 % des filles contre 55 % des garçons ont expérimenté le cannabis à 18 ans. Par contre, les garçons sont deux fois plus nombreux à avoir une consommation répétée et trois fois plus nombreux à déclarer un usage régulier ou quotidien. Voir : (Beck François et Legleye Stéphane, 2004)

⁴⁴ Kai Hermann et Horst Rieck, « *Moi, Christiane F., 13 ans, droguée, prostituée...* », Mercure de France, 1981 pour la traduction française.

Lors de la première conférence organisée par le Groupe Pompidou sur « *Grossesse et usage de drogue* », il est ainsi relevé que la reconnaissance internationale de la parentalité chez les usagers de drogue remonte à seulement 1994, au cours d'une conférence organisée à Bruxelles, suivie par une deuxième conférence à Cannes en 1995 (Groupe Pompidou, 1997).

Actuellement, la santé gynécologique des femmes toxicomanes n'est quasiment toujours pas prise en compte. Les centres de soins spécialisés proposent souvent des soins somatiques ou dentaires et une prise en charge psycho-sociale, mais pas de consultation de gynécologie ni de planning familial. La difficulté pour les médecins prescrivant des traitements de substitution à prendre en compte la vie sexuelle de leurs patientes a par exemple été relevée au cours de notre étude sur « grossesse et substitution » (Lejeune Claude *et al.*, 2003).

De même, la majorité des études qui abordent la question de la toxicomanie au féminin se polarise sur la famille, surtout sur le devenir des enfants et les conséquences sur le fœtus, en ne percevant ces femmes que dans leur fonction reproductrice (Blumenthal Susan J., 1998).

A- Toxicomanie et grossesse

Les orientations les plus récentes en matière de lutte contre la toxicomanie ont amené les pouvoirs publics, par l'intermédiaire de la MILDT⁴⁵, à donner une nouvelle définition des différentes catégories d'usages de stupéfiants, en fonction des dommages, pénaux ou sanitaires, que chacun d'entre eux est susceptible de produire. Ce n'est donc pas tant l'usage qui constituera un danger pour la santé publique que le mésusage ou l'usage problématique.

La nouvelle nomenclature⁴⁶ amène ainsi à considérer trois catégories d'usages : les usages récréatifs ou occasionnels, les usages nocifs (abus) et la dépendance (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2002a). Tous les produits susceptibles de « *modifier l'état de conscience et le contrôle de soi des individus* » (Pinell Patrice, 2001) sont alors concernés, alcool, tabac, stupéfiants, médicaments psychotropes, quel que soit leur statut légal.

Dès lors, ce n'est pas tant le produit qui fait le toxicomane, comme antérieurement les seuls stupéfiants ou l'alcool, mais le contexte de son usage. En ce sens, la toxicomanie n'est pas qu'une question de produit, mais une question de régulations et de rapports aux régulations (Castel Robert et Coppel Anne, 2001). Ces auteurs insistent d'ailleurs sur cet aspect : « *On ne souligne pas assez ce fait : le toxicomane n'est pas un « simple » consommateur de drogues. C'est un consommateur qui ne gère pas ou ne gère plus sa consommation* » (ibid, p. 241). Il est aujourd'hui reconnu que même des usages de drogues dures puissent être convenablement gérés et que de tels consommateurs puissent être intégrés dans la vie active et développer des stratégies pour combiner vie professionnelle et usages de drogues (Fontaine Astrid, 2002).

⁴⁵ - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, chargée de la préparation des plans de lutte contre la toxicomanie du gouvernement. A ce propos, Simmat-Durand, 2001.

⁴⁶ Catégories reconnues au niveau scientifique international, par l'OMS et l'Association américaine de psychiatrie dans le DSM IV.

Ainsi, quel que soit le produit, une injection est toujours plus dangereuse d'un point de vue sanitaire qu'une inhalation (sniff). De ce fait, des contextes extérieurs à la consommation de la drogue peuvent justifier une classification dans un usage nocif, celui-ci regroupant des conséquences sanitaires, judiciaires, sociales, etc. C'est le cas des usages dans le cadre de la conduite automobile, mais également lors d'une grossesse (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2002a). Dans cette définition, aucune consommation de drogue⁴⁷ ne sera considérée comme anodine chez une femme enceinte.

S'agissant des produits, les femmes de 25-45 ans sont essentiellement décrites en population générale comme susceptibles de consommer du cannabis (*cf. infra*). L'impact de l'usage de cannabis pendant la grossesse semble avoir jusqu'à présent peu retenu l'attention, d'autant plus qu'il est difficile à isoler de celui du tabac, en particulier en terme de poids de naissance plus faible. Les usages d'héroïne sont très largement en baisse en France depuis les années quatre-vingt-dix comme le rapportent les données sur les interpellations et celles des centres de soins. Ainsi, parmi les usagers interrogés des structures de première ligne sur Paris en 2003 (dispositif TREND), la cocaïne et le crack sont cités plus souvent que l'héroïne (44 % contre 31 %) (Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2004). La prescription de traitements de substitution, surtout dans le cadre des grossesses, a profondément modifié les prises en charge, comme nous le développerons. L'usage de cocaïne n'est que faiblement repéré par les services de maternité, alors que c'est une question prédominante aux Etats-Unis et il est généralement associé à un milieu plus aisé en France, aspect sur lequel nous reviendrons. Pour ce qui concerne le crack, associé lui à des milieux défavorisés, les femmes consommatrices sont aujourd'hui décrites comme plus jeunes, peu d'entre elles arrivent encore dans les maternités. Pour l'ensemble des personnes rencontrées, professionnels comme femmes, les produits dont il est question sont exclusivement l'héroïne, les traitements de substitution, la cocaïne et le crack, outre quelques allusions aux benzodiazépines. De façon implicite, tous les développements qui suivront porteront sur des consommatrices (ou des anciennes consommatrices, sous traitement de substitution ou non) de drogues dites « dures » et donc plus particulièrement d'héroïne.

Ces définitions ont toute leur importance, car, nous allons le voir, ce sera une difficulté récurrente des tentatives de définition par nos interlocuteurs, les différents professionnels n'ayant pas une vision globale de tous les usages possibles. Certains, en particulier les intervenants en toxicomanie, qui sont plus susceptibles de prendre en charge des personnes dépendantes, auront des critères applicables à ce niveau de consommation. Les personnels d'obstétrique et de pédiatrie nous décriront plutôt soit des usages nocifs soit une dépendance et les risques qu'ils y associent.

Les usages récréatifs sont pratiquement invisibles dans ce contexte. Les questionnaires de routine des dossiers d'obstétrique sont peu précis, les professionnels sont peu formés pour aborder ces questions et préfèrent « attendre » qu'éventuellement des questions leur soient posées. Seul le tabac échappe à cette « pudeur », mais souvent le niveau réel de consommation n'est pas approfondi. Ainsi, les dossiers obstétricaux n'ont été modifiés que ces toutes dernières années afin

⁴⁷ - Au sens le plus large qui lui est actuellement donné : « produit psychoactif naturel ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'usage peut être légal ou non ». Cette définition inclut les stupéfiants, les substances psychotropes, l'alcool, le tabac, les colles et solvants, les champignons hallucinogènes et les substances de synthèse (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2002a)

d'aborder la question du tabac, de l'alcool mais peu des drogues illicites et encore moins des médicaments détournés. De tels usages occasionnels ne font donc pas spécialement l'objet d'une information ou d'une réaction de la part des personnels.

Une seule hypothèse pourrait dans ce contexte amener à se poser des questions : si le nouveau-né manifeste des signes de syndrome de manque, ce qui amènerait le pédiatre à interroger la mère de façon plus précise. Si l'usage est très ponctuel, cette hypothèse n'est que théorique, bien que certains bébés puissent réagir à une seule prise, à condition qu'elle soit peu éloignée de la date de l'accouchement.

Les usages nocifs sont assez bien connus des personnels d'obstétrique. Les risques perçus ou supposés par ces professionnels ne sont pas nécessairement très précis et sont souvent amplifiés, d'autant plus que leur formation a généralement été inexistante sur ces questions et que leur expérience en la matière reste limitée, souvent à quelques cas dramatiques. Les professionnels rencontrés, nous le montrerons précisément, sont le plus souvent persuadés que les risques de l'usage de ces substances n'existent que conjugués à des conditions sociales précaires⁴⁸. Ainsi, une alcoolisation pendant la grossesse ne serait véritablement dangereuse que dans les classes sociales les plus défavorisées⁴⁹. De toute façon, les risques ne sont pas comparables entre l'alcool et de la drogue, comme nous l'exprime une puéricultrice :

C'est pas un problème majeur pour l'hôpital de signalement, la toxicomanie,

[Question : Vous diriez que c'est quoi maintenant ?]

Euh, ben les familles très carencées, avec des maltraitances connues, euh, l'alcoolémie est actuellement plus, beaucoup plus en priorité, d'abord plus grave pour l'enfant, donc déjà, alors que la toxicomanie n'atteint quasiment jamais le fœtus, donc déjà forcément ils sont moins, en termes médicaux, ils sont moins inquiets puisque à part le problème de sevrage, qu'ils ont pas tous loin de là, y a pas d'atteinte fœtale, quasiment jamais, à part des mélanges de drogues très particuliers, mais l'héroïne, tout ça, y a pas de problèmes, alors que l'alcool oui il y a atteinte fœtale, donc forcément au niveau médical, les gens, hein !

Puéricultrice PMI, entretien n° 6.

Cette puéricultrice établit ainsi une double hiérarchie, entre les familles « très carencées » sans préciser à quel point de vue, social entre autres, ou déjà maltraitantes et ensuite entre les produits, l'alcool étant celui qui d'un point de vue médical a un réel impact sur le fœtus.

Pour ces professionnels, il s'agit moins du risque encouru par le nouveau-né que du fait que la faible attention que cela démontre de la part de la mère au bien-être de l'enfant va à l'encontre de leur idéaux en matière de maternité. Leur vécu personnel est également heurté, souvent de façon violente, par ces atteintes au nouveau-né et donc ces situations créent un risque émotionnel pour ces intervenants⁵⁰.

La dépendance quant à elle, est essentiellement prise en charge et donc évaluée à son entière mesure par les intervenants en toxicomanie. Ils manifestent une certaine indifférence aux conditions sociales qui pour eux ont moins d'importance que le psychisme et la pathologie de la dépendance. A priori, la plupart de ceux que nous

⁴⁸ - A ce propos le mémoire de maîtrise de Agnès Dumas sur les représentations du syndrome d'alcoolisation fœtale des obstétriciens. (Dumas Agnès, 2003)

⁴⁹ - Ce qui d'ailleurs n'est pas totalement faux, pour ce qui est des atteintes les moins graves. La capacité de résilience du nouveau-né lui permet de « récupérer » une bonne partie de son potentiel intellectuel s'il évolue dans un environnement propice ou est pris en charge de façon précoce, cf. *infra*.

⁵⁰ - Voir une véritable souffrance, que nous évoquerons en quatrième partie.

avons rencontrés estiment que l'usage de drogue n'empêche pas d'être mère et que le risque est ailleurs. Le suivi de la toxicomanie d'une femme est souvent préalable à sa grossesse, ce qui fait que les professionnels de maternité ont un interlocuteur. Du fait de la forte diffusion des traitements de substitution, environ 100 000 personnes sous Subutex ou méthadone, les femmes enceintes sans aucune prise en charge se font rares dans les maternités, bien qu'elles restent la figure emblématique du danger évoquée par les personnels.

Enfin, les juges des enfants réagissent de manières diverses à cette question de l'usage de produits. La mère addictive n'est pas une catégorie juridique définie par les textes et donc ne fait pas l'objet de mesures ou de sanctions particulières. Les textes leur enjoignent avant tout de protéger l'enfant, ce qui ne les amène pas forcément à être « contre » la mère, mais à toujours rechercher le bien de l'enfant. Par contre, leur vécu personnel et leurs représentations influencent également leur travail.

Dans un premier temps, un double clivage apparaît déjà entre les professionnels, selon le niveau de l'usage qu'ils sont susceptibles de prendre en charge ou de repérer et selon le point de vue que leur profession les amène à adopter. Ainsi, les professionnels de pédiatrie, de protection maternelle et infantile ou de l'Aide sociale à l'enfance, comme les juges pour enfants, auront tendance à privilégier la protection de l'enfant, y compris au détriment des droits ou libertés de la mère. À l'inverse, les psychiatres, intervenants en toxicomanie qui accompagneront la mère dans sa démarche vis-à-vis de la substance auront tendance à ne pas voir l'enfant et à considérer les interventions en ce sens comme susceptibles de remettre leur travail avec la mère en question.

Les conclusions de l'étude quantitative menée Catherine Luttenbacher issue de sa thèse en psychologie sociale vont dans le même sens : « *Si les professionnels de la maternité et de la pédiatrie, conjointement, tendent à s'inscrire plutôt dans une représentation défavorable à la maternité chez une femme toxicomane, bien que cela ne soit pas exclusif, les professionnels de la toxicomanie ont une représentation moins négative. Ces derniers ont surtout une attitude intermédiaire, même si les relations affectives de la mère toxicomane avec son enfant sont reconnues très ambivalentes. De plus, le produit est moins diabolisé chez les intervenants en toxicomanie qu'en maternité et en pédiatrie* » (Luttenbacher Catherine, 1998). Ce travail a été achevé en 1997, le terrain d'études a donc presque une dizaine d'années de décalage avec nos observations et d'autre part, la question du placement n'était pas spécifiquement l'objet de l'étude bien qu'elle ait été abordée.

Les descriptions de la mère toxicomane présentes dans la littérature médicale, professionnelle ou dans la presse ont été présentées auparavant. Cette partie n'en présente finalement que les deux extrêmes, tels qu'ils sont ressortis de notre enquête. D'une part, la femme enceinte toxicomane peut être décrite comme peu investie dans sa grossesse, ce qui fera supposer un risque d'abandon de l'enfant ou du moins des formes de négligence. D'autre part, la mère toxicomane pourra également être décrite comme présentant le risque de surinvestir l'enfant, le prenant en quelque sorte comme nouvel objet de dépendance. Ces deux types de discours se superposent assez rarement chez nos interlocuteurs, chaque groupe professionnel ayant tendance à adhérer à une vision plutôt qu'à l'autre, ce que nous allons expliciter maintenant.

Cette dualité du discours présente un risque évident pour la femme toxicomane. Un rapport canadien relève cette incohérence, appliquée au cas des femmes présentant

des troubles psychiatriques : « Cette notion double selon laquelle la maternité peut représenter à la fois un risque pour les enfants et un moyen de réadaptation pour la femme place souvent les femmes atteintes de maladie mentale dans une double impasse. Si une femme paraît distante devant ses enfants, on la considérera comme nuisible. Par contre, si elle passe beaucoup de temps avec eux, elle pourra être perçue comme trop engagée » (Condition féminine Canada, 2002). Cette double impasse est bien perceptible dans notre travail à propos des femmes consommant des substances psychoactives. Les arguments extrêmes de cette dualité vont maintenant être examinés dans le contexte de notre recherche.

a) Une grossesse pas assez investie

Pour les professionnels des maternités et de la PMI, le sentiment qui prédomine est que la femme toxicomane se caractérise en quelque sorte par son désintérêt vis-à-vis de sa maternité et par son incapacité à se projeter comme future mère. De plus, dans une période moderne de maîtrise de la procréation, une femme qui n'a pas de pratique contraceptive, ou qui a des grossesses non désirées, paraît totalement anachronique, voire de mauvaise volonté sur ces questions et suscite une réprobation.

A contrario, pour les équipes qui ont suivi des femmes toxicomanes, le désintérêt des personnels de maternité pour la question de la toxicomanie chez la femme enceinte était tout aussi flagrant. Dans un cas clinique exposé par le Docteur Mino, sur sa pratique genevoise, voici le récit qu'elle fait de l'expérience de sa patiente « *Personne, à son souvenir, n'a discuté avec elle de la façon dont se déroulerait la naissance de son enfant ou des problèmes que pourrait poser le fait qu'elle avait continué à consommer des drogues pendant toute sa grossesse. L'accouchement s'est mal passé, son séjour à l'hôpital encore plus mal : elle était toxicomane, mère d'un « bâtard », et les infirmières le lui ont fait sentir* » (Mino Annie et Arsever Sylvie, 1996).

Ainsi, les grossesses non suivies ou mal suivies étaient, semble-t-il, quasiment la règle parmi les femmes héroïnomanes. De larges progrès ont été réalisés avec des modifications de la prise en charge et la mise sous substitution. Alors que l'enquête effectuée à l'hôpital Louis Mourier de Colombes en 1996 faisait état de 54 % des grossesses de toxicomanes mal suivies (Lejeune Claude *et al.*, 1997), ce pourcentage parmi les femmes sous traitement de substitution dans une enquête plus récente était de 40 % (Lejeune Claude *et al.*, 2003). Ce qui reste bien supérieur à la moyenne nationale de l'enquête nationale périnatale (8 % en 2003), mais il est très difficile de faire la part de la précarité ou de la toxicomanie dans ce résultat.

L'une des assistantes sociales rencontrées souligne à la fois cette constante des femmes toxicomanes qui ne font pas suivre leur grossesse et la disparition de ce phénomène dans les hôpitaux de la région parisienne :

Oh bon, elles arrivent pratiquement toutes au dernier moment, hein ! Je veux dire la femme qui travaille, qui a fait son suivi de grossesse, qu'est substituée et qui tout va bien, c'est quand même pas la majorité de notre population. Nous c'est plutôt, alors, euh la femme qui fait pas, alors parce qu'elles s'aperçoivent pas toujours quelles sont enceintes, alors qu'elles sont enceintes de cinq six mois, voyez, et puis bon à partir de là elles vont venir une fois et puis après on va les revoir pour l'accouchement. Maintenant, ces femmes de bas seuil, là comme ça, c'est pas trop notre population. Nous on a les bébés comme ça à cause de la néonate, du service de néonate qui est spécialisé dans les nourrissons euh à sevrer. Mais c'est souvent des situations de

[hôpital parisien], parce que bon ils ont le contexte géographique, ils ont beaucoup de mamans comme ça, qui sont toxicomanes.
Assistante sociale CHU, entretien n° 3.

Cette assistante sociale situe la population reçue par l'hôpital entre deux extrêmes, des femmes substituées dans des conditions favorables, peu présentes car il s'agit d'une banlieue plutôt défavorisée et à l'autre extrême des femmes non suivies, qui n'existent plus que dans la clientèle de cet hôpital⁵¹.

De plus, comme la revue de la littérature médicale nous avait permis de le montrer, les femmes toxicomanes ont toutes les chances de ne pas reconnaître les signaux envoyés par leur corps et de méconnaître leur grossesse. Ce qui passe pour un manque d'intérêt est en fait une confusion avec les signes du manque. Christine a ainsi formulé cet état de fait :

Moi, j'étais enceinte de cinq mois et toxicomane, donc je m'étais même pas aperçue que j'étais enceinte.
Christine, entretien n° 12.

On voit ainsi l'évidence de la liaison entre le fait d'être toxicomane et d'ignorer sa grossesse, le mot « donc » indique ce lien de cause à effet.

Cette « ignorance » de la grossesse peut également être une stratégie de la femme, face à un désir d'enfant, pour ne pas avoir à céder aux pressions de son entourage concernant une éventuelle interruption de grossesse (Aubisson Sandrine, 2002b).

Enfin, cette situation de grossesses non suivies fait également référence à des femmes en pleine dépendance à la drogue, particulièrement désorganisées et qui « sèment » des enfants sans réussir à créer une famille, ce qu'exprimait une assistante sociale :

Parce que, quelquefois, ces femmes elles savent même plus où sont les enfants, les dates de naissance, moi les dernières que j'ai eues, elles savaient même plus les dates de naissance, hein, donc bon, vraiment c'est pour vous dire que quand même aussi tout dépend de la qualité de l'entretien que l'on peut avoir à un moment donné, mais, bon, disons que je vais m'appuyer là sur des observations d'équipe et voir un peu qu'est-ce qui s'est passé et qu'est-ce qu'elle a pu mettre en place à chaque fois, à la naissance de l'enfant, comment elle était, qui est-ce qu'il y avait, etc. hein, et puis qu'elles sont ses relations aussi actuelles avec ses enfants, placés, euh bon voilà.
Assistante sociale CHU, entretien n° 7.

La grossesse actuelle n'est ainsi que la suite d'autres grossesses non investies, avec des enfants placés et éparpillés avec lesquels la mère n'a plus forcément de contacts.

b) Une grossesse idéalisée

L'idée que la grossesse chez une femme toxicomane va être un déclic essentiel à son arrêt de la prise du produit est bien présente, à la fois chez les femmes rencontrées pour qui elle est souvent de l'ordre du fantasme, et dans la littérature destinée aux futures mères. De même, la plupart des discours relatifs à la promotion de la santé

⁵¹ - Bien qu'elle ne prononce pas le mot, elle fait référence aux prostituées, « des femmes comme ça » qui constituent une part problématique de la clientèle de cet hôpital « ils ont le contexte ». Cet hôpital n'ayant pas de service de néonatalogie, les nouveau-nés faisant un syndrome de sevrage sont orientés sur le CHU où elle travaille.

montrent la grossesse comme une période propice aux changements de comportements, qu'ils soient alimentaires ou qu'ils concernent la pratique d'une activité physique ou l'arrêt d'une consommation jugée dangereuse.

Pour ces mères, l'enfant peut être investi du pouvoir de leur donner tout l'amour dont elles ont manqué en étant enfant (Mino Annie et Arsever Sylvie, 1996). L'idée que la drogue est consommée pour compenser des carences affectives de la petite enfance, en particulier au niveau paternel est très présente dans la littérature des professionnels de la toxicomanie. Pour d'autres femmes, comme nous l'a indiqué l'un des médecins psychiatres rencontrés, cette pensée fonctionne sur un mode magique, l'enfant devant éradiquer la drogue.

Le bien-être ressenti par ces femmes lors de leur grossesse, le fœtus remplissant le vide que la drogue a pour fonction de combler, qu'elles attribuent à l'enfant lui-même, va souvent être suivi d'une phase dépressive, qui entraînera une nouvelle consommation de drogue, souvent encore plus intense et une nouvelle culpabilité de la mère.

De ce fait, l'idée de l'enfant rédempteur revient régulièrement dans les propos des professionnels, même si c'est pour tourner en dérision cette interprétation :

Ou alors c'est complètement banalisé [qu'une femme toxicomane soit enceinte, ndr]. Complètement banalisé, et alors euh, ça va la sauver. Moi, j'ai déjà entendu ça, hein ! L'enfant salvateur, qui va arriver et qui va tout réparer, hein !
Assistante sociale CHU, entretien n° 7.

Dans le cas de femmes pour lesquelles la drogue comble le vide affectif, la grossesse apparaît comme un nouvel espoir de n'être plus seule, comme l'exprime Zohra :

Donc je me suis retrouvée enceinte, donc un enfant que je ne voulais pas, mais quand je me suis retrouvée enceinte, j'étais très contente, je n'étais plus seule, voilà.
Zohra, entretien n° 33.

Le rôle de la substitution dans ce contexte est évident, nous y consacrerons des développements dans cette partie. Une de ses fonctions va être de fournir à la mère un produit de remplacement, qui dans certains cas, évitera que le bébé n'ait à jouer ce rôle.

c) Un enfant trop investi

Pour les professionnels de la petite enfance, un risque souvent évoqué est celui d'une fusion entre la mère et l'enfant, préjudiciable au développement de ce dernier. Cette énonciation mériterait d'être modulée en fonction de l'âge du nouveau-né⁵².

Dans un travail sur les centres maternels, ce constat est également fait d'une angoisse de fusion de la part des professionnels, aux origines lointaines : « *Est-ce l'expression d'un très ancien fantasme de notre culture française et européenne, qui réapparaît là dans la parole des professionnels, fantasme qui a pris selon les époques la marque de la séparation physique du nourrisson de sa mère, du non-allaitement*

⁵² - Cette fusion est « normale » pour un nourrisson de quelques semaines car il est dans la totale dépendance de sa mère, elle ne devient problématique que vers l'âge de neuf mois quand le processus d'individualisation doit se mettre en place.

par la mère, et plus subtilement peut-être encore (et plus cruellement), celle de l'allaitement par une nourrice sous les yeux de la mère ? Ou s'agit-il de l'effet non conceptualisé de l'absence du père : on redoute la fusion car on redoute que l'institution ne puisse se substituer efficacement au père dans sa fonction médiatrice entre la mère, l'enfant et la société ? » (Donati Pascale et al., 1999).

Plusieurs professionnels ont souligné toute l'importance d'introduire du tiers dans cette relation, en dédiant généralement ce rôle au juge (qui est beaucoup plus souvent un homme que les autres intervenants de la petite enfance).

Dans le cadre plus précis de la toxicomanie, pour les professionnels rencontrés, si dans de nombreuses situations la mère va pouvoir saisir l'opportunité de se sortir de la drogue pendant qu'elle est enceinte ou grâce à son enfant, bien souvent cette « lune de miel » sera de courte durée, la grossesse ayant été un palliatif au produit. Après l'accouchement, se réinstalle le vide qu'il faut combler.

C'est à nous de leur dire qu'elles sont mères, au même titre qu'une autre mère, qu'elles en sont capables. Ce qu'on a très souvent en fait, c'est que ce bébé, et ça c'est le danger, il faut faire très attention, le danger c'est que ce bébé en fait va peut être remplacer le produit pendant un certain temps et puis après elles s'apercevront que quand même, bon, le bébé c'est pas si terrible que ça et que, elles idéalisent beaucoup, beaucoup, pendant la grossesse par rapport au bébé. Donc c'est pour ça qu'il faut se méfier parce qu'il y a des rechutes dans les mois qui suivent. Déjà pour n'importe qui d'accoucher c'est pas facile, enfin c'est surtout les suites de couches qui sont pas faciles, hein, l'accouchement est plus ou moins facile selon chaque femme mais les suites de couches en général c'est une période quand même difficile psychologiquement pour tout le monde donc euh.
Cadre sage-femme, entretien n° 10.

Les femmes toxicomanes aiment être enceintes, ce qui a été décrit dans plusieurs études ou mémoires, car cela leur donne un sentiment de plénitude ou plus exactement de « plein » que seul leur procurait le produit. Beaucoup arrêtent ainsi leur consommation pendant cette période car elles n'ont pas besoin du produit qui leur sert à remplir un vide (voir en quatrième partie). C'est en tout cas l'opinion d'une puéricultrice que nous avons rencontrée :

Alors quand même, ce qu'on sait, c'est que la plupart font une pause pendant la grossesse. La plupart arrivent à diminuer énormément les doses, mais dès que le bébé est né, psitt, ça repart.
Puéricultrice PMI, entretien n° 6.

Cette période d'euphorie perdure en général tant que le bébé est totalement dépendant de sa mère. Puis la situation se dégrade lorsque l'enfant commence à manifester des signes d'autonomie. Ainsi, même si elle ne l'expliquait pas de cette façon, cette puéricultrice a fait ce constat dans sa pratique professionnelle :

Non c'est assez complexe. Souvent après l'accouchement, il y a un mieux et puis entre six et neuf mois, ça dépend de la toxicomanie, souvent il y a une reprise du produit, c'est souvent au bout de six à neuf mois.
Puéricultrice PMI, entretien n° 20.

Une psychologue qui s'occupe des enfants de mère toxicomane nous exprime beaucoup plus clairement cette incapacité à se séparer de l'enfant et les difficultés qui en découlent.

Si tu veux il y a des phases d'évolution, tu sais, au niveau de la séparation et de la mère et de l'enfant, l'un envers l'autre. C'est-à-dire que jusqu'à la marche, dès que l'enfant commence à être un peu autonome, ça commence à être un peu difficile.

Hum

Et c'est vrai qu'on voit, alors il y a pas eu d'études là-dessus, mais on voit bien que, quand même pourquoi les enfants vont si tard à l'école,

[A l'école ou dans des structures intermédiaires, avant]

A l'école ou dans des structures. C'est que l'autonomie de l'enfant n'est pas quelque chose de facilement quand même acceptable pour la maman. On le voit euh, pour les lieux d'échanges sociaux, on le voit pour la propreté, hein, parce que l'enfant marche mais on garde quand même une espèce de, je vais pas dire d'emprise, mais il y a quand même, une espèce de, donc ils acceptent quand même très tard la propreté, toutes les phases d'alimentation aussi sont quand même très longtemps et problématiques et il y a quand même une alimentation entre guillemets de bébé très longtemps.

Psychologue, CSST, entretien n° 31.

Ainsi, de nombreuses femmes sont décrites par ces professionnels comme présentant un lien pathologique à leur enfant, et un travail apparaît nécessaire avec la mère et avec l'enfant pour arriver à les individualiser. En cas d'échec, une séparation thérapeutique sera la seule alternative, tant à terme le développement de l'enfant risquera d'être compromis. Ce travail permettra que l'enfant puisse par exemple rentrer normalement à la maternelle, ce qui serait difficile en son absence (l'enfant n'est pas autonome, pas propre, etc.).

Cette difficulté à se séparer du bébé est le problème le plus fondamental selon cette psychiatre qui, du coup, explique d'une autre façon ce présumé désintérêt de certaines femmes toxicomanes pour leur enfant :

Donc la question n'est pas tellement la drogue, que le rapport, la fonction de la drogue dans les problèmes psychiques et je crois que pour certaines mères, ce qu'on doit interroger ce n'est pas le fait qu'elles consomment ou non des produits, c'est comment vont-ils pouvoir négocier entre elle et eux le fait qu'un enfant c'est destiné à vouloir quitter sa mère. [...] Bon pour les gens qui ont une pathologie de la dépendance, je pense que ce qu'elles vont mettre en œuvre pour, va être compliqué, sur la question de la séparation. La problématique fait qu'il y a des choses qu'elles ont du mal à mettre en œuvre, parce que c'est trop douloureux. C'est typique de ce qu'on voit dans les placements, ce sont des femmes, ou même lorsque l'enfant est en néonate, aller voir l'enfant sans l'avoir avec soi est tellement douloureux, c'est-à-dire d'anticiper le « au revoir je reviendrai demain » que parfois il vaut mieux ne pas y aller du tout, ça fait trop mal, la séparation fait trop mal.

Et ce sont des mamans qui cessent d'aller voir l'enfant parce que finalement c'est tellement douloureux qu'il vaut mieux ne pas le voir du tout. Et nous on dit vraiment, mais c'est un excès de douleur et non un excès d'inintérêt. Donc moi, le questionnement que j'ai par rapport à ces mamans-là, c'est où est-ce qu'on en est par rapport à leur problématique de dépendance, de la dépendance en général, à la gravité de la dépendance, du rapport de dépendance, et qu'est-ce qu'elle va pouvoir permettre, est-ce qu'elle va pouvoir permettre que l'enfant se sépare, qu'il prenne son envol, c'est-à-dire très vite à six mois lorsqu'il commence à galoper à quatre pattes, hein. Donc c'est plutôt ça le problème, plus que les troubles de la consommation, c'est plutôt ça...

Psychiatre, CSST, entretien n° 34.

Ainsi, alors que le critère de risque le plus souvent évoqué par les soignants (*cf. infra*) est que les femmes toxicomanes ne sont pas disponibles vingt quatre heures sur vingt quatre pour leur enfant, pour d'autres professionnels, en contact avec les enfants plus âgés, la vraie difficulté va s'avérer être de pouvoir mettre fin à la fusion, les séparer et

d'individualiser l'enfant. C'est ce qu'exprime le rapport de placement familial suivant :

L'attachement que porte les enfants à leurs parents est réel et réciproque. Toutefois, même si madame reconnaît qu'ils évoluent bien au sein de leur famille d'accueil, elle ne peut se résoudre à être autrement que dans une relation fusionnelle. Ils sont tout pour moi, si je ne les récupère pas cette année, je perdrai espoir et je risquerais de replonger. Le lien est si fort qu'elle semble n'avoir aucun autre projet en dehors de ses enfants qui sont son seul soutien.
Dossier judiciaire, rapport de placement familial.

Deux des juges pour enfants rencontrés nous ont également décrit des interventions de leur part où le problème identifié était plus un lien pathologique à l'enfant que la toxicomanie de la mère, ce qui nécessitait une séparation. La solution qu'ils préconisaient n'était pas un placement de l'enfant dans un premier temps, mais un internat scolaire afin de favoriser l'autonomie.

Ce surinvestissement de l'enfant serait une conséquence de la faible estime de soi de la mère, doutant de sa capacité à être une « bonne mère ». De nombreuses recherches publiées relèvent qu'une des caractéristiques les plus habituelles des femmes toxicomanes est une faible estime de soi, qui tout à la fois les expose à la prise de produits, puis à des relations amoureuses problématiques et à des doutes concernant leur capacité à être mère. Les études sur les attitudes parentales aux Etats-Unis montrent ainsi que le plus souvent ces femmes se ressentent comme des mères inadéquates et adoptent de ce fait un comportement de discipline très strict (Nair Prasanna *et al.*, 1997). Les représentations négatives des personnels de maternité et les mesures d'assistance éducative qui vont leur être proposées, vont renforcer ce sentiment chez ces femmes.

La période autour de la naissance est reconnue comme entraînant une forte fragilité des femmes en règle générale, avec éventuellement des épisodes dépressifs (baby blues), pendant laquelle elles ont besoin de se sentir entourées et soutenues. Ainsi, une recherche basée sur des entretiens avec de jeunes accouchées montre que : *Au-delà de la prise en charge de soins, les mères attendent un soutien émotionnel pour développer une image de soi positive de leur moi mère. Les petites phrases sont ressenties intensément* » (Billon Jacqueline et Forestier Danièle, 2000), p.235. Selon ces auteurs, ces attentes envers les professionnels de maternité sont d'autant plus fortes que les pratiques de puériculture héritées de l'entourage familial sont insuffisantes.

Une enquête européenne sur des femmes toxicomanes avant qu'elles commencent leur traitement, leur demandait par auto-évaluation d'indiquer leur opinion sur leur capacité à être mères : 52 % se jugeaient incapables ou tout à fait incapables, 41 % pensaient être capables ou tout à fait capables et 6 % n'avaient pas considéré la question (Facy Françoise *et al.*, 2004). L'opinion de ces femmes sur elles-mêmes s'est significativement améliorée après leur entrée en traitement.

De manière plus générale, la catégorie des mères s'est aujourd'hui combinée à plusieurs autres catégories du social, mais avec une même obligation de compétence : les mères au travail, les mères célibataires, etc. *« D'autres combinaisons évaluées plus coûteuses par la société sont demeurées marginalisées, voire taxées de déviantes : les mères dépressives, les mères adolescentes, les mères toxicomanes, les mères en situation de handicap mental, les mères sidéennes, etc. Derrière ces*

nouvelles mater dolorosa s'agite bien entendu le spectre de la « mère négligente » et de la « mère abusive » (Niquette Manon, 2003). Ce sont bien ces deux positions extrêmes qui nous sont signifiées ici, à travers cette conception de l'enfant « lâché » ou « collé ».

B- La prise en charge des femmes toxicomanes enceintes ou mères

La revue de littérature nous avait montré que la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes est encore extrêmement déficitaire dans la plupart des pays du Conseil de l'Europe (Groupe Pompidou, 2001). La prise de conscience très tardive de la spécificité de ces grossesses et des risques liés à la prise de substances a retardé la mise en place de politiques publiques prenant en compte cette dimension. Le problème de la toxicomanie, en règle générale, a peu fait l'objet d'un investissement en termes de formation des personnels médicaux.

a) L'absence de programmes sanitaires spécifiques

Le Groupe Pompidou a diligenté une enquête auprès des différents pays du Conseil de l'Europe sur la prise en charge des femmes toxicomanes enceintes ou avec de jeunes enfants (Groupe Pompidou, 1997). Pour la plupart des répondants dans les 27 pays sollicités, peu de soins spécifiques sont offerts aux femmes enceintes usagères de drogues. Seule la Grèce indique que toutes les femmes enceintes toxicomanes par voie intraveineuse bénéficient d'un suivi médical pour leur usage de drogue. Au Luxembourg, la grossesse est définie comme une demande prioritaire pour l'accès à la méthadone et un système de discrimination positive est mis en place en faveur des femmes enceintes. Dans la plupart des pays, il est reconnu qu'une part importante de ces femmes ne bénéficie pas d'un suivi médical pendant leur grossesse.

Aux Etats-Unis, des études ont montré que les programmes résidentiels spécifiques pour les femmes enceintes ou avec enfants avaient de meilleurs taux de rétention que les programmes mixtes et des durées de séjour plus longues (Hohman Melinda M. *et al.*, 2003). De plus, une grande partie des lieux de soins sont décrits comme peu désireux de prendre en charge des femmes enceintes, d'où un manque global de structures susceptibles de les accueillir (Pursley-Crotteau Suzanne, 2001). Les programmes destinés aux femmes enceintes ne rencontrent d'ailleurs pas toujours leur population cible puisqu'une étude aux Etats-Unis portant sur 92 de ces programmes montre que les trois quarts d'entre eux ont reçu moins de cinq femmes enceintes l'année précédent l'enquête (Wallen Jacqueline, 1998).

En France, aucune action spécifique visant les femmes toxicomanes enceintes n'a été mise en place et elles ne bénéficient d'aucune priorité particulière dans les programmes de méthadone, ce qui explique, en grande partie, le recours important à la buprénorphine haut dosage, en dehors même de son AMM⁵³ (autorisation de mise sur le marché). La relance des programmes méthadone, par la possibilité de

⁵³ - Seule la méthadone bénéficie actuellement d'une autorisation dans le cadre de la grossesse ou de l'allaitement. L'Agence du médicament après avoir recommandé de ne pas utiliser le Subutex aux deuxième et troisième trimestres de la grossesse vient d'accepter de revenir sur cette décision. La modification des références est en cours.

prescription pour les médecins hospitaliers, dans le cadre du plan de lutte contre la toxicomanie 2004-2008, devrait modifier ce fait.

Pour résumer, la situation est donc la suivante. Les centres de soins spécialisés pour toxicomanes tendent à considérer globalement leurs patients, sans distinction de sexe en leur proposant les mêmes aides. Le suivi gynécologique ou obstétrical en est donc absent. Les services de maternité de leur côté prennent en charge des femmes enceintes, mais peu d'entre eux offrent réellement une aide en matière de toxicomanie. Ce sont ces derniers qui ont le plus fortement évolué dans ces dernières années, en particulier du fait de la création des services transversaux d'aide aux usagers de drogue dans les grands centres hospitaliers. Ainsi, un guide des bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie a été édité, qui donne quelques pistes de travail et formule des recommandations pour l'accueil des femmes toxicomanes (Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, 2003). Les équipes de maternité sont encouragées à accroître la durée de séjour de la femme en post-partum afin de mieux évaluer le lien mère-enfant, même si cette pratique a un coût « *malgré les difficultés en terme de pénurie en personnel, cet accompagnement est loin de demeurer un luxe, comme arrivent à le penser certains services* » (ibid p. 32).

Enfin, une partie des femmes toxicomanes sont maintenant suivies en médecine de ville par des médecins généralistes qui leur prescrivent du Subutex, ce que les intervenants hospitaliers considèrent comme insuffisants :

Est-ce que ? Ben euh, la substitution a fait son effet et puis que bon ben il y a une banalisation, je pense, moi, ça ne regarde que moi, mais c'est vrai que les prescriptions par les médecins de ville et tout, moi je suis contre, hein, parce que je le vois, c'est pas qu'ils soient pas capables, mais y a pas de suivi, c'est-à-dire qu'il y a pas de prise en charge psychosociale, à côté, donc ils vont prendre la métha, le Subutex, les prescriptions, à côté il n'y a rien, s'ils ne sont pas en capacité de le faire, je dirais il y a une personne pour le faire. Et on retrouve ces gens, désinsérés complètement, bon ben voilà.

Assistante sociale, maternité, entretien n° 7.

Une récente étude européenne menée dans six pays auprès de femmes toxicomanes⁵⁴ arrive à la conclusion que les dispositifs de soins pour toxicomanes doivent s'adapter aux spécificités des besoins féminins, en portant, en particulier, une attention aux premiers mois de grossesse (santé gynécologique, tests de grossesse, etc.) (Facy Françoise *et al.*, 2004).

De même, dans notre recherche sur la substitution, nous avons mis en évidence qu'un traitement à la buprénorphine haut dosage en médecine de ville pouvait amener des grossesses non désirées, du fait de la reprise des cycles induite par ce médicament, alors même que la notice ne comporte aucune recommandation quant à une prise de contraceptifs. L'information des médecins généralistes à ce propos semble donc insuffisante (Lejeune Claude *et al.*, 2003).

Dans un climat global de défiance vis-à-vis de ces grossesses hors normes, différents services ou praticiens se sont interrogés sur leurs pratiques et sur les raisons de l'échec de la prise en charge de ces femmes et ont cherché à modifier l'accueil et les

⁵⁴ La méthodologie de l'enquête indique qu'un échantillon de 284 femmes est progressivement constitué dans six pays, mais sans autre indication sur les choix de recrutement. Les données publiées comparent les femmes en traitement résidentiel (communautés thérapeutiques qui n'existent pas en France) à celles en ambulatoire.

réponses apportées afin de lutter contre le placement inéluctable de ces enfants comme seule modalité possible. Quelques expériences sont ainsi décrites par l'intermédiaire de publications destinées aux professionnels. Ainsi, celle de l'hôpital de Montpellier a été pionnière et relativement médiatisée (Molénat Françoise, 2000). Celle de l'hôpital de Colombes servira souvent de contexte de discussion au long de ce travail (Lejeune Claude, 2000). De même à l'étranger, quelques descriptions sont disponibles, comme l'expérience de Dublin, proposant des sages-femmes de liaison expérimentées sur la question des drogues (Scully Mike *et al.*, 2004).

b) La demande d'aide impossible

Les femmes toxicomanes sont doublement déviantes lors de leurs grossesses : elles ont un comportement illicite, l'usage de stupéfiants, et elles contreviennent aux prescriptions du suivi de la grossesse. Or, comme le remarque Howard Becker, « *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* » (Becker Howard S., 1985). De fait, en traitant les femmes toxicomanes comme des déviantes, on aboutit à leur dénier purement et simplement le droit à être mère. La norme sociale autour de la « bonne mère » ne peut être respectée par quelqu'un qui enfreint la norme pénale de l'interdiction de l'usage de stupéfiants.

Bien que progressivement, un nombre croissant de maternités se soient intéressées à la prise en charge de ces femmes toxicomanes, il reste que bien souvent il leur est très difficile de demander de l'aide, car soit elles ont honte ou craignent d'être jugées, soit elles pensent qu'elles se signalent ainsi à l'attention des services sociaux⁵⁵.

C'est ce que rapporte le Docteur Mino, dans son expérience en Suisse, à propos d'un cas clinique qu'elle expose d'une femme toxicomane qu'elle a eu l'occasion de suivre : « *Ne sachant où aller, elle est retournée demander conseil à l'assistante sociale qui s'était occupée d'elle lors de ses conflits avec ses parents. Le premier souci de cette femme, comme de tous ceux auprès desquels Adelita a tenté d'obtenir de l'aide, semble avoir été de la séparer de Myriam – pour le bien de l'enfant* » (Mino Annie et Arsever Sylvie, 1996).

De même, des chercheurs canadiens évoquent la difficulté qu'éprouvent ces femmes à entrer en traitement de substitution lorsqu'elles se découvrent enceintes : « *A leur arrivée, elles se montrent très inquiètes des conséquences de leur toxicomanie et d'un traitement de maintien sur le fœtus. Etre en traitement, c'est aussi se signaler aux instances sociales et médicales. C'est avouer au grand jour une toxicomanie coupable, avec la menace de perdre par un placement ou une fausse-couche le futur enfant qui génère le projet de placement* » (Gauthier Jean *et al.*, 1998).

Nora, que nous avons rencontrée en centre de soins, et dont l'enfant a été placé, est elle aussi bien consciente du danger de cet étiquetage comme femme toxicomane, et exprime des regrets d'avoir abordé cette question :

Voilà, voilà et c'est ça que j'ai pas aimé, parce que quand j'ai accouché j'ai parlé de ma toxicomanie, et ça, ça m'a joué des tours hein ! Parce que en parlant de ta toxicomanie et ben t'as des revers, hein !

⁵⁵ - La demande d'aide est perçue comme un piège, par les femmes comme par les intervenants en toxicomanie, puisqu'elle fait entrer ces femmes dans le « collimateur » des services sociaux, nous y reviendrons.

Ben oui,
Alors en fait, maintenant je réfléchis, quand j'aurais un enfant et ben je parlerai de rien à l'assistante sociale...(rires)
Parce que çà joue des tours hein, si tu parles de ta toxicomanie à une assistante sociale, c'est, c'est pas bon.
Nora, entretien n° 35.

Cet exemple montre combien il est difficile pour ces femmes d'inverser ensuite le cycle de la déviance et de sortir du cadre normatif qui leur est appliqué. Howard Becker, citant une recherche de Ray montre la persistance de cette difficulté pour les toxicomanes qui ont réussi à se libérer de la drogue : « *Quand ils ont réussi à venir à bout de leur accoutumance, ils s'aperçoivent avec consternation que les gens – s'inspirant manifestement du principe « qui a bu, boira »- continuent de les traiter comme des toxicomanes* » (Becker Howard S., 1985).

Cet aspect est flagrant dans les propos des femmes rencontrées, qui sous traitement de substitution considèrent leur toxicomanie comme terminée, puisqu'on leur a présenté le traitement de substitution comme un médicament qui soignait, donc qui guérissait la toxicomanie. Elles contestent qu'on les considère toujours comme dépendantes, bien que certaines d'entre elles avouent volontiers leur incapacité à renoncer à la méthadone ou au Subutex.

On aboutit ainsi à un cercle vicieux dont sont conscients certains professionnels. La méfiance des femmes vis-à-vis des services sociaux les amène à renoncer au suivi de leur grossesse, qui, pour les maternités, est un indicateur fort de risque de danger, voire de première maltraitance de l'enfant. Cet étiquetage précoce de « mauvaise mère » potentielle amènera un signalement, voire une demande de placement de l'enfant. Ces signalements un peu systématiques entretiendront la méfiance vis-à-vis de certains établissements.

Une recherche canadienne a interrogé 47 femmes consommant des substances (alcool et drogues) sur les obstacles à leur entrée dans un programme de soins. Les raisons invoquées sont la honte et la culpabilité qu'elles ressentent, bien avant les obstacles matériels (Poole Nancy et Isaac Barbara, 2001). Dans une autre recherche canadienne, cette angoisse face à la façon dont elles seront jugées est également développée par la citation d'une femme « *Elles s'en foutent pas, mais elle pensent à de quelle façon elles seront regardées quand elles vont passer la porte de l'hôpital, comme si elle ne sont pas assez bonnes pour être enceintes* » (Guyon Louise et al., 1998).

c) Le risque infectieux

Les toxicomanes sont apparus très rapidement comme l'un des groupes à risque le plus élevé en matière de contamination par le virus du sida. Au niveau national, les femmes sont de plus en plus touchées par l'infection à VIH. Par contre, la part des usages de drogues par voie intraveineuse dans les modes de contamination a sensiblement diminué. Ainsi, en Ile-de-France, elle est passée de 31 % dans les cas diagnostiqués avant 1990 à moins de 14 % pour 1997-2002 (Halfen Sandrine *et al.*, 2003). Il faut néanmoins remarquer que les femmes sont particulièrement exposées à des modes de contamination multiples : injection intraveineuse, partenaire contaminé, prostitution.

Les risques de transmission de la mère à l'enfant constituent une difficulté supplémentaire rencontrée par les équipes de maternité confrontées à ces femmes enceintes. Deux temps peuvent être distingués : une première période où l'on ne sait éviter la transmission materno-fœtale, qui s'établit de ce fait à un niveau proche du tiers des enfants séropositifs. Les femmes toxicomanes sont alors décrites comme propageant la mort et mettant leur bébé en danger de par leur propre volonté. Toute forme de compassion paraît alors impossible à demander aux services pédiatriques.

Bien que l'information soit difficile à collecter, il semblerait que la tendance parmi les médecins ait été de déconseiller une grossesse dans ces conditions, au moins dans un premier temps. Pour nombre d'entre eux, l'interruption de grossesse paraissait la seule alternative raisonnable. Ils se sont ensuite aperçu que le désir d'enfant étant toujours présent parmi ces femmes, attendre dans ces conditions pouvait signifier entreprendre une grossesse dans des conditions encore plus défavorables.

Cette idée de recourir à l'interruption de grossesse lorsqu'une femme est séropositive était sans doute largement partagée par les femmes toxicomanes et par leur entourage. Ainsi, Christine a été enceinte de son premier enfant en 1993, donc dans cette première période. Ses propos m'ont permis d'aborder la question de sa séropositivité :

Eh ben disons que jusqu'en 93, j'ai vécu avec lui. Et lui s'est fait agressé, moi j'étais enceinte de 5 mois et toxicomane, donc je m'étais même pas aperçue que j'étais enceinte. Et bon cet enfant, malgré tout il voulait me le faire passer mais je voulais le garder, alors qu'en 93 il y avait pas de traitements, comme on prend quand on est enceinte, AZT, Rétrovir, pour éviter la transmission de la mère à l'enfant.

[Question : Hum, parce que quoi, vous aviez quoi ?]

Parce que je suis HIV+.

Christine, entretien n° 12.

En effet, d'après le médecin qui la suit à l'hôpital, l'un des premiers contacts de Christine avec le service de maternité avait été une demande d'interruption thérapeutique de grossesse en 1993. Le médecin qui l'avait alors reçue avait été frappé par sa mélancolie et finalement la grossesse a été menée à terme, après césarienne, des solutions alternatives lui ayant été proposées, comme l'accueil dans un foyer mère-enfant.

Lors de son récit, dix ans après que son premier enfant ait été placé puis adopté, Christine reconstruit ce qui s'est passé en liant la déchéance de ses droits parentaux à cette maladie, plutôt qu'au fait qu'elle ait été toxicomane, dans l'errance et « oubliant » l'enfant :

Parce que pour moi je trouvais injuste, pour moi à l'époque je pensais que comme ils étaient pas encore bien renseignés par rapport au sida, ils se sont dit, cet enfant, autant que on le lui enlève maintenant parce que bon par rapport à, comment, à la peur que j'aurais pas pu l'élever normalement, mais euh, pour moi, j'ai eu l'impression qu'ils me l'enlevaient par rapport au HIV, par rapport à ma séropositivité. [...]

Non, c'est ce qui m'est venu à l'esprit, j'ai pensé que, leur idée c'était plus basé sur ça quoi, comme elle va pas s'en sortir et elle est séro, elle est dans la drogue, on lui enlève son enfant, on lui demande pas son avis et puis voilà.

Christine, entretien n° 12.

Dans un deuxième temps, après l'avènement des multithérapies, le risque va considérablement diminuer, jusqu'à moins de 3 % de transmissions verticales⁵⁶ et la prise en charge va s'organiser et se codifier.

d) Le rôle de la substitution

Dans la littérature médicale, l'un des aspects intéressants de la substitution dans le cas particulier d'une femme enceinte ou d'une jeune mère, est le fait de la rendre disponible en la libérant de la recherche du produit et qu'elle prenne des doses constantes d'opiacés (pour éviter les périodes de sevrage pour le fœtus). De plus, les femmes pendant leur grossesse sont souvent désireuses d'interrompre leur prise de produits, alors que le sevrage est contre-indiqué pour le fœtus. De ce fait, la mise sous substitution est présentée comme une bonne alternative pour cette période. Les effets positifs attendus de la substitution pendant la grossesse, nous l'avons vu, sont donc plus directement liés à une socialisation de la mère (suivi prénatal, pas de période de manque, moins de perturbations des services) qu'à une disparition des pathologies reconnues comme liées à la prise d'opiacés et, en particulier, le syndrome de manque du nouveau-né.

La recherche sur « Grossesse et substitution » montre clairement ce changement (Lejeune Claude *et al.*, 2003) : 60 % des femmes observées (n=259) ont au moins un enfant précédent. Au total, la situation de 278 enfants précédents a été décrite : seuls la moitié d'entre eux vivent avec leur mère, tandis que l'autre moitié est placée, dont un quart en institution et un quart chez un autre membre de la famille. Les facteurs de précarité qui se cumulent expliquent en grande partie ce résultat. Si en moyenne 12 % des femmes ont au moins un enfant placé, ce n'est le cas que pour 2 % des femmes vivant en couple, de niveau d'études au moins secondaire, disposant d'un logement personnel et sous traitement à la buprénorphine haut dosage (Subutex®) le plus souvent prescrit en ville par un médecin généraliste.

Par contre, à l'issue de la grossesse observée pour l'étude, sept signalements judiciaires seulement ont été enregistrés dès la naissance, pour des cas finalement très particuliers. Ainsi, l'une de ces femmes était enceinte de son neuvième enfant après six enfants placés par décision judiciaire et deux élevés par sa famille. Pour une autre femme, il s'agissait de son premier enfant après une fausse-couche, elle vivait en couple et disposait d'un logement personnel. La mère présentait des troubles psychiatriques importants et les relations avec son enfant étaient décrites comme très anormales par l'équipe de maternité. L'enfant présentait par ailleurs un retard de croissance intra utérine important. Dans d'autres dossiers, il est difficile d'évaluer quels critères ont conduit à la décision de signalement judiciaire dès la maternité, le recueil n'étant pas axé sur ce sujet. En tout état de cause, le nombre de signalements judiciaires ou d'ordonnances de placement provisoire a fortement diminué depuis quelques années, ce que les équipes médicales attribuent pour une large part à la substitution.

Pour tous nos interlocuteurs, il y a clairement une ligne de démarcation avec la substitution dans l'impact de la toxicomanie sur la grossesse, son suivi, le séjour en maternité et le fait de ressentir ces femmes comme acceptables.

⁵⁶ - Le taux de transmission mère-enfant (TME) est actuellement de 2 à 3 % en France. Voir : www.sante.gouv.fr, rapport Delfraissy : Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH en 2000.

Et donc on a vu ce changement de comportement, beaucoup moins de marginalité moins de violence, beaucoup moins de braquages, de tractations avec, soit les personnels du service, soit avec des personnes hospitalisées dans les autres services pour vendre des produits ou bien acheter des produits, parfois de la circulation de produits. Ça a beaucoup beaucoup changé et les mamans sont aussi je trouve plus sereines, bon le fait qu'elles aient le traitement substitutif font qu'elles sont suivies par le psychiatre qui les voit régulièrement, euh, le psychiatre d'ici, ce qui n'empêche pas qu'elles puissent avoir un suivi, soit par (CSST), soit par un ECIMUD, ou par un dispensaire, donc elles sont suivies régulièrement ce qui permet quand même de créer des liens, des liens de suivi cohérents et continus avec l'équipe soignante et donc c'est un soutien pour elles.
Cadre sage-femme, entretien n° 22.

D'un point de vue pragmatique, alors que pour les services de maternité, le cas le plus dramatique est celui de la mère qui accouche puis disparaît, l'apport de la substitution est évident, nous allons y revenir. En effet, l'équipe toxicomanie de l'hôpital (ECIMUD) est contactée pour continuer la prescription du produit de substitution pendant le séjour en maternité, ce qui évite que la mère soit en état de manque et écourte de ce fait son séjour à l'hôpital. Une sage-femme nous l'a précisé de façon très directe et simple :

Mais elles sont moins gênantes aussi une fois substituées parce que je dirais qu'elles sont là, donc il y a les deux. Et ça, elles ont quand même fini, je dirais pour le personnel de proximité, les aides soignantes, les infirmières, non c'est vrai quand même quand elles sont substituées, quand on s'en occupe, quand le psychologue est passé la voir, l'équipe de l'ECIMUD, etc. euh, c'est plus facile pour nous. Bon, elles ont quand même admis que c'était plus facile que ce cas de figure de ces femmes qui arrivaient, qui restaient là, je vous dis vraiment au mieux un jour ou deux quand il y avait quelqu'un pour les ravitailler sinon elles partaient quelques heures après...
Cadre sage-femme, entretien n° 16.

Pour nombre de soignants, l'autorisation de la mise en place des traitements de substitution⁵⁷ est considérée comme un véritable miracle dans la prise en charge des femmes enceintes. Les études ont ainsi montré que les femmes substituées étaient mieux suivies pendant leur grossesse, qu'elles accouchaient dans de meilleures conditions, d'enfants moins souvent prématurés ou de faible poids, bien que les nouveau-nés présentent des syndromes de sevrage équivalents (Lejeune Claude *et al.*, 2003).

Si la substitution paraît avoir des effets directs sur la diminution des placements d'enfants, c'est quand même en grande partie du fait du biais que crée dans le recrutement l'acceptation d'un programme de ce type par les femmes. Voici la façon dont un psychiatre, interviewé pour une thèse de médecine résume cet aspect : « *Cependant, il ne faut pas être dupe de cette impression positive quant au devenir du couple mère-enfant. Il existe un biais à l'entrée : une femme qui vient consulter pour sa toxicomanie dans notre centre, est une femme qui a déjà « conscience du problème ». Celle pour laquelle on place l'enfant, c'est la femme qui ne s'est pas fait suivre, qui arrive pour accoucher et qui sort « se défoncer » dans la demi-heure ! On n'a pas affaire au même profil psychopathologique, à la même gravité, à la même désinsertion sociale* » (Le Blond-Vaudour Gwenaële, 1997). Cette description un peu

⁵⁷ En 1995 pour la méthadone et 1996 pour le Subutex (buprénorphine haut dosage).

caricature s'explique en partie par la date de cet entretien, tout au début des pratiques de substitution.

En effet, avec le recul, les comportements des femmes se sont modifiés ; elles ont, pour certaines d'entre elles, intégré la substitution comme une substance supplémentaire s'inscrivant dans une polytoxicomanie complexe. De plus, l'absence de prise en charge psychologique et sociale associée à la prescription du Subutex en ville empêche toute modification en profondeur des comportements addictifs.

Bon, moi j'ai un peu l'impression qu'on revient à la case départ, à savoir que, la, moi j'ai connu bon beaucoup après 1990, je dirais la femme substituée, donc c'est-à-dire qui prend son traitement, qui... qu'on chronicise je vais dire la toxicomanie et, mais quelqu'un qui est inséré socialement, qui n'a plus du tout les mêmes problèmes qui est entourée familialement, et là bien sûr, là on voit nous à ce moment-là, en tous les cas, euh, des suivis sociaux ben, beaucoup moins lourds et des..., beaucoup moins de séparations mères-enfants.

Cà c'est ce qu'on voit, moi je reste là bon au départ de la maternité, et puis de nouveau, c'est vrai que ça avec [médecin] on en avait discuté il y a déjà plusieurs années de cela. Il m'avait dit, tu sais, tu verras, je pense que on va de nouveau replonger dans autre chose, et effectivement, c'est-à-dire qu'on a maintenant des femmes substituées, polytoxicomanes, c'est-à-dire qui reprennent autre chose, qui se substituent ou s'alcoolisent énormément ou les anti-dépresseurs ou prennent je veux dire des produits, illicites...

...et qui bon ben s'en vont de nouveau en nous laissant les enfants ici, ou alors transfert et puis ben voilà.

Assistante sociale, maternité, entretien n° 7.

Tout le débat sur la substitution transparait toujours ici : le modèle français est avant tout basé sur l'abstinence et par voie de conséquence, le traitement en maintenance comme pour une maladie chronique est peu accepté par les soignants.

Néanmoins, pour les intervenants extérieurs au milieu médical et en particulier les juges pour enfants, il serait choquant que la substitution en soi puisse changer l'appréciation de la situation, si les conditions de vie ou un faible réseau social constituent toujours des obstacles à l'accueil de l'enfant dans de bonnes conditions.

C- La perception des mères toxicomanes

Le regard que portent les équipes soignantes ou les autres professionnels sur les femmes toxicomanes va avoir une grande influence sur la façon dont elles vont être traitées lors de leur maternité et sur les mesures qui seront prises vis-à-vis de leurs enfants. Plus forte est la stigmatisation, plus fréquent devient le risque d'un signalement systématique, par crainte de ce qui pourrait arriver. La non connaissance des risques accroît ainsi proportionnellement la perception du danger et la volonté de prendre des mesures visant à le réduire.

Les représentations véhiculées par les médias dans le grand public sur le toxicomane demeurent largement caricaturales et n'ont guère évolué comme le relèvent P. Bouhnik et al., « *Depuis la figure du « junkie » des années 1970 jusqu'à celle du « toxico » de la fin des années 1980, l'image sociale de l'utilisateur par voie intraveineuse a peu évolué, presque toujours étroitement associée à celle d'un délinquant en pleine déchéance physique et morale, dangereux et prêt à tout pour*

assouvir un besoin compulsif de produit » (Bouhnik Patricia *et al.*, 2002). Pour ces mêmes auteurs, cette vision a contribué à une appréhension uniformisée des problématiques et des réponses à y apporter.

Ainsi, une enquête en population générale menée en Grande-Bretagne sur la perception des personnes souffrant de troubles mentaux montre les visions négatives associées à une toxicomanie. Les trois quarts des personnes interrogées estiment que les toxicomanes sont dangereux pour les autres et qu'ils sont imprévisibles, tandis que les deux tiers pensent qu'il est difficile d'établir le dialogue avec eux et qu'ils sont seuls à blâmer de leur situation (Crisp Arthur H. *et al.*, 2000).

Compte tenu du faible niveau de formation de l'ensemble des personnels soignants sur les problèmes de toxicomanie (Simmat-Durand Laurence, 2004b), leur principale source d'information reste souvent celle destinée au grand public. De fait, la polarisation des médias sur certains sujets ou sur des « affaires » tend à renforcer cette vision extrême de la consommation. De plus, comme le note Francis Caballero, « *L'accent mis sur le syndrome alcoolique fœtal ou les « bébés cocaïne » sont éminemment récupérables par les tenants d'un retour à l'ordre moral* » (Caballero Francis, 1992).

La revue de littérature nous a en effet montré comment le fait qu'un enfant « innocent » soit intoxiqué par sa mère est une question qui peut déchaîner les passions et réveiller des angoisses, y compris parmi les soignants ou les juges. Les soignants peuvent ainsi être peu favorables à la prise en charge des femmes toxicomanes car ils estiment qu'ils ont trop peu de moyens pour le faire, voire parce qu'ils ne font pas confiance aux services sociaux (Lester Barry *et al.*, 2004).

Aux Etats-Unis, où selon les enquêtes du NIDA, environ 5 % des femmes enceintes consomment des drogues illicites pendant leur grossesse, un questionnaire postal ayant réuni 847 réponses complètes montre que les médecins sont, pour plus de la moitié d'entre eux, enclins à considérer cette consommation comme une forme de maltraitance de l'enfant justifiant un placement, mais ne sont qu'un quart à un tiers selon la spécialité à penser que la meilleure solution serait l'incarcération des femmes enceintes toxicomanes (Abel Ernest L. et Kruger Michael, 2002). Dans le contexte français, une telle attitude serait vraisemblablement considérée comme inacceptable.

Les féministes canadiennes, par l'intermédiaire de documents diffusés sur des sites comme Condition féminine Canada montrent l'influence des discours politiques sur ces questions, avec des questions sous-jacentes comme la prohibition ou la lutte anti-drogue, la lutte contre l'avortement. Un texte examine ainsi les discours politiques qui encadrent trois domaines sensibles : la consommation d'intoxicants par des femmes enceintes et des femmes qui élèvent des enfants, les soins maternels donnés par des femmes victimes de violences conjugales et les soins maternels donnés par des femmes atteintes de maladie mentale. Il indique « *L'émergence de discours politiques axés sur l'enfant et d'un discours qui interprète les intérêts de l'enfant comme s'ils étaient en concurrence avec ceux de la mère est un thème dominant de la présente analyse* » (Condition féminine Canada, 2002).

Le discours public, relayé par les médias aura sans nul doute un impact sur le positionnement des professionnels face à de telles questions. Or, comme le constate cette étude, « *Le discours public concernant les mères qui consomment des intoxicants a été dans l'ensemble, punitif, antipathique et entaché de jugements* » (Condition féminine Canada, 2002).

De plus, les travailleurs sociaux appartenant plutôt aux classes moyennes exercent, selon Serge Paugam, une violence symbolique contre les populations assistées ou marginales. Leur disqualification sociale « *renvoie par conséquent au moins dans une certaine mesure à la logique de la désignation et de l'étiquetage et de ses effets sur le plan identitaire* » (Paugam Serge, 1991, p. 25). Ici, l'étiquetage est au moins double, car ces femmes sont dépendantes à la fois de l'aide sociale et de la drogue.

Nous examinons ici tout d'abord les conséquences du repérage et donc de la désignation comme toxicomane. Dans la troisième partie, nous verrons leur cumul avec les effets de la pauvreté.

a) La disqualification

La maternité est aujourd'hui idéalisée dans les cultures occidentales où les familles sont de taille restreinte. Les représentations du rôle de la mère en ont été profondément bouleversées, ce que relève une analyse des manuels de puériculture sur plus d'un siècle menée par G. Delaisi de Perceval et S. Lallemand. Pour elles, le renversement se situe dans les années 1960 (donc la fin du redressement de la fécondité en France) : « *Jusqu'à présent, il fallait du dévouement, de l'abnégation ou au moins, une certaine austérité pour avoir droit au titre de mère – tableau peu séduisant pour une population féminine aux obligations professionnelles grandissantes, à la fécondité déclinante. Désormais, tout est changé. Mettre un enfant au monde n'est plus un fardeau [...] mais l'inverse, une pure béatitude, bonheur sans mélange [...]. La contrition a fait place à l'euphorie maternelle...* » (Delaisi de Perceval Geneviève et Lallemand Suzanne, 2001 (1ère édition 1980)).

De même, dans les services de maternités, la baisse du nombre de naissances a transformé l'enfantement en un moment « magique », idéalisé par les parents comme par les soignants. Le recul de la mortalité périnatale, voire même des différentes morbidités, a, quant à lui, rendu la mort, comme la souffrance du nouveau-né, totalement inacceptables pour les équipes. Les conseils en matière de promotion de la santé tendent à se multiplier à destination des femmes enceintes, dès avant la conception : « *Plus récemment, le fait que l'on accumule de plus en plus de connaissances scientifiques sur la grossesse, la naissance, la génétique et la maladie a donné lieu à la création de la grossesse de 12 mois, c'est-à-dire la notion selon laquelle une femme avant même de devenir enceinte est également responsable de la santé de son fœtus et de l'enfant qu'elle aura* » (Condition féminine Canada, 2002).

Cette pression autour des comportements ou des consommations de la femme enceinte, susceptibles de porter atteinte à l'enfant à naître, a renforcé le contrôle social et médical entourant cette période⁵⁸.

Par ailleurs, l'usage illicite de drogues suscite la réprobation, d'où en soi une disqualification des femmes usagères de drogues par transgression de normes sociales. Le regard porté sur le parent toxicomane a changé ces dernières années, en particulier au Canada : « *Au cours des vingt dernières années, l'absolu guidé par des peurs à l'égard de la toxicomanie s'est amenuisé pour se transformer en un regard*

⁵⁸ - Selon cette même étude canadienne, la femme est ainsi réduite au rôle d'un intermédiaire passif travaillant pour le compte de la société, ce qui serait une indication de la perte croissante de liberté des femmes. (Condition féminine Canada, 2002)

plus tolérant à l'égard du parent autrefois fautif aux prises avec cette habitude [...]. Cette évolution de nos connaissances et de nos valeurs a permis de mettre fin à la croyance selon laquelle un parent toxicomane serait incapable de s'occuper de son enfant » (Létourneau Hugues, 2002), p. 28.

Il n'en reste pas moins que la femme toxicomane est toujours perçue comme empoisonnant son fœtus, ce qui est incompatible avec le rôle féminin de protection de l'enfant à naître (Murphy Sheigla, 1999). Elle est donc susceptible de faire l'objet de fortes stigmatisations, en particulier de la part des personnels médicaux qui axent leurs efforts sur la sécurité de la naissance et le bien-être de l'enfant.

Une recherche conduite en France sur l'impact du sida dans les services de maternité montre que les mères toxicomanes ont, pendant longtemps, été celles qui contrevenaient le plus aux normes idéalisées de ces services. Toutes déviations par rapport à cet idéal étaient perçues comme source d'angoisse et de rejet. *« Avant le VIH, c'était la toxicomanie qui « portait le chapeau » si on peut dire. Les discours relevés sur l'ensemble des terrains révèlent de façon unanime une prépondérance de représentations négatives de celle-ci. La femme toxicomane suscite la méfiance, elle fait l'objet de soupçons. Marginale, elle n'est pas fiable, que va devenir son enfant ? Bref, elle représente l'image de la « mauvaise mère », nous pouvons dire qu'en général on s'accorde sur son cas et qu'il existe une norme sociale stigmatisante de la toxicomanie sur laquelle on peut éventuellement s'appuyer » (Fedi M.T., 1994).*

Souvent les professionnels en contact direct avec les femmes concernées ne sont pas tenus informés des éléments du dossier, connus des seuls médecins et assistantes sociales. Pour l'une d'entre elles, cette question pose problème, car à la fois cette ignorance lui semble déloyale, mais qu'elle craint aussi que la connaissance de certains éléments ne perturbent la relation avec la mère :

Certaines, alors comme on connaît des fois un peu l'histoire, on sait qu'elle a été foutu à la porte de ses parents, donc là, il y a une certaine compassion et on va moins la juger, qu'une femme qui est, qui est par exemple séropositive, pour certaines qui sont, mais je pense que heureusement que les auxiliaires ne le savent pas, mais je le vois avec le recul, quand j'étais dans la situation d'auxiliaire, j'aurais préféré savoir l'histoire de toutes ces femmes en fait, peut être pour me dire j'aiderais mieux l'enfant, vous voyez ce type de discours, et maintenant que je suis à l'extérieur et que je travaille plus en crèche, je me dis que non qu'il vaut mieux pas savoir, qu'il y aurait encore plus de jugements de la part du personnel. Mais quand on arrive à le savoir c'est vrai que les jugements sont, enfin sont radicaux quoi, c'est

Des mères coupables ?

Ouais, des mères toxicomanes, euh, si son enfant est comme ça c'est à cause d'elle, donc on arrive pas à voir qu'elle puisse être mère, qu'elle puisse s'en occuper comme il faut, donc on va chercher toujours la petite bête pour l'embêter ou lui faire des reproches,

Auxiliaire de puériculture, centre maternel, entretien n° 44.

La seconde thématique abordée dans cet entretien est le fait que finalement, si la défaillance de la mère est connue de ces personnels, ils vont lui demander de davantage prouver qu'elle est susceptible d'être une bonne mère, donc exiger d'elle la perfection.

Or, de toute évidence, les femmes toxicomanes ne peuvent pas s'inscrire dans cet idéal autour de la naissance ; elles découragent souvent les personnels, qui culpabilisent et finalement leur en veulent de ce rejet qu'ils n'assument pas :

Si j'osais, je dirais qu'elles sont pas gratifiantes au niveau du personnel, ça non plus c'est pas facile à accepter, de donner quand l'autre vous renvoie une image un peu agressive, parce qu'elles le sont, euh, disparaissent pendant qu'on leur fait leur lit, on sait pas où elles sont passées, enfin on peut imaginer, enfin bon, elles sont moins, pour une infirmière ou une auxiliaire ou même peut être une sage-femme, gratifiantes, que la jeune femme dont c'est le premier bébé qui est émerveillée qui sourit, etc. mais bon.

Cadre sage-femme, entretien n° 16.

D'après l'enquête menée par Catherine Luttenbacher (1998), les équipes de maternité ont ainsi des représentations plus négatives que les intervenants en toxicomanie sur la grossesse chez les toxicomanes. Le niveau hiérarchique joue également, les plus tolérants étant les médecins alors que les aides-soignantes ou les puéricultrices, qui ont un contact plus quotidien avec ces femmes, sont plus réticentes. Pour cet auteur, deux types de représentations sociales peuvent alors être distinguées, avec pour chacune une attitude extrême ou une attitude plus modérée. Soit la maternité paraît compatible avec la toxicomanie et dans le cas extrême elle est bénéfique voire thérapeutique pour la mère, soit la toxicomanie n'est qu'un choix de vie. Soit au contraire maternité et toxicomanie sont jugées incompatibles, l'attitude extrême étant de considérer qu'il y a danger pour l'enfant et l'attitude modérée de penser que c'est la marginalisation qui est à l'origine des difficultés rencontrées (Luttenbacher Catherine, 1998).

Pendant de nombreuses années, la nécessité du signalement dès lors que l'on avait affaire à une mère toxicomane était une évidence pour la plupart des soignants et travailleurs sociaux. Les mentalités ont globalement évolué, sans doute postérieurement à la prise en charge des femmes toxicomanes dans le cadre de la lutte contre le sida, puis grâce aux traitements de substitution. Pour les personnels soignants les plus proches du terrain néanmoins, comme les aides-soignantes, les infirmières ou les puéricultrices, des expressions passagères traduisent ce décalage entre leur volonté de bien faire et leur sentiment d'être confrontées à des personnes différentes. Voici un petit extrait très révélateur de ce genre d'attitude :

Je dirais pas que ce soit la généralité des mamans toxicomanes. Pas forcément, c'est pour ça que chaque situation est particulière, comme les autres humains, il y a un passé différent, chaque situation est particulière.

Puéricultrice PMI, entretien n° 20.

On voit ainsi fonctionner les mécanismes du stigmat, comme l'a défini Goffman : « Il va de soi que par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmat n'est pas tout à fait humaine. Partant de ce postulat, nous pratiquons toute sorte de discriminations, par lesquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne. Afin d'expliquer son infériorité et de justifier qu'elle représente un danger, nous bâtissons une théorie, une idéologie du stigmat, qui sert aussi parfois à rationaliser une animosité fondée sur d'autres différences, de classe par exemple » (Goffman E., 1975).

Une infirmière utilisera également ce terme « d'être humain », mais d'une manière plus distante, en l'attribuant aux femmes elles-mêmes, afin de ne pas s'impliquer personnellement dans cette désignation en dehors de l'humanité :

Ce qu'elles souhaitent, c'est avoir un statut social, qu'on les considère comme de vraies femmes, comme des vraies personnes, comme des êtres humains, quoi en fait. Infirmière, CHU, entretien n° 27.

Ainsi, certaines des femmes rencontrées ont exprimé leur révolte face à un étiquetage qui paraît les marquer à vie, quant bien même elles auraient fait leur possible pour s'en sortir et éventuellement se soigner. Nora a ainsi ressenti la confrontation avec le juge comme un vrai choc, mais comme elle était accompagnée par une équipe, elle a réussi à se justifier et rétablir une meilleure image d'elle-même :

Le juge de [...]. Qu'était très dur, hein !

[Question : Pourquoi il était dur ?]

Parce que il m'a demandé de décider si je voulais garder ma fille ou si je voulais m'éclater encore. Et je lui ai dit que je me défonçais plus mais il y croyait pas vraiment. Donc j'ai dû demander à [médecin] de me faire une attestation médicale, et à [assistante sociale] une attestation sociale. Donc là je lui ai donné, il a vu que je me défonçais plus, puisque mes trucs étaient positives⁵⁹ depuis quatre ans, je me défonce plus depuis quatre ans, en fait, bien avant mon accouchement. Déjà j'avais arrêté la coke et l'héro donc je ne comprenais pas déjà pourquoi il me parlait de drogue. J'ai pas compris pourquoi il m'a parlé de ça.

Nora, entretien n° 35.

Malgré ces « preuves » de la fin de sa toxicomanie, l'enfant de Nora sera placé, mais elle parviendra à garder le lien et ensuite à en récupérer la garde. Celles qui sont moins entourées n'ont pas cette chance et auront plutôt tendance à rester sans voix, sidérées et dans l'incapacité de se défendre face à cette étiquette de « droguée ».

Une minorité des interlocuteurs rencontrés a explicitement formulé ce risque d'être influencé par ses représentations dans ce travail auprès de jeunes mères, dans un contexte d'idéalisation de la maternité. La légitimité de l'action n'offrait aucune place au doute ou à la discussion. Ce sont les intervenants en toxicomanie qui ont pu soulever ce point, parce que, d'une certaine manière, ils partagent le stigmate de leurs patients (il est beaucoup plus « noble » de travailler en maternité qu'en centre de soins pour toxicomanes, le sujet traité « déteint » en quelque sorte sur son soignant) :

En réalité si on est, si on est présent avec elles, elles manifestent des tas de signes de leur détresse de ne pas pouvoir assumer leurs fonctions maternelles, alors, et c'est vrai que dans ce cas-là il faut beaucoup travailler sur les représentations parce que on peut idéaliser ou les capacités d'une femme ou alors au contraire on peut la disqualifier sans s'en rendre compte, d'où l'important travail en équipe parce que sinon, sinon, ce sont surtout les représentations qui nous font agir. Vous savez moi, je n'ai jamais supporté, je ne supporte toujours pas après vingt ans euh auprès de ces, ces femmes, de voir une femme enceinte piquer du nez devant moi, hein, je supporte pas, hein, je sais que ça me fait quelque chose. Et pour arriver à rester dans, dans sa situation, de coller un peu à son histoire, de l'aider un peu à cheminer. Or elle, cette personne là, il faut que je fasse tout un effort intérieur moi pour... c'est tout le temps. Psychiatre CSST, entretien n° 23.

Les études de médecine, comme celles conduisant aux différents professions médicales ou paramédicales, ne comportent pas ou peu d'enseignements concernant les drogues ou les dépendances en général. Ce n'est qu'après les années 1990 que les services transversaux d'aide aux usagers de drogues vont faire leur apparition dans

⁵⁹ Elle veut dire analyses urinaires, mais elle indique qu'elles sont positives pour dire qu'elles sont bonnes, sans drogue, alors que des analyses positives pour le corps médical montrent des prises de toxiques.

les centres hospitaliers. Le développement de l'addictologie, la création de diplômes universitaires spécialisés, sont encore plus récents, après 2000. Toutes les conditions sont donc réunies pour que les personnels en exercice n'aient pas été formés sur la question des dépendances et encore moins sur leur implication dans le cadre de la grossesse. De ce fait, dans certains centres hospitaliers, l'un des rôles confiés à l'équipe mobile de toxicomanie est une formation ou au moins l'information des soignants de façon à les rassurer et à contribuer à faire évoluer leurs représentations en la matière :

Moi je voulais en revenir aussi aux représentations sociales, parce que c'est vrai que... à la maternité donc on y travaille aussi. Moi je les rencontre pas souvent en prénatal, j'interviens beaucoup plus avec les équipes soignantes, parce que la patiente elle va se sentir bien ou mal, si le personnel, si elle a une reconnaissance du personnel soignant aussi.

Elle, elle veut montrer des capacités et si, elle a besoin d'être valorisée dans son rôle de mère, et si la relation avec le personnel est plutôt des jugements, si elle a l'impression d'avoir l'étiquette toxico et qu'on la lui transmet, euh, ça va être difficile pour elle, sur le plan émotionnel et avec son bébé, il y aura des répercussions avec son bébé. Si elle est soutenue, accompagnée, elle sera plus détendue et euh, elle arrivera à se libérer de ce blocage qu'elle a vis-à-vis des soins à son bébé. Et ça, il y a des représentations sociales qui existent

[Oui évidemment, et ça vous travaillez comment ? Vous faites des formations, il y a des formations ?]

Alors je vais sur le terrain, alors je rencontre mes collègues infirmières, parce que en suites de couches c'est vrai qu'elles ont une représentation sociale, elles, elles ont une inquiétude pour le bébé, ce qu'on peut comprendre, les puer aussi, euh, elles ont, elles pensent qu'une femme qui est suivie pour de la toxicomanie, elle doit avoir son enfant placé, vous voyez. Qu'elle est incapable, ou plutôt dans l'incapacité de s'en occuper au quotidien. .../...

Je crois que c'est parce qu'aussi tout ce qui étranger dérange, tout ce qu'on ne connaît pas, tout ce qui est inconnu dérange le personnel soignant, quand je leur parle, euh, un petit peu des patientes, de leur passé, enfin je ne dis pas tout parce qu'après des fois ça fait trop et ça renvoie au contraire à quelque chose de négatif, si on leur dit pour cette patiente il y aura telle et telle chose, il y a des projets, on fait des réunions de synthèse pour cela, ça les rassure, elles ont besoin d'être rassurées, de savoir ce qui est mis en œuvre à la sortie. Et quand elles sont rassurées ça se passe mieux, elles sont...

Infirmière, entretien n° 27.

Outre ces formations, dispensées à une partie plus ou moins importante du personnel, les centres hospitaliers ont également pu s'organiser autour de personnes référentes, sur ces problèmes de drogues, qui se sont formées sur la base du volontariat. De ce fait, il est avouable aujourd'hui que certains n'aiment pas s'occuper de telles femmes, mais que l'organisation permet de les en décharger. Ainsi, une sage-femme nous a expliqué le cheminement à l'intérieur de l'équipe hospitalière sur ces questions, tout en indiquant que certaines personnes seront plus sensibilisées à ces questions, donc plus susceptibles d'apporter une aide :

Et puis je dirais qu'il y a un médecin et une sage-femme qui est plus ou moins référent, quand on voit une femme toxicomane, il y a ça aussi, vous serez suivie par mme untel

[Question : Donc il y a à l'intérieur des personnes qui ?]

Donc on a un médecin par exemple qui est spécialisé dans tout ce qui est VIH, donc en fait, et puis en plus qui est adorable, donc en fait ça passe très bien avec elle, donc en général les médecins qui n'ont pas envie de s'occuper des femmes toxicomanes, donc voilà

[Question : Donc on les change ?]

Voilà exactement. Voilà tout à fait et puis c'est pas un jugement, c'est un peu une façon... et puis je crois que c'est pas plus mal pour la femme ou le couple, quand il y a un couple, d'être pris de façon, quand il y a un médecin qui va leur apporter, à mon avis, une écoute plus importante.
Sage-femme, CHU, entretien n° 11.

Le syndrome de manque du bébé est une épreuve pour les soignants des équipes de maternité et de néonatalogie, la disqualification de la mère est rapidement évoquée, puisqu'elle est responsable de cette souffrance de l'enfant. Les femmes les plus fragiles vont culpabiliser, d'autres vont essayer de retourner la faute vers le personnel médical : « *Certaines élaborent un système de défense leur évitant une trop grande disqualification en rejetant sur l'équipe hospitalière la responsabilité du traitement de l'enfant*⁶⁰ : « *j'ai dit : vous droguez mon gosse ? C'est vrai, vous le droguez ou quoi ?* » » (Taboada Marijo *et al.*, 2001).

La séparation des mères et des enfants, y compris par le biais de l'hospitalisation, est une sanction implicite pratiquée dans les services de maternité ainsi que le rapportent différentes recherches. L'état médical du bébé, dont la mère est explicitement rendue responsable, nécessite une surveillance spécialisée que cette femme est présumée ne pouvoir réaliser de manière efficace : « *Le transfert du nouveau-né dans un service spécialisé est quelquefois indispensable pour des raisons médicales (prématurité, gravité du syndrome de sevrage, détresse respiratoire, etc.). Mais dans certains cas, la séparation de l'enfant de sa mère est encore trop souvent effectuée systématiquement « afin de permettre une meilleure surveillance », tout en obéissant implicitement à une position de disqualification à l'égard de la mère* » (Esquivel Térésa, 1994).

Nous avons déjà souligné que le regard porté sur les femmes toxicomanes a considérablement évolué depuis une dizaine d'années, du moins dans certains services de maternité fortement motivés en faveur d'un changement d'attitudes et de pratiques et qui travaillent en réseau pour réaliser une véritable prise en charge spécifique. Cependant, même dans ce contexte, la réticence est encore perceptible :

C'est quand même un accueil difficile des enfants parce que ces mamans sont euh, alors euh, comment dire, elles sont très, très délinquantes quand même, très euh, très marginales et c'est assez difficile d'avoir un contrat avec elles, d'avoir une régularité ou euh de prévoir les choses, ça c'est impossible, il faut qu'on soit toujours disponibles dans le moment où elles le veulent et euh, et après on travaille un peu quelque chose avec elles.
Puéricultrice, entretien n° 5.

Par ailleurs, le toxicomane est souvent décrit comme relativement séducteur et cet aspect n'échappe pas aux personnels rencontrés. D'autant plus que la plupart des femmes toxicomanes qu'ils ont pu connaître sont suivies par des équipes qui privilégient l'entretien psychologique comme thérapie et que, de ce fait, elles ont l'habitude de « se raconter ». Ce savoir-faire n'est pas perçu comme une qualité mais, au contraire, comme une arme contre l'autre, une possibilité « d'embobiner » l'interlocuteur :

Aussi des mamans quand même qui utilisent beaucoup le langage, elles sont aussi un peu séductrices quand même, manipulatrices de, de l'autre, hein ! Une maman

⁶⁰ - En cas de syndrome de manque du nouveau-né, on donne à l'enfant un produit morphinique pour le sevrer, au choix des équipes, le plus souvent du chlorhydrate de morphine. L'élixir parégorique qui était le plus employé il y a quelques années est en nette régression du fait de sa base alcoolisée (on donnait de fait à l'enfant de la morphine et de l'alcool).

alcoolique elle est pas forcément comme ça, c'est la même dépendance mais euh, c'est pas la même chose je trouve une maman toxico, de la drogue, des médicaments et de l'alcoolisme.

Puéricultrice, entretien n°5.

Ainsi, le rapport de l'expert psychiatre, dans l'affaire du petit Jason battu à mort par le concubin de sa mère reprend ces mêmes termes : « *Peu investie dans sa relation avec ses enfants, elle n'est pas une bonne mère. Instable, séductrice et manipulatrice, est atteinte d'une névrose hystérique. Elle aussi pourrait se trouver exposée à la récurrence si elle ne prenait pas conscience de la nécessité de se soigner. En tout état de cause, la garde de ses deux autres filles ne saurait lui être rétablie* »⁶¹.

Ce terme de « séductrice » est utilisé également par une sage-femme, mais dans un sens moins péjoratif. Celle-ci insiste d'ailleurs surtout sur le décalage qui existe entre ce que les soignants ont envie de donner à ces femmes, et le dérapage, toujours possible, susceptible de remettre en question leur travail :

Elles sont souvent très attachantes, elles sont intelligentes, elles ont, elles sont parfois séductrices (rires), elles nous manipulent facilement. Nous, en tant que soignants on est aux premières loges, donc on est très sollicités, c'est vrai que ce sont des mamans qui des fois donnent envie qu'on s'occupe d'elles. Ce qui est décourageant pour nous et ben c'est que comme elles sont fragiles, on a pas forcément les attentes ou les objectifs qu'on s'était fixés avec la dame ou, et il faut savoir qu'une toxicomane, bon ben il y a des moments fastes et puis des moments où c'est le creux de la vague et puis bon après ça revient.

Cadre sage-femme, entretien n° 22.

La mauvaise impression produite par ces mères dans les services de maternité est néanmoins sans doute encore vivace, bien que très peu de nos interlocuteurs ait pu l'admettre. L'agressivité contre ces mères est ainsi refoulée, et ce d'autant plus que l'on se trouve dans un service où on a la réputation d'être accueillants pour elles.

Donc il faut des discussions d'équipe, ça on les a toujours, hein quand même, et puis il y a, bon il y a quand même bon, moins mais... c'est la toxicomanie, c'est quand même la bête noire, hein, il y a quand même un regard bon je dirais de valeurs, de jugement, de la part du personnel hein, qu'on rencontre encore, hein, c'est pas considéré comme, je dirai comme une maladie, encore une maladie psychiatrique on dit qu'elle est folle, mais au moins c'est une maladie, là c'est une droguée, c'est une toxicomane. Et de temps à autre, quand les infirmières distribuent de la méthadone, je vais, hein, je vais lui donner sa dose. Hein c'est un médicament, mais c'est pas facile pour tout le personnel, c'est pas facile du tout.

Cadre sage-femme, entretien n° 10.

Ces attitudes de rejet peuvent être éventuellement masquées par l'expression d'un idéal de lieu qui serait mieux adapté à la prise en charge de ces femmes toxicomanes qu'une simple maternité. Une infirmière exprimait cette idée dans la recherche réalisée par M. T. Fedi (1994, p. 44) : « *Elles devraient peut être accoucher ailleurs que dans un hôpital normal entre guillemets, elles devraient accoucher dans un lieu où on s'occupe des toxicomanes et où il y aurait peut être une surveillance particulière parce que ce lieu serait spécialisé : je pense que c'est ce qu'il faudrait, ce serait mieux pour tout le monde* ».

⁶¹ - Le Républicain Lorrain, 16 octobre 1999, « La mauvaise mère et le psychopathe déchaîné in (Aubisson Sandrine, 2002a)

Blandine, rencontrée dans un centre de soins, nous a fait part de la pression non pas de sa famille, mais de ses amies proches, à l'idée d'une grossesse sous traitement de substitution à la méthadone « *Elles me disaient toutes que j'étais folle* » (notes de terrain).

Par contre, comme cela a déjà été souligné, la substitution a amené un changement dans la conception globale de la maternité chez les femmes toxicomanes qui s'est cumulé avec la diffusion des usages de drogues illicites, largement médiatisée. C'est ce que ressent cette assistante sociale :

Est-ce que, euh, la substitution a fait son effet et puis que bon, ben il y a une banalisation, je pense, moi, ça regarde que moi, mais c'est vrai que les prescriptions par les médecins de ville et tout...
Assistante sociale CHU, entretien n° 7.

Cette personne utilisera à d'autres reprises au cours de l'entretien cette notion de banalisation de l'usage des drogues et surtout de banalisation de l'héroïnomanie par un traitement sorti des centres spécialisés.

Si les soignants et les personnels des services sociaux ont vu globalement leur perception se modifier depuis une dizaine d'années, c'est, sans doute, aussi le cas des personnels judiciaires. Tous n'ont pas connu cette évolution, comme le montre cet extrait d'un entretien que nous a accordé une avocate :

Et bien le poids de la toxicomanie, ça entraîne une déchéance totale, une déchéance de la personnalité, qui dit déchéance de la personnalité dit impossibilité d'assumer ses droits et obligations, c'est ça, c'est ça la déchéance. La toxicomanie peut aller, enfin on peut commencer à un stade disons assez léger et arriver à une sorte de bon, la déchéance. Qui dit déchéance dit impossibilité d'assumer ses droits et obligations. Enfin à l'égard de sa propre famille, des plus proches, et les mettre en danger,
Hum,
En danger. Qu'un toxicomane déjà lui même se met en danger, il n'en est pas conscient. Et il met les autres en danger
Hum
Donc comment voulez-vous que des gens pareils puissent assumer leurs obligations parentales, et déjà aussi c'est un mauvais, bon je dirais pas, mais c'est quand même un mauvais exemple pour les enfants, des fois c'est vrai qu'il y a des exceptions, à des exceptions près, mais en général c'est vrai, ça se perpétue, hein, ça se perpétue
Avocate, entretien n°41.

Dans ce petit extrait, cette personne aura employé six fois le mot déchéance, de plus, sur un ton virulent. L'expression « des gens pareils » reviendra également à plusieurs reprises dans son discours, montrant sa difficulté à tenter de comprendre leurs problèmes⁶², et en tout cas, son manque total d'empathie avec cette clientèle potentielle. Ainsi, le rapport Naves-Cathala (2000) montre l'insuffisance très nette de la formation des personnels judiciaires dans leur ensemble sur ces questions et la persistance d'images préjudiciables à une aide correcte.

⁶² - Elle était pourtant présente dans le cadre du bénévolat.

Toutes ces images ou représentations négatives, vont imprégner la femme toxicomane et l'amener à douter de ses capacités à être une « bonne mère ». Si ces doutes sont trop forts, la grossesse ne permettra pas les changements nécessaires car le but lui paraîtra inaccessible. Voici ce qu'en dit la responsable d'un programme suisse d'aide spécifique aux femmes toxicomanes, mandaté par l'Office fédéral de la santé publique : « *La capacité à ne pas se percevoir uniquement comme une junkie, une looser ou une prostituée, mais d'imaginer d'autres identités, semble contribuer de manière déterminante à engager, avec une chance de succès, un processus de sortie de la drogue – la grossesse et la maternité représentent pour les femmes ce type d'identité et sont des expériences porteuses d'une forte signification* » (Ernst Marie-Louise, 2001).

b) La perturbation des services

La femme toxicomane est souvent vécue comme extrêmement perturbatrice des services de maternité, qui, dans ces conditions, seraient peu susceptibles de la tolérer. En réalité, l'image de la femme désagréable, qui casse tout, qui s'énerve, etc. est celle de la toxicomane en état de manque. De fait, la femme qui parvient à se procurer de la drogue pendant son séjour en maternité et qui donc est effectivement droguée, laisse une image plus positive car elle semble se comporter « normalement ».

Dans une thèse de médecine consacrée à la substitution par méthadone pendant la grossesse, est retranscrite une interview d'un médecin de Marmottan expliquant ce cercle vicieux : « *Il y a un décalage entre la période du sevrage et l'état habituel. De façon caricaturale, le syndrome de manque ressemble à une crise de colique néphrétique associée à une déprime assez profonde, mais c'est un état temporaire qui dure quelques jours. Malheureusement, la femme sera jugée sur cette période, comme potentiellement dangereuse avec toutes les conséquences que cela peut avoir* » (Le Blond-Vaudour Gwenaële, 1997).

Ce décalage explique le « miracle » de la substitution, puisqu'elle permet de supprimer le manque et par conséquent les dérapages qui lui sont liés. La question du manque se pose toujours de manière aiguë mais elle concerne alors le bébé, qui doit être entouré de soins particuliers.

Le besoin de prendre le produit a plusieurs implications pour la femme au moment de son séjour à la maternité. Souvent par anticipation du manque à venir, la femme aura tendance à augmenter la dose prise avant l'arrivée en maternité, surtout parce qu'elle est angoissée et souvent peu tolérante à la douleur⁶³, ce qui présente un risque pour l'enfant.

⁶³ - Son état « habituel » est d'être sous anesthésie de la drogue. Dans le doute sur les produits qu'elle a pu prendre, pendant longtemps les anesthésistes ne prenaient pas le risque d'une anesthésie ni même d'une péridurale, donc ne soulageaient pas leur douleur. Deux conséquences en découlaient, des accouchements dans des conditions dramatiques (hurlements, etc.) qui perturbaient les services et une incitation pour les femmes à prendre une très forte dose d'un cocktail de tout ce qu'elles avaient de disponible avant de se présenter à la maternité, par anticipation.

Dans les cas extrêmes, la femme peut se faire approvisionner en drogue à la maternité, voire mettre en scène sa consommation. Voici le cas de Sophie, raconté par la psychiatre du centre de soins qui la suit aujourd'hui.

Donc arrivée, euh, enfin vraiment, moi j'ai des images, j'ai construit des images vraiment très théâtrales, Sophie s'est shootée à l'héroïne pendant l'accouchement, en salle de travail, donc, mettant en scène donc, ça, devant le personnel soignant !

Hum

Que [médecin] rapportait que le personnel, les soignants avaient tellement peur d'elle, que même les femmes qui lui portaient ses repas, posaient le plateau-repas devant la porte de la chambre, c'est-à-dire n'entraient plus dans la chambre... Et elle était vraiment décrite et vécue comme un animal sauvage...

Psychiatre, CSST, entretien n° 37.

Cette situation s'est présentée il y a seulement trois ou quatre ans et non dans un passé plus lointain, certains interlocuteurs tendant à laisser supposer que ce genre de problèmes n'arrive plus. La substitution n'est pas la panacée et des femmes toxicomanes continuent d'arriver aux urgences de la maternité « en catastrophe », souvent après le début du travail et sans qu'aucun suivi n'ait pu être mis en place. Un centre hospitalier dans Paris a été particulièrement décrit comme à même de toujours connaître de telles situations, du fait de son « recrutement » particulier parmi les prostituées.

La femme en manque risque également de faire des fugues, pendant son séjour à la maternité, afin de se procurer le produit. Ce comportement est le plus mal vécu par les équipes qui l'associent à un abandon de l'enfant, ce qui peut effectivement se produire (*cf. infra*).

La dernière alternative pour la mère est de se faire approvisionner à la maternité, donc de continuer sa consommation, de façon à donner l'apparence d'un comportement normal : elle ne fugue pas et n'est pas en manque. Interrogée sur la poursuite de sa consommation à la maternité, Christine nous répondra très gentiment « *oh oui* », pour indiquer ensuite que des « *amis, si on peut appeler ça ainsi* » passaient pour lui fournir son produit.

Dans l'enquête de M. T. Fedi (1994, p. 42), un obstétricien indique de la même manière, au sujet des femmes toxicomanes, que « C'est difficile parce qu'elles sont paumées, elles sont en manque, parce qu'il y a des dealers qui passent et que c'est le foutoir dans le service ». Des exemples de ce type ont bien évidemment marqué la mémoire de tous les services, comme nous l'a aussi souligné une sage-femme :

Parce que la prise en charge de ces femmes-là pour l'équipe est extrêmement difficile hein, il y a la femme, bon qui est pas toujours facile, et puis surtout il y a l'entourage, donc là on s'est retrouvés de temps en temps confrontés avec des menaces de dealers, on a eu une chambre barbouillée de mercurochrome, enfin bon, non, non on a... Il y a des fois où on dit terminé, on n'en veut plus, hein !

Sage-femme, CHU, entretien n° 11.

Les cas qui sont ainsi cités paraissent toujours extrêmes ou anecdotiques, mais ils sont au cœur du vécu de ces professionnels et ont pour conséquence d'entretenir des images négatives vis-à-vis de ces femmes. De même, lorsqu'un accident se produit, la mort d'un enfant, son abandon sur la voie publique ou sa maltraitance, l'équipe va être choquée pour une longue période, « *tant qu'elle n'aura pas été réparée* » nous a dit une psychiatre et les femmes suivantes vont, en quelque sorte, faire les frais des

traumatismes et angoisses du personnel (*cf. infra en quatrième partie, la souffrance des équipes*).

c) La toxicomanie fait-elle obstacle aux compétences parentales ?

La notion de parentalité a été évoquée par certains de nos interlocuteurs. Il faut tout d'abord s'attacher à définir ce terme, avant de le mettre en rapport avec la question de la toxicomanie.

Pour les sociologues, la question de la parentalité est essentiellement de savoir « *qui est le parent* » (Théry Irène, 1995). Des termes en sont issus qui traduisent cette conception, comme homoparentalité, pluriparentalité, etc. (Martin Claude, 2003). Si la parenté revient à deux parents, la parentalité « *peut être dévolue successivement ou même simultanément à plusieurs personnes* » (Dekeuwer-Defossez Françoise, 1999). Pour les psychiatres et les psychologues, la question se pose davantage en termes de pratiques ou d'aptitudes à être parent. Les travailleurs sociaux, comme le discours public, vont s'approprier ce nouveau sens, la parentalité devenant un « *être parent en situation* » (Chauvière Michel, 2002).

Le dictionnaire critique d'action sociale définit ainsi cette notion : « Une façon très large d'être parent, en y incluant des responsabilités juridiques telles que la loi les définit, des responsabilités morales telles que la socio-culture les impose et des responsabilités éducatives » (Barreyre J.Y. et al., 1995).

Pour Marthe Barraco et Martine Lamour (2001), « La parentalité est la capacité de répondre aux différents besoins de l'enfant, corporels, affectifs et psychologiques. C'est un processus évolutif. [...] Il faut différencier la parentalité des liens affectifs que nouent les parents avec l'enfant. Ces parents peuvent aimer leur enfant tout en étant défaillants ». De nombreux exemples nous en seront donnés, en particulier dans les dossiers judiciaires examinés, qui couvrent souvent une longue période, plus propice à l'observation de l'évolution des situations (Barraco Martine et Lamour Martine, 2001).

Dans un colloque tenu au Canada autour de la définition des compétences parentales, certaines conditions de vie sont relevées comme facilitant l'exercice de la parentalité, comme le soutien social et l'entraide, tandis que des éléments y font obstacle : « *Parmi les conditions contraignantes, outre l'isolement social, l'imprévisibilité et le manque de contrôle sur sa vie constituent des aspects saillants* » (Lacharité Carl, 2003).

Ce propos d'ordre général sur les conditions d'exercice de la parentalité trouve une application immédiate au cas des femmes toxicomanes. Celles-ci sont en effet décrites comme disposant d'un faible capital social, pas de conjoint, rupture avec les parents proches, des frères et sœurs également toxicomanes, pas de vie professionnelle, etc. Par ailleurs, elles sont montrées aussi bien dans la littérature que par nos interlocuteurs comme particulièrement imprévisibles, du fait de leur quête du produit et ayant un faible contrôle de soi ou de son existence, « engloutie » en quelque sorte dans le produit. De ce fait, elles cumulent facilement les trois handicaps décrits.

Tout d'abord, les femmes toxicomanes disposent d'un faible capital ou réseau social, et ce d'autant plus quand elles sont jeunes. De nombreux récits montrent une fuite du domicile parental, une exclusion de la famille proche. Or, toutes les études sur la maternité montrent bien la fonction première de la mère ou des sœurs dans un apprentissage des fonctions parentales.

J'avais commencé à 17-18 ans [la toxicomanie à l'héroïne], et bon, des problèmes dans ma famille...

Hum

Avec papa-maman, surtout avec maman, et puis on m'a mise, comme on dit, à la porte.

Zohra, entretien n° 33.

Ensuite, les femmes toxicomanes sont décrites comme étant imprévisibles. Nous en développerons un aspect particulier un peu plus loin, concernant les fugues.

Enfin, leur manque de contrôle sur leur vie, lié à la dépendance au produit est également un obstacle à ce qu'elles puissent exercer pleinement leurs fonctions parentales, qui exigent à la fois le contrôle de soi et d'un autre être totalement dépendant.

Cette réflexion a été reprise par plusieurs interlocuteurs, qui ont pu l'exprimer de différentes façons, l'idée principale étant que ce sont des femmes qui sont sous la dépendance de la drogue, ce qui peut neutraliser leur bonne volonté pour s'occuper de leur enfant. Voici comment s'exprime à ce sujet l'une des sages-femmes, exerçant en unité mère-bébé :

Il faut savoir que c'est des mamans qui sont quand même fragiles dans, à la fois elles-mêmes et dans leur relation à leur enfant, parce qu'elles sont très, très préoccupées par leur produit, par leurs propres problèmes, etc. et elles sont pas forcément très, elles sont pas toujours sûres de leurs capacités maternelles, elles savent qu'elles sont faillibles donc il faut beaucoup les accompagner. En général en plus, comme le pédiatre a besoin de soins et qu'elles sont pas toujours en état tout à fait, euh, à 100 % de s'occuper de leur enfant, elles sont toujours capables de s'occuper de leur enfant mais elles sont parfois un peu dans le potage, quoi je veux dire, donc l'équipe prend le relais.

Cadre sage-femme, entretien n° 22.

La difficulté va être bien évidemment d'évaluer la qualité de ces compétences parentales sans demander à ces femmes d'être des mères parfaites, c'est-à-dire sans exiger d'elles davantage que des femmes qui ne consommeraient pas de produits.

d) Des mères « acceptables » malgré tout ?

De façon générale, les professionnels semblent douter de la capacité des femmes en situation précaire à être de bonnes mères. Ce constat a déjà été fait dans une étude sur les centres maternels « [...] *Les femmes sont accueillies pour être accompagnées dans l'apprentissage de la fonction maternelle. L'unanimité autour de cet objet, ..., a pour corollaire la croyance (exprimée sous forme d'un constat), que ces femmes en grande difficulté ne peuvent pas et ne savent pas « spontanément » être mère, c'est-à-dire une « bonne mère »* » (Donati Pascale et al., 1999).

Cette croyance que ces femmes démoniaques ne sauraient pas de ce fait être « naturellement » de bonnes mères est également décrite par une professionnelle de l'un de ces centres, que nous avons rencontrée :

Il y a une mission, mais quand on lit le rapport d'activité du centre maternel, il y a quatre missions et voilà quoi, euh, déjà, retisser, ou tisser le lien mère-enfant, donc ça fait un peu, c'est-à-dire qu'elles sont là pour ça déjà, leur offrir une, un toit, et puis les aider à une réinsertion professionnelle et puis des choses comme ça, mais enfin bon quand on dit tisser le lien mère-enfant, c'est leur apprendre à être mère quoi, qu'elles ne sauraient pas naturellement, c'est pas naturel, quoi

Hum

Et donc je crois que ça c'est sous-jacent dans toutes les pratiques qu'on peut avoir.

Auxiliaire de puériculture centre maternel, entretien n° 44.

De fait, ces femmes souvent isolées ne bénéficient pas des conseils féminins habituels d'un entourage familial proche et les professionnels se sentent investis de la mission de développer leurs compétences maternelles. De manière quelque peu contradictoire, les femmes toxicomanes peuvent également être décrites comme disponibles pour leur enfant, démontrant toute l'ambivalence de cette relation au bébé :

Parce que ces mères, elles sont souvent... parce qu'à la fois on a l'impression... qu'elles se dégagent un peu de ce bébé et à la fois elles sont hyper protectrices. Ce sont des mères qui jouent quand elles peuvent, qu'elles sont disponibles, beaucoup, beaucoup avec leur bébé.

Assistante sociale, entretien n° 2.

Et c'est vrai que souvent, les mamans toxico sont souvent très proches de leurs enfants, elles sont très au courant de leurs besoins ou de leur, bon il y a des mamans toxico intellectualisées on peut dire et puis d'autres moins hein, mais moi toutes celles que j'ai pu rencontrer je crois quand même elles étaient très proches de l'enfant le connaissant bien et sachant bien ce dont il a besoin. Maintenant après, mettre en place ce qu'il faut pour euh, pour cela...

Puéricultrice, entretien n°5.

Les femmes concernées elles-mêmes peuvent se considérer comme mère selon un idéal contraignant qui les oblige à se démontrer comme de « bonnes » mères, avec des exigences quand aux horaires très strictes par exemple, prenant en quelque sorte le contre-pied de ce qui est habituellement reproché aux mères toxicomanes.

Le concept de mère « suffisamment bonne », emprunté à Winnicott peut permettre à la fois de décrire les limites acceptables chez la mère et les risques encourus par le nourrisson en cas de défaillance maternelle. « *La mère qui n'est pas suffisamment bonne n'est pas capable de rendre effective l'omnipotence du nourrisson et elle ne cesse donc de faire défaut au nourrisson au lieu de répondre à son geste. A la place, elle y substitue le sien propre, qui n'aura de sens que par la soumission du nourrisson. Cette soumission de sa part est le tout premier stade du faux soi et elle relève de l'inaptitude de la mère à ressentir les besoins du nourrisson. Par l'intermédiaire de ce faux soi, il élabore un ensemble de relations artificiel et, au moyen d'introjections, en arrive même à faire semblant d'être réel de telle sorte que l'enfant peut en grandissant ressembler exactement à la mère, à la nourrice, à la tante, au frère, ou à quiconque occupe le premier plan à ce moment-là* » (Davis Madeleine et Wallbridge David, 1992).

Ainsi, la mère toxicomane peut ignorer les besoins de l'enfant en y substituant ses propres projections. Il faut qu'elle soit suffisamment dégagée de sa problématique de dépendance pour ne pas instaurer un transfert sur le bébé.

e) *Quel lien ?*

Quand on s'intéresse au lien entre la mère et l'enfant on se réfère aux théories de l'attachement et non pas simplement aux relations physiques (le lien peut exister même en cas de séparation).

Les observations d'orphelins élevés en institution effectuées par Robert Spitz (1945) vont servir de point de départ à différents travaux comme ceux de Donald Winnicott, Anna Freud et John Bowlby sur l'importance de l'environnement pour le développement du nourrisson, au-delà des conditions d'hygiène et des soins physiques adéquats. John Bowlby va ainsi montrer « *la nécessité pour un enfant de recevoir de la tendresse et de pouvoir compter sur quelques personnes privilégiées* » (Miljkovitch Raphaële, 2004).

Bien que ces travaux datent de la fin des années cinquante, leur mise en application dans les établissements de l'Aide sociale à l'enfance sera extrêmement lente, malgré les dénonciations répétées de certains observateurs comme Pierre Verdier (1997). Ainsi, jusqu'aux années quatre-vingt, les enfants étaient changés périodiquement de nourrices (assistantes maternelles aujourd'hui) afin qu'ils ne s'attachent pas à la famille d'accueil.

Pour la plupart des intervenants en maternité rencontrés, ces mères toxicomanes ne sont pas « abandonniques » (terme utilisé dans les entretiens) ou « abandonnantes » (dans la littérature). Elles expriment leur désir d'enfant mais n'ont pas les moyens quelque part de l'assumer. En conséquence, les professionnels interrogés considèrent qu'il ne s'agit pas d'abandon :

Donc là après nous on doit travailler, pour des enfants petits comme ça, un projet d'adoption. Hein, pour ces enfants petits qui sont abandonnés, mais bon pour moi, ce n'est pas de l'abandon, ce n'est pas un accouchement dans le secret, ce n'est pas de la même nature, c'est pas un choix volontaire de la mère quoi. C'est la problématique qui fait que son enfant, ben euh, a un statut de pupille et un projet vers l'adoption, c'est pas un choix, c'est pas un choix de la maman. Et c'est vrai que ces enfants-là, même le projet d'adoption c'est pas évident à mettre en place pour ces enfants-là, parce que tout le travail des travailleurs sociaux c'est d'accompagner l'enfant, ben à faire le deuil de cette maman, alors que c'est pas forcément ce qui a été désiré par la mère au moment de la grossesse et au moment de l'accouchement, c'est la toxicomanie qui... qui fait qu'après...

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

Cette absence de lien, effective ou supposée, constitue une grande difficulté pour des équipes formées justement à tout faire pour favoriser la relation entre la mère et l'enfant. Ainsi les dispositions légales prescrivent de maintenir coûte que coûte l'enfant au sein de sa famille, dans une relation avec ses parents. C'est un droit de l'enfant. La question que se posent les équipes est de savoir comment travailler ce lien avec une maman qui se dérobe ou disparaît sans cesse. Le temps discontinu des mères toxicomanes, sur lequel nous reviendrons, ne paraît pas compatible avec cette construction du lien :

Oui, oui, des situations très compliquées. Et on peut pas travailler le lien, c'est ça qui, qui met à mal aussi les équipes, parce que notre mission par rapport à l'Aide sociale à l'enfance, c'est de travailler le lien mère enfant, pour imaginer que les parents puissent un jour, et là on peut pas travailler ce lien-là et en même temps on est empêché de mettre un projet en place pour l'enfant parce qu'on sait pas comment la mère peut... s'approprier cet enfant. C'est ça qui est compliqué pour les équipes je pense, par rapport à cette problématique spécifique.
Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

Le lien dont il s'agit, est dans l'esprit de cette professionnelle, très différent du simple contact. Ainsi une mère toxicomane qui va téléphoner timidement au service, mais pas à la pouponnière, pour savoir ce qu'est devenu l'enfant, n'est pas considérée comme dans le lien mais bien dans l'abandon. Elle ne pourra pas ainsi interrompre les délais de l'article 350 du code civil (permettant de constater judiciairement l'abandon, cf. *première partie*), qui stipulent que ce contact doit être bien plus qu'une simple manifestation auprès du service.

Ben c'est difficile pour l'enfant. Pour l'aider à être enfant de ce parent fugace, mais qui est dans l'attachement, c'est compliqué, parce qu'ils sont toujours dans l'espoir d'une rencontre qui va durer et qui s'inscrit pas. Mais le lien est fort, hein, l'enfant il est très, très imprégné des consignes de son parent, donc il est souvent dans l'illusion, un peu comme le parent, hein toxicomane, il est dans l'illusion, il nous ferait bien croire que tout va aller, tout le temps, mais il est pas fiable du fait de sa consommation, hein je veux dire, ils sont là dedans et puis après c'est terminé, mais bon quand il est là, on tient ça, et ça c'est important. Moi j'ai appris, hein, parce que c'était pas facile au démarrage, des parents hein, on pouvait les traiter de menteurs hein, non c'était pas ça qui se passait, c'était bien d'autres choses et puis bien souvent c'était lié au cocktail je veux dire, alcool et médicaments et drogues.
Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 19.

En fait, on voit bien qu'il y a confusion entre le lien et la présence, le fait d'avoir des relations. Cette professionnelle tout à la fois considère qu'il y a un lien, que l'attachement existe entre l'enfant et le parent épisodique, donc que ce qui fait défaut ce sont des relations stables, régulières, prévisibles pour l'enfant.

En termes de création du lien entre la mère et l'enfant, les prescriptions internationales, comme nationales (Haut comité de la santé publique, 1994) soulignent la place de l'allaitement maternel. Pourtant les réticences des professionnels en ce domaine restent très fortes, s'agissant des femmes toxicomanes. Cette crainte s'étaye sur la peur de la contagion, de l'empoisonnement. Le lait maternel serait ainsi souillé et impropre aux besoins du nourrisson. La littérature scientifique internationale retient néanmoins une absence de danger, voire quelques études préconisent l'allaitement maternel comme technique de sevrage en douceur du syndrome du bébé⁶⁴. Les exclusions médicales actuelles de l'allaitement concernent exclusivement le VIH, car il y a aujourd'hui un consensus dans la littérature médicale pour l'allaitement en cas de VHC.

Pourtant, même en cas de traitement de substitution, les services ne semblent pas privilégier l'allaitement maternel. Dans la cohorte de femmes substituées de 1998, on a observé 22 % de femmes qui ont allaité, soit moitié moins qu'en population générale (Lejeune Claude et *al.*, 2003).

⁶⁴ - La dose de produit passant dans le lait paraît insuffisante pour cela.

Dans les études les plus récentes, l'apport des sciences humaines et en particulier de la psychologie est de souligner l'importance de l'interaction avec l'enfant dès sa naissance (Cardi Coline, 2004). L'examen de dossiers judiciaires montre que cette interaction est traduite par les travailleurs sociaux en terme de « répondre aux besoins de l'enfant », en se limitant aux soins et à tout ce qui a trait au corps. Dans cette perspective, le discours est anachronique, de même que les réponses proposées comme « *l'apprentissage du ménage et de la préparation du biberon* » (Cardi Coline, 2001, p. 80).

2) Les mesures et leur perception

Les placements sont les mesures éducatives les plus difficiles pour les professionnels comme pour les mères des enfants placés. Chaque type de placement a ainsi été évoqué, mais également le milieu ouvert, administratif ou judiciaire et de façon beaucoup plus rare les tutelles.

A- Les placements

De l'avis de tous les professionnels, les placements sont en nette régression, ce qui serait à la fois un bien puisque le placement est la décision la plus difficile à vivre pour les familles mais également un problème, dans la mesure où, pour certains intervenants, les situations de danger réel seraient aujourd'hui sous-estimées.

Les juges ne placent plus, là. Il faut vraiment que l'enfant soit martyrisé, euh et encore, hein ! Depuis que Ségolène Royal nous a envoyé des notes disant qu'on plaçait trop les enfants, euh, elle a fait un mal fou, déjà qu'on en plaçait pas beaucoup ; ça avait diminué de 50 % les placements d'enfants depuis 10 ans mais là maintenant on en place plus du tout, on a un réel problème d'enfants en danger qui sont gardés avec leurs parents, hein !
Médecin PMI, entretien n° 8.

Ainsi ce médecin, tout en démontrant qu'il n'est pas favorable aux placements, y compris pour les mères psychotiques, se plaint de ce que les signalements qu'il estime justifiés ne soient suivis d'aucun effet judiciaire. Cette vision est néanmoins difficilement conciliable avec les chiffres relevés au niveau national, sauf en ce qui concerne la baisse générale des placements.

Les textes de loi prévoient que le juge a le choix entre confier l'enfant à l'Aide sociale à l'enfance (placement institutionnel) ou le confier directement à une institution de son choix (placement direct) ou à un tiers digne de confiance (le plus souvent dans la famille élargie ou auprès d'une association). Pour le conseil général, nous avons vu qu'existe également un placement administratif, c'est-à-dire non judiciaire, à la demande des familles ou du moins avec leur accord. Enfin, dans la pratique existent également des placements clandestins, c'est-à-dire de fait, sans intervention ni de l'administration, ni du juge. De ce fait, ces cinq types de placement, leurs avantages, inconvénients, effets et la manière dont ils sont appréhendés par les différents protagonistes vont maintenant être envisagés.

a) Le placement institutionnel

Le placement judiciaire ou administratif dans les services de l'Aide sociale à l'enfance se fait dans deux types de structures, soit en établissement (pouponnière, maison d'enfant, etc.), soit en famille d'accueil.

On parle de famille d'accueil ou de placement familial⁶⁵ pour désigner une assistante maternelle agréée par l'ASE, hébergeant l'enfant à son domicile. Contrairement à cette formulation, ce n'est pas une famille qui est chargée de l'accueil de l'enfant, mais une personne exclusivement féminine. Néanmoins, la tendance qui se dessine aujourd'hui est d'associer le conjoint de la nourrice à l'accueil, conjoint qui, jusqu'à récemment, n'était pas partie prenante dans la prise en charge de l'enfant, contrairement à ce qui se passerait dans une famille adoptive (c'est un couple qui adopte).

Le placement dans une famille d'accueil est généralement considéré comme étant le meilleur pour l'enfant puisqu'il lui permet de bénéficier d'un encadrement personnalisé, moins dommageable qu'un séjour en établissement (pouponnière, foyer, etc.). Cette solution n'est néanmoins pas proposée à tous les enfants pour différentes raisons. Les critères d'âge constituent un élément important du choix de la structure : jusqu'à trois ans les enfants peuvent être accueillis en pouponnière⁶⁶ et partent ensuite seulement en famille d'accueil. Les plus grands, bien souvent, quittent les familles pour des foyers. P. Verdier dénonçait, en 1993, que seulement un quart des enfants placés pouvaient bénéficier d'un placement familial. En dix ans, les choses ont évolué puisque les données de 1999 (Ruault Marie et Callegher Daniel, 2000) font état de 59 000 enfants en famille d'accueil sur les 111 400 confiés à l'ASE, soit 53 %. Ces données ne prennent pas en compte les placements directs par les juges auprès des tiers dignes de confiance.

Dans le département des Hauts-de-Seine, la situation est moins favorable, puisque 37 % seulement des enfants placés sont accueillis en familles d'accueil (921 enfants au 31 décembre 2002). Parmi ceux-ci, sept sur dix sont accueillis dans des familles salariées sur le département, trois sur dix étant envoyés vers d'autres départements, en général en province. Selon le Conseil général, cette proportion plus basse d'enfants accueillis en famille s'explique par la part importante des plus de 13 ans, pour lesquels ce type de placement est moins souvent choisi (les familles ne veulent pas d'adolescents). 480 assistantes maternelles à titre permanent sont employées par le département (Conseil général des Hauts-de-Seine, 2003). Un juge des enfants nous a relaté sa stupéfaction face à cette situation à son arrivée dans ce département :

Ça c'est quelque chose qui m'a ahurie, parce qu'avant d'être juge des enfants ici, j'étais en province et moi si vous voulez j'avais tous mes enfants, si je peux dire, qui étaient dans un périmètre très, très restreint, je connaissais tous les établissements autour. Et quand je suis arrivée ici et que j'ai vu cette...

[Intervention : Débandade...]

Euh voilà cette exportation d'enfants, j'étais sidérée. On m'a expliqué, et c'est vrai qu'il y a aussi des raisons liées au manque de familles d'accueil, de structures en région parisienne...

[Çà a l'air d'être contesté par d'autres]

⁶⁵ - Il ne s'agit pas de la famille de l'enfant ou de celle de sa mère.

⁶⁶ - Le maintien sur une durée longue, c'est-à-dire excédant quatre mois, d'un enfant en pouponnière est un reproche récurrent adressé par les pédiatres à l'Aide sociale à l'enfance.

Il est vrai si vous voulez moi qui travaille sur [ville], bon, trouver des familles d'accueil à [villes] quand tous les gens sont déjà en difficulté, bon, ça, ça me paraît quand même une évidence, on en trouve bien sûr, mais pas autant qu'il en faut, euh, quand on a affaire dans ces cités à des gens en difficulté, c'est pas ces gens là qu'on va désigner comme famille d'accueil !
Juge des enfants, entretien n° 28.

L'argument retenu ici est le manque de familles d'accueil potentielles dans un climat global de précarité, constatée dans certaines communes. On peut souligner ce point car au niveau national le lien entre précarité et placement est l'enjeu de multiples débats, mais il s'agit habituellement de la précarité des familles dont les enfants sont placés. Ici, la précarité est explicitée comme une raison du départ des enfants vers la province⁶⁷.

Quand le juge des enfants prend une ordonnance de placement provisoire, pour un nouveau-né, l'enfant est confié à l'ASE. La prise en charge se fait dès l'hôpital. L'enfant est alors dirigé vers une pouponnière où il restera jusqu'à une année avant d'être orienté vers une famille d'accueil ou adopté si les conditions juridiques le permettent. Les délais sont plus courts parfois pour les enfants adoptables, autour de deux mois.

Le juge décide. Dans la mesure où le juge a décidé un placement à l'ASE, enfin de le confier à l'Aide sociale à l'enfance, alors à ce moment là il va aller soit en pouponnière soit en famille d'accueil, en général d'abord en pouponnière, ce sont des nouveau-nés, des tout petits, secondairement seulement dans une famille d'accueil, dans un délai qui est un petit peu variable c'est aussi d'ailleurs un sujet de querelle, ils ont tendance à garder très longtemps en pouponnière collective ce qui est pas terrible. Enfin ils essayent de prévenir ça mais...

Médecin pédiatre CHU, entretien n° 1.

Peu de données existent dans la littérature française sur la question de la connaissance par les familles d'accueil des antécédents des enfants qui leur sont confiés. La même question se pose pour l'adoption. A la fois la connaissance de ce qu'a vécu l'enfant permet de mieux le prendre en charge et de comprendre certains traits de son comportement, et à la fois elle risque d'induire des peurs ou des réticences chez la famille d'accueil. Aux Etats-Unis, cette question est largement posée concernant l'exposition de l'enfant aux drogues, du fait de la forte diffusion de ce phénomène (en particulier les enfants nés de mères consommatrices de crack). En effet, les enfants ayant été exposés aux drogues sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de poids, de sommeil et de comportement. Ces besoins font qu'il est plus difficile pour les services sociaux de leur trouver des places adéquates de placement. De plus, quand ils en trouvent, les familles d'accueil s'épuisent beaucoup (burnout) et choisissent bien plus souvent de rendre l'enfant que si celui-ci n'a pas été exposé aux drogues (Lester Barry et al., 2004).

b) Le placement chez un tiers digne de confiance

Le placement chez un tiers digne de confiance est l'une des modalités offertes par les textes au juge des enfants, qui doit rechercher une solution dans la famille biologique

⁶⁷ - Une raison historique paraît tout aussi pertinente : les enfants abandonnés, phénomène essentiellement urbain, étaient envoyés à la campagne pour « profiter du bon air ». Le même mouvement dans les années 1950-70 a amené la création des établissements pour alcooliques, toxicomanes, malades mentaux en milieu rural.

de l'enfant mais qui peut également choisir une association ou un établissement, ou encore une personne privée. Dans ce cas, c'est le juge qui fixe les modalités des droits de visite des parents. Ces placements directs ne sont comptabilisés par l'Aide sociale à l'enfance, que par le versement de prestations à ce titre, soit 23 000 bénéficiaires en 2002 (Baudier-Lorin Claire et Chastenet Benoît, 2004).

La modalité la plus courante de ce placement est le recours à l'accueil de l'enfant par ses grands-parents. Comme nous le rappelle J. Peyré, « *De tous temps, en France, des enfants ont été élevés par leurs grands-parents* » et que jusqu'à une période relativement récente le don d'enfants dans le cercle familial ou de voisinage était une pratique qui existait (Peyré Janice, 2002). Aujourd'hui, les études sur les solidarités familiales montrent la place prépondérante des grands-parents dans la garde des enfants, y compris parmi les « baby-boomers » pourtant beaucoup plus souvent actifs que les générations précédentes (Attias-Donfut Claudine *et al.*, 2002).

Le placement dans la famille de la mère ou du père de l'enfant est une solution qui a beaucoup d'adeptes mais tout autant de détracteurs. L'avantage principal est qu'il s'agit d'une solution peu onéreuse pour la société⁶⁸, puisque la famille, c'est-à-dire le plus souvent les grands-parents, se substituent aux parents défaillants. Un autre avantage est la proximité de la famille élargie en termes de milieu social, d'origine culturelle, de niveau d'éducation⁶⁹ ; cet avantage paraît encore plus appréciable quand il s'agit d'un enfant de quelques années.

Ce placement dans la famille élargie est la modalité la plus fréquente des placements en Espagne, puisque seuls 6 % des placements sont institutionnels. La solidarité familiale est bien plus valorisée dans ce pays et non seulement la mère, mais également les frères et sœurs sont largement sollicités pour prendre en charge les enfants en cas de toxicomanie du parent. Les auteurs d'une recherche à ce propos relèvent la difficulté de cet accueil, en particulier une détresse pécuniaire des grands-mères lorsqu'elles sont seules et de faibles ressources, en l'absence d'aide de l'Etat pour cet accueil (Sanchez Moro Carmen y colaboradores, 2000).

Pour ces multiples raisons, les placements chez un tiers digne de confiance semblent avoir la faveur des juges pour enfants, alors qu'ils sont largement critiqués par les intervenants en toxicomanie, au motif, souvent invoqué, que la grand-mère maternelle risquerait de s'appropriier l'enfant et de se faire passer pour sa mère. « *Le lien biologique n'est pas le garant d'un mieux être pour l'enfant, et il faut analyser ses avantages et ses inconvénients face à l'accueil en institution. En effet, il nous semble que trop souvent le relais est pris à plus ou moins long terme et de façon plus ou moins définitive par les grands-parents maternels. Ces grands-parents qui ont été en échec avec la génération de leur enfant devenu toxicomane acceptent assez facilement cet enfant offert pour réparer la faute. L'enfant est présenté par la grand-mère maternelle comme son propre enfant, « souvent assimilé à un enfant eu à retardement » dira-t-elle. Alors quelle place peut encore occuper la véritable mère biologique de cet enfant ?* (Vallée Dominique, 1996).

Le plus souvent c'est la grand-mère maternelle qui accepte d'accueillir l'enfant mais des cas sont également rapportés où c'est la famille du père qui joue ce rôle.

⁶⁸ - Néanmoins elle n'est pas gratuite, puisque l'ASE verse une indemnité alimentaire au tiers digne de confiance désigné par un juge. Ces allocations permettent de dénombrer les mesures de ce type prises au niveau national.

⁶⁹ - Nous reviendrons sur la question de la « concurrence » que fait la famille d'accueil à la famille biologique quand elle est d'un milieu plus aisé.

Quelquefois, un problème de toxicomanie est un révélateur d'une situation familiale complexe, ainsi qu'a tenté de nous l'expliquer une assistante sociale de l'ASE, un dossier substantiel à l'appui :

Alors les enfants au départ, ça fait, alors les enfants ils ont toujours grandi avec elle [la mère] jusqu'à l'âge de 7 ans de la fille. Après le père a quitté la cellule familiale pour partir dans les Iles travailler, à ce moment là elle, elle était déjà dans la toxicomanie, hein, elle a pas pu gérer tout, donc elle a été de foyer d'urgence en foyer d'urgence, qui essayaient plus ou moins de maintenir la situation avec ses enfants, et puis à un moment ils ont évalué que ça pouvait plus tenir quand même, qu'ils y arrivaient pas. Donc ils ont signalé.

Là il y a eu un premier placement des enfants pendant six mois, donc dans une famille d'accueil, euh, le jour du placement en fait il y a la grand-mère paternelle qui s'est manifestée avec le père qui était revenu des Iles pour récupérer les enfants, donc il y a une évaluation de six mois. Et au bout des six mois c'est la grand-mère paternelle qui a été désignée tiers digne de confiance pour récupérer les enfants. Et le père était au domicile de la grand-mère paternelle.

Donc du coup ça allait, et puis au bout de deux ans, le papa a décidé de reconstruire sa vie donc il a re-quitté le domicile de la grand-mère, en laissant les deux enfants à la grand-mère paternelle, et deux ans après la grand-mère paternelle elle a décidé qu'elle en avait marre et elle a re-donné les bambins au père, qui venait de reconstruire sa vie dans une nouvelle cellule familiale, donc, euh, ça a tenu deux trois ans aussi et puis après la situation s'est dégradée. La jeune fille. Enfin ça c'est dégradé ça veut dire que le père comprenait plus trop sa fille, il n'y avait pas de dialogue, d'abord avec sa fille, puis après avec son fils.

Donc un jour la fille a décidé d'aller chez les flics porter plainte, pour coups, donc le père a été placé en garde à vue, euh, la jeune fille a désiré être placée chez la grand-mère et la grand-mère a dit qu'elle pouvait pas assurer, donc elle a été placée dans une famille d'accueil du service.

Assistante sociale, ASE, entretien n°14.

La décision de placer l'enfant chez un tiers digne de confiance est en principe préparée, et une enquête doit permettre au juge d'apprécier si cette solution est susceptible de présenter un avantage pour les enfants. On peut, à l'étude de cas comme celui-ci, se demander si l'évaluation avait été bien faite et s'il n'aurait pas été possible d'anticiper la défection ultérieure de cette grand-mère. Cette question a été abordée plus avant dans l'entretien avec cette assistante sociale. Elle reconnaît que cette femme n'était peut être pas la personne idéale pour assurer au mieux cette mission :

Ouais mais elle aussi elle est spéc., elle est pas claire, pas claire non plus cette grand-mère. Parce qu'elle était tiers digne de confiance et le jour où elle en a eu marre, elle a dit écoute mon fils tu te débrouilles dans trois mois, ils sont sur le trottoir et tu les récupères. C'est pas, c'est une grand-mère très investie dans son travail, qui, elle, a eu un échec au niveau de son couple et de ses enfants, des gros problèmes, donc, bon...

Assistante sociale ASE, entretien n° 14.

Enfin, une troisième fois au cours de l'entretien, cette question sera ré-examinée, cette fois en termes de défaillance des services qui ont assuré l'évaluation et pris la décision, puis finalement en rejetant la faute sur une grand-mère manipulatrice.

Non, et il faudrait savoir ce qu'il y a comme enjeux dans la famille, parce que bon quand il y a des histoires de toxicomanie, il y a toujours des enjeux. Là pourquoi ils en étaient tous là, c'est pas pour rien quoi. Le père est en conflit avec sa mère, la mère est en conflit avec la belle-mère et avec le père, tout le monde, donc forcément on peut pas donner des enfants à la grand-mère paternelle en lui demandant de supporter la mère le week-end et le père à temps plein, parce que...

[Question : Pourtant, il y a un juge qui l'a fait ?]

Ouais, peut être qu'à l'époque... Mais c'est une famille qui cache très bien son jeu, notamment la grand-mère paternelle, elle est balais là-dedans, ouais, ouais. Elle paraît conforme. Je comprends que dans une IOE⁷⁰ de six mois qui commence au bout de deux mois, il reste que quatre mois pour l'évaluation, on puisse se dire pourquoi pas en tout cas.

La grand-mère qui venait à toutes les rencontres, qu'allait voir ses enfants régulièrement. Bon, derrière ça c'est une personne très rigide, qui a été elle-même en difficulté, qui est vite dans le rejet, bon ben mais ça, c'est après, quoi.

Assistante sociale, Ase, entretien n° 14.

Une partie de son discours laisserait à penser que peut-être les juges étaient moins vigilants au moment de ces faits, puisque les placements étaient deux fois plus nombreux il y a une dizaine d'années.

Contrairement aux familles d'accueil agréées par l'ASE, les familles « ordinaires » qui assurent l'accueil d'un enfant ne bénéficient pas d'une formation ou d'un soutien psychologique spécifique pour prendre en charge le nouveau-né, souvent dans des conditions conflictuelles si la mère n'adhère pas à la mesure de placement. Aux Etats-Unis, le déclin du nombre de familles d'accueil salariées expliquerait en partie le recours au placement familial, ainsi que les textes de loi qui imposent le placement dans une famille ressemblant le plus possible à la famille biologique (Tyler Rachelle et al., 1997). Or, d'après cette même recherche américaine, le développement de l'enfant évalué à six ans serait supérieur pour ceux qui sont restés avec leur mère toxicomane, comparativement à ceux placés dans la famille élargie, notamment du fait de l'âge souvent trop élevé de ces parents nourriciers pour assumer convenablement les fonctions parentales (âge moyen supérieur à 49 ans, soit 20 ans de plus que celui des femmes à la maternité). Ainsi ces grands-parents rencontrent des problèmes de santé propres à leur âge, mais également des difficultés économiques, et des épisodes dépressifs liés à la charge des petits-enfants et à la toxicomanie de leur fille (Raves Victoria H. et Burnette Denise, 2001).

Pour nos interlocuteurs, le défaut principal de la grand-mère maternelle est d'être la mère d'une enfant toxicomane, et tous pensent qu'il n'y a pas de hasard. Cette grand-mère est donc suspecte à leurs yeux, car n'ayant pas su empêcher sa propre fille de devenir toxicomane :

On est toujours un petit peu inquiet quand même quand c'est les grands-parents parce qu'on se dit, quand même, enfin les parents de la mère, si elle est entrée dans la toxicomanie c'est peut être aussi qu'elle avait des choses à régler par rapport à sa propre histoire avec ses parents, donc, quand les parents s'investissent de leur petit enfant, eux aussi ils ont des choses à régler avec leur propre fille, hein, ou leur propre fils, donc euh ça nous interroge quand même, hein, quand c'est les parents de cette maman qui s'occupent directement de l'enfant, on en a eu quelques uns là, et c'est vrai qu'après, donc il y a eu des placements de tiers donc là c'est le juge qui, euh, place chez un tiers avec une mesure d'AEMO donc là c'est vrai qu'ils sont accompagnés quand même, la mère est pas toute seule, il y a des intervenants.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

Sur ce registre, les juges pour enfants que nous avons interrogés tiennent un discours analogue, mais avec une vision beaucoup plus positive et pragmatique. Pour eux, le placement dans la famille élargie est la solution préconisée par la loi ; ils sont

⁷⁰ Investigation d'orientation éducative : enquête demandée par le juge des enfants aux services judiciaires.

désignés pour appliquer la loi et doivent donc rechercher si cette solution est envisageable.

Bien sûr, il peut y avoir à l'occasion un peu de confusion, mais je préfère que la famille s'occupe des enfants, qu'il y ait un petit peu de confusion, qu'il y ait personne, d'accord, de toute façon la loi prévoit que les placements institutionnels soient subsidiaires. Alors évidemment, sauf dans le cas extrême, le cas extrême de la grand-mère destructrice, si vous voulez, qui va complètement discréditer la mère aux yeux de l'enfant, mais ça, ça relève de la maltraitance si vous voulez, alors c'est non seulement une éjection de la mère, on prend sa place et on refait sa copie si vous voulez, d'accord, donc dans ce cas-là il faut éviter. Si le parent veut refaire sa copie, qu'il est absolument, qu'il tient des discours, comment dirais-je, sur la mère quoi, là il faut éviter, c'est clair. Mais ça dans ce cas-là, mais pas dans tous les cas. Il ne faut pas que les cas extrêmes fassent généralité. Voyez ce que je veux dire. Alors c'est pas la confusion en elle-même qui est dangereuse, c'est quand il y a maltraitance. Quand les difficultés entre la grand-mère et la mère sont telles que, la mère est rejetée tout simplement.

Juge des enfants, entretien n°18.

La solution de l'AEMO, c'est-à-dire le suivi à domicile par un éducateur est donc privilégiée par les juges comme permettant tout à la fois de concilier les impératifs de la loi, qui dit que l'enfant doit être confié aux grands-parents s'ils en formulent la demande⁷¹ et d'exercer une surveillance minimale sur l'organisation de ce placement. A ce propos, il convient de noter que dans les statistiques nationales que nous avons examinées, il est impossible de distinguer les enfants qui feraient ainsi l'objet d'une double mesure, avec ce que cela peut impliquer comme doubles comptes.

En effet, quand un simple placement chez un tiers digne de confiance est réalisé, les textes ne prévoient qu'un dédommagement de cette famille d'accueil par l'ASE mais aucun suivi de la situation. Souvent, c'est ce service qui demandera l'AEMO au juge :

Et les tiers, nous des fois, on est très inquiets, hein ! du placement chez un tiers. Quand même, il faut aller voir ce qui s'y passe chez le tiers, surtout quand c'est un grand frère aîné qui prend en charge des petits frères et des petites sœurs, c'est pas forcément évident, c'est tout, enfin tout membre de la famille qui souhaite, investir un enfant. Donc là il y a rien qui est demandé par rapport à un tiers, il y a pas d'obligations, nous l'Aide sociale à l'enfance, on vérifie même pas les conditions de vie, hein, d'un enfant chez le tiers. [...]

Pourquoi pas, hein, ça peut être une solution d'accueil, même d'accueil séquentiel chez un tiers, quand le parent est en panne, pourquoi pas, hein, mais c'est vrai que là il y a pas de vision de ce qui se passe chez le tiers. Nous, on verse uniquement la prestation et puis en retour... Alors quand il y a une mesure d'AEMO, et bien l'AEMO rend des comptes uniquement au juge des enfants, mais on est quand même rassurés de l'AEMO.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

Selon ces propos, dans tous les cas de placement chez un tiers digne de confiance, l'ASE est exclue de la surveillance et n'est que le prestataire d'une indemnité financière. Un seul intervenant, de milieu associatif, nous a souligné une dérive possible, certaines familles organisant, selon lui, le détournement de ces prestations de l'ASE :

On en a beaucoup de tiers dignes de confiance avec un statut bien particulier, pas très bien défini. Alors il y a deux types de familles tiers dignes de confiance qu'on voit là sur le [arrondissement], des familles tiers dignes de confiance qui

⁷¹ Sauf si cela paraît contraire à l'intérêt de l'enfant. Nous en verrons un exemple.

effectivement sont soit la famille élargie, font partie de la famille élargie et prennent en charge effectivement l'enfant, ou alors ça peut être un ami de la famille dans des périodes de crise et là effectivement la mesure d'AEMO est là pour justement un suivi éducatif et des conseils à apporter à ce tiers digne de confiance, parce qu'effectivement il n'y a pas de référent de l'Aide sociale à l'enfance, hein c'est un placement qui est direct, ou alors on a d'autres familles qui sont nommées tiers dignes de confiance, qui demandent, qui arrivent à prouver par tous les moyens au juge que, euh, ils peuvent soutenir. Beaucoup de familles africaines dont les enfants arrivent sous de fausses identités, quelques, où les parents ne sont pas là et il y a des gens qui se proposent comme tiers dignes de confiance parce qu'ils savent qu'ils peuvent avoir une indemnité auprès de l'ASE.

Ah oui d'accord

Voilà, donc c'est plus euh, par rapport à des soucis financiers que, qu'autre chose.
Chef de service socio-éducatif, entretien n° 43.

Il semble donc que les points de vue exprimés par ces professionnels s'accordent sur le constat du manque d'une structure ou d'une organisation intermédiaire, seuls les deux extrêmes étant prévus, soit un placement très organisé à l'Aide sociale, soit un placement chez un tiers digne de confiance assez peu surveillé. Le risque évidemment dans la seconde solution étant que si la situation évolue mal, que le signalement soit fait plus tard soit par la PMI, soit par l'école et que l'on aboutisse finalement à un placement ASE en seconde intention, avec une situation éventuellement plus dégradée.

c) Le placement direct

Le placement direct est en fait une variante du placement auprès d'un tiers digne de confiance, et il n'est pas distingué comme tel par les textes. Le juge peut décider de placer l'enfant directement dans une institution, souvent associative, sans passer par l'Aide sociale à l'enfance. Il s'ensuit que le lieu d'accueil de l'enfant est son unique interlocuteur, sans le relais de l'Aide sociale.

Cette solution, qui juridiquement est strictement équivalente, est souvent mieux perçue par les parents, auprès de qui la réputation de l'Aide sociale à l'enfance est souvent très mauvaise, surtout si eux-mêmes sont des anciens enfants « de la DDASS ».

Et d'ailleurs, au demeurant, j'ai dû après d'ailleurs lui avoir rendu son enfant, j'ai dû, je crois que j'ai dû le replacer, je crois d'ailleurs que c'est elle même qui a demandé à ce qu'il soit replacé, dans le cadre d'un placement, disons, comment dirais-je moins stigmatisant, parce qu'avant je l'avais placé à l'Aide sociale à l'enfance, et après j'ai fait un placement direct dans une petite institution qu'elle a pu visiter, vous voyez,
[Question : Un placement direct ?]

Un placement direct, donc quelque chose de, si vous voulez qui est moins, qui discrédite moins, qui est moins stigmatisant pour les parents. Parce que l'Aide sociale à l'enfance ça a toujours une connotation très mauvais parents alors que le placement direct ça fait un peu le parent qui choisit de protéger son enfant, qui choisit l'institution.

On parle plus d'internat, enfin bon, euh, c'est moins brutal, si vous voulez. Voilà, c'est moins humiliant, beaucoup moins humiliant. Donc parfois si vous voulez, quand on peut travailler dans le consensus, euh, il y a certains mots qu'il faut éviter d'employer, il faut éviter d'employer le terme placement, vous parlez d'internat par exemple. Vous parlez de mise à distance, de nouvel équilibre, enfin, vous voyez, chacun...

Juge des enfants, entretien n° 18.

Dans le cas évoqué ci-dessus, la raison du nouveau placement de l'enfant est que la mère « n'y arrivait pas » avec lui, étant impliquée dans une relation trop fusionnelle. Il s'agit ici d'une femme toxicomane mais le juge ne fait pas le lien entre les conduites addictives de la mère et le lien pathologique à l'enfant, précédemment décrit comme une forme de dépendance.

Une autre variante éventuelle de ces placements directs est l'accueil dans une famille d'un réseau toxicomanie ou psychiatrie. Mais il s'agit dans ce cas d'une procédure non judiciaire car la mère doit adhérer au projet et l'accepter. Le juge ne peut pas placer autoritairement la mère dans ce type de structures⁷². Dans ce cas, l'accueil se fait non plus dans le réseau des familles de l'ASE mais par un autre réseau. C'est la dyade mère-enfant qui est accueillie dans une famille, y compris quand il y a plusieurs enfants, voire les deux parents et l'enfant. Cette solution peut être proposée par les assistantes sociales ou les centres de soins pour toxicomanes, de façon informelle.

Le réseau des familles d'accueil pour toxicomanes est ancien puisqu'il date de la loi de 1970, mais il est resté peu développé jusqu'au moment de l'épidémie de sida et du développement du réseau de familles d'accueil pour séropositifs. Nous en reparlerons à propos des alternatives au placement de l'enfant en troisième partie.

d) Le placement administratif

Le placement administratif est réalisé par l'Aide sociale à l'enfance, avec l'accord des parents, son existence repose sur leur adhésion à la mesure. Il s'agit d'enfants confiés à l'ASE en accueil provisoire.

Les services de maternité, comme les assistantes sociales de secteur ou la PMI peuvent proposer cette solution à une famille ne pouvant pas temporairement s'occuper de l'enfant. Des difficultés de fonctionnement ont été rapportées par l'ensemble de ces intervenants, du fait de lourdeurs imputées à l'ASE. En effet, le plus souvent l'Aide sociale va refuser les placements de courte durée, inférieurs à six mois, voire même inférieurs à l'année scolaire. Ainsi, l'urgence ou le « dépannage » seraient bannis du mode d'action de ce service.

Pour ce cadre de l'ASE, cette vision est parfaitement erronée et de gros progrès auraient été faits en ce sens, au cours de ces dernières années. Elle nous donne ainsi un exemple de placement administratif, lors d'une hospitalisation de la mère :

Elle a fait une tentative de suicide, elle a quatre enfants au domicile gardés par une voisine, là moi j'ai pris un accueil temporaire de trois semaines, en sollicitant [association], donc l'accueil tout simple, pour essayer de voir avec cette maman quelles possibilités elle avait après son hospitalisation et quel soutien elle souhaitait pour elle, et que ce placement-là se répète pas non plus pour, parce que le père est incarcéré, la mère est en psychiatrie. Il y a peut être du soutien à apporter à cette maman à domicile.

[Question : Mais là le juge a pris une décision et vous vous l'avez exécutée à la (association), en gros c'est ça ?]

Non, c'est nous qui avons pris la décision

[Question : C'est vous qui l'avez pris l'accueil temporaire ?]

⁷² - Il peut placer l'enfant, non la mère, sauf si elle est mineure.

Au départ, nous les avons accueillis dans le cadre de l'article 223-2 du code de l'action sociale et des familles, c'est l'accueil des mineurs sans représentant de l'autorité parentale, donc on a une souplesse au niveau du service de l'Aide sociale à l'enfance, c'est celle-là. Après on a huit jours, non on a un délai de cinq jours pour recueillir l'avis du détenteur de l'autorité parentale. Donc j'ai demandé aux travailleurs sociaux d'aller à l'hôpital parce que la maman était déjà en milieu fermé. Après le lundi, ils ont été expliquer à la maman ce qui se passait pour ses quatre enfants, ses quatre petites filles et de voir avec elle quelle décision elle prenait. Donc la maman était d'accord pour mettre en place un accueil temporaire le temps de son hospitalisation, donc là, il y a pas de juge, hein !

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

Cet exemple est néanmoins peu probant puisqu'il va dans le sens de ce qui avait été dit précédemment, à savoir que l'ASE utilise les structures associatives pour des missions qui normalement relèveraient de ses propres services. La création de cette association répond en effet à l'objectif de dépanner en urgence des mères plutôt que l'Aide sociale qui devrait disposer en théorie de ses propres structures d'urgence.

Pourtant, en l'absence de tels relais, des solutions d'urgence trouvées par l'ASE sont décrites par certaines femmes. C'est le cas dans l'histoire de Zohra, mais il faut noter qu'elle n'était pas dans la région parisienne. Après un quatrième accouchement (son ami est décédé en début de grossesse) où elle consent à l'abandon, elle décide le placement volontaire de ses trois enfants, pour entamer une cure de sevrage :

Je réveille mes filles je leur dis qu'elles allaient pas à l'école, j'ai préparé un petit déjeuner, une petite table et je leur ai dit qu'on allait se séparer un bout de temps, que j'avais besoin de me soigner et que c'était pas, que je pouvais pas tout faire et que, que, que j'allais demander un placement. Donc je suis allée voir, je suis allée en PMI.

Hum

A la consultation de PMI, j'ai demandé à rencontrer la psychologue, que je connaissais, et j'ai demandé le placement de mes enfants. Et j'ai demandé un placement judiciaire, même s'il était possible, mais il me fallait au moins, il me fallait un long moment parce que je voulais quitter l'appartement qui était chargé de mauvais souvenirs et qui était délabré et, on m'a dit, mais que c'était pas possible, que je pouvais pas demander le placement judiciaire. On m'a, enfin on m'a accordé quinze jours. Et je savais que c'était pas suffisant parce que j'avais pas de place à l'hôpital tout de suite, parce que j'étais pas sevrée. Et donc, on a trouvé une famille d'accueil pour mon fils, une structure d'accueil d'urgence pour mes filles, donc en foyer. Euh, bon, ça a été...(gros soupir), je me souviens que la plus grande des filles m'a dit, « maman ne t'inquiète pas je vais m'occuper de ma petite sœur », alors qu'elle était toute petite.

Zohra, entretien n° 33.

Deux autres femmes nous ont également décrit cette démarche de leur part, et comment cela s'était retourné finalement contre elles, l'interprétation habituelle étant qu'elles ne sont pas capables de faire face à l'éducation de leurs enfants. C'est un autre exemple de cette demande d'aide impossible pour ces femmes, qui entraîne le repérage par les services sociaux.

e) Le placement « clandestin »

Outre ces formes légales de placements, judiciaire par l'intermédiaire d'un juge, ou administratif par l'ASE, une autre forme peut être identifiée, hors de tout contrôle

extérieur. Ainsi, de gré à gré, ou sous la contrainte des événements, mais quelques fois par des conflits extrêmes, un accueil de fait est organisé chez un autre membre de la famille que la mère. Ce placement peut également exister lorsque la mère a laissé l'enfant dans sa famille ou celle du père, et a disparu, sans que rien ne vienne légalement organiser cette situation. Ce type de placement se situe dans les ressources des solidarités familiales.

La garde des enfants fait partie des services les plus courants rendus par les grands-parents, même dans les nouvelles générations de grands-parents occupés professionnellement⁷³ et leur garde « complète » n'est pas rare. La grand-mère se substitue alors « naturellement » à la mère défaillante. Nous reviendrons ultérieurement sur la difficulté engendrée par certaines situations confuses où éventuellement plus personne n'occupe sa place légitime dans la famille (la grand-mère devenant la mère, les oncles deviennent des grands frères, etc.).

La résolution du Conseil de l'Europe sur le placement des enfants tout à la fois encourage le recours à la famille, souvent considérée comme « *La meilleure forme de placement temporaire* » mais y met des conditions de contrôle et d'encadrement : « *prévoir une stricte surveillance des placements familiaux et les soumettre, notamment s'ils sont organisés à titre privé, à une procédure de notification et d'encadrement* ». De même, elle précise que le placement familial non réglé par une institution doit être découragé, voire supprimé. Ainsi dans certaines affaires où le juge est saisi plus tardivement, le constat d'un placement de gré à gré ou de fait dans la famille élargie peut être établi. Généralement, une enquête sociale permet d'examiner la situation qui n'est pas toujours propice au bon développement de l'enfant :

Donc, voilà, donc au départ elle est hébergée à l'hôtel pour un problème de toxicomanie. Alors en réalité elle a confié sa fille à ses parents, voilà. Mais alors ce qui se passe, c'est que je m'aperçois que, en réalité, cette solution n'est pas satisfaisante pour l'enfant. Alors je m'explique, j'ai une décision, je peux vous dicter quelques, donc je marque que « *le père est soumis à la toxicomanie de sa fille Y., que cette mineure est actuellement gardée donc de manière informelle par ses grands-parents maternels. Que ces derniers qui entretiennent d'ores et déjà avec leur fille des relations problématiques sont eux-mêmes confrontés à de graves difficultés de couple devant aboutir prochainement à une séparation* », donc c'est un peu le cirque, hein ! « *Que cet accueil qui pouvait se concevoir à titre provisoire n'est pas compatible avec l'épanouissement de cette mineure* ». Donc je la mets à l'Aide sociale à l'enfance. Et là, ce qui va se passer est assez intéressant, c'est que la demoiselle, elle, je crois qu'elle va faire une rechute, et euh, donc sa toxicomanie, le problème n'est pas réglé et ce qui va se passer, donc là on est, donc l'enfant pour l'instant est à [association] mais dans le cadre de l'Aide sociale à l'enfance.

Juge des Enfants, entretien n° 18.

Ainsi, les placements de gré à gré, peuvent s'inscrire dans « l'enfer des solidarités », en paralysant l'action du receveur de cette aide, comme le notent ces auteurs : « *Les excès de l'aide emprisonnent et assujettissent à la fois le pourvoyeur et le dépendant. La solidarité se complique d'une ambivalence d'autant plus forte que l'aide fournie est importante car la dépendance qu'elle suppose, ou engendre, est en contradiction*

⁷³ - Une enquête quantitative auprès de familles à trois générations montre ainsi « *l'importance étonnante de la garde des petits-enfants pratiquée par la nouvelle génération de grands-parents, celle des baby-boomers : 85 % des grands-mères et 75 % des grands-pères (dépassant en fréquence de garde les deux générations précédentes) fournissent ce service à leurs enfants de façon occasionnelle ou pendant les vacances. Une forte minorité s'y inscrit davantage en assurant une garde hebdomadaire (38 % des femmes et 26 % des hommes)* » (Attias-Donfut Claudine et al., 2002), p. 110.

avec l'exigence d'autonomie, qui prescrit aux adultes d'être capables « de se débrouiller seuls », norme prégnante dans les relations entre générations » (Attias-Donfut Claudine *et al.*, 2002), p. 116.

Dans la situation décrite par ce juge, la garde de l'enfant est revendiquée par la grand-mère mais en servant ses intérêts par rapport aux conflits dans le couple et en lui permettant de conforter son emprise sur sa fille. Le juge va donc placer l'enfant à l'extérieur de la famille et ainsi permettre à sa mère de prendre son autonomie, ce qui lui permettra de se libérer également de la drogue (*cf. infra*). Ces placements privés ne sont d'ailleurs bien souvent connus que lors d'une difficulté. Par exemple, si la mère ne parvient plus à voir l'enfant et qu'elle saisit la Justice (voir en quatrième partie) ou si l'école refuse que la grand-mère scolarise l'enfant alors qu'elle n'en a pas la garde. C'est ce que reconnaît avec humour ce juge des enfants :

Vous savez c'est un grand..., mais bon ça marche un peu pour tous les placements. Je sais pas si c'est un mythe, moi je dirais le mythe du lieu neutre, vous voyez, on a pu entendre ça, placer un enfant c'est mieux, il est en institution, de le placer dans des services parce que euh, la famille, peut encore créer des complications, les services allant jusqu'à dire aux parents pour vous ce sera plus facile de le récupérer, ce mot magnifique, s'il est placé en institution, s'il est confié à l'Aide sociale à l'enfance, que si il est dans votre famille et bien ils vous le rendront jamais, vous arriverez jamais. Voilà il y a tout ça, bon ben tout ça, bon ça, ça dépasse le cadre de votre intervention, mais c'est intéressant, mais c'est sur le placement et tout ce mythe qu'il peut y avoir et puis quel est le meilleur placement. Alors c'est vrai qu'on a tous un peu nos projections, moi je pense qu'il faut pas avoir d'a priori, qu'il faut tout examiner au départ, c'est vrai aussi, mais remarquez, nous on voit que les dossiers qui tournent mal, (rires), on voit pas les autres !

Juge des enfants, entretien n° 28.

Ces conflits familiaux sont quelquefois réglés par la Justice, quand l'une des parties (en général la mère évincée) n'en est pas, ou plus, satisfaite. Ce point sera détaillé à propos des conditions du placement dans la quatrième partie.

Une situation extrême inverse est décrite pour les Etats-Unis. De plus en plus de jeunes parents se déchargent totalement de leurs enfants sur les grands-parents, inversant le problème et « profitant » à l'extrême de l'aide familiale, en refusant de prendre leur autonomie. De fait, que ce soit lié à la drogue, au sida, aux maternités précoces ou à d'autres formes de marginalité, les jeunes adultes se déchargent complètement sur leurs parents. Cette situation est encore peu décrite pour la France, mais comme le notent Claudine Attias-Donfut *et al.* (2002) : « *Le récent film de Guédiguian, La ville est tranquille, met en scène une situation extrême de cet ordre. La jeune grand-mère travaille la nuit dans une poissonnerie du port de Marseille et prend soin pendant la journée du bébé de sa fille, une adolescente toxicomane qui se prostitue pour payer sa drogue. Le déroulement de l'intrigue suit l'escalade des besoins et l'engrenage des dépendances...* » p. 117.

Ces placements de fait dans la famille élargie participent d'un devoir, issu de normes familiales (Attias-Donfut Claudine *et al.*, 2002) qui s'imposent aux grands-parents, oncles et tantes, indépendamment des relations familiales par ailleurs entretenues avec les parents. Ainsi, dans les situations décrites par les femmes rencontrées, souvent la toxicomanie et le mode de vie qui en découle ont été l'objet de conflits familiaux importants, entraînant le rejet de l'élément perturbateur. Néanmoins, dans

de nombreux cas, malgré ces différends, le devoir imposera que les enfants ne soient pas élevés en dehors du cercle familial.

Aux Etats-Unis, l'ampleur du phénomène est particulière (7 % des foyers se composent des grands-parents et d'un mineur) du fait de l'accroissement des divorces, mais aussi des grossesses chez les adolescentes, de la propagation du sida et de l'augmentation du nombre de femmes incarcérées (Raves Victoria et Burnette Denise, 2001). La propagation de l'usage de drogues, en particulier du crack chez les femmes en âge de procréer, a entraîné une sollicitation accrue des grands-mères : « *L'abus de ces substances dangereuses joue un rôle dans plus de 80 % des cas où les foyers sont entretenus par les grands-parents* » (ibid, p. 210).

B- Les mesures en milieu ouvert

La loi stipule que dans la mesure du possible l'enfant doit être maintenu dans son milieu d'origine (article 375 du Code civil). La garde de l'enfant par sa mère est alors étayée ou accompagnée par un suivi, qui assure en même temps la poursuite de l'évaluation de la situation et plus particulièrement du lien mère-enfant. C'est donc à la fois une aide pour la mère et une surveillance, rassurante pour les professionnels. Les actions de soutien en milieu ouvert sont également développées dans la communauté française de Belgique (AMO) ou en Allemagne sous la forme d'un plan d'aide (ATD QUART MONDE, 2003).

En France, elles restent relativement sous-utilisées, ce que relève la plupart des rapports nationaux. Dans le cas précis de la toxicomanie, il semble que jusqu'à ces dernières années, ce ne soit pas des mesures auxquelles les professionnels pensent spontanément lorsqu'il s'agit d'une femme toxicomane. En effet, la proposition d'une aide en milieu ouvert suppose à la fois que la femme ait un domicile stable et qu'une équipe spécialisée (CSST) la prenne déjà en charge.

a) Les mesures d'aide éducative à domicile (AED)

L'Aide sociale à l'enfance peut proposer un contrat à un parent, fondé sur l'acceptation d'un suivi éducatif de la famille à domicile, sans passer par la voie judiciaire. Cette mesure nécessite qu'il y ait accord de la famille qui doit s'engager par la signature dudit contrat. Ces actions, parfois improprement nommées AEMO administratives, se fondent sur l'article L.622-3 du code de l'action sociale et des familles. Les statistiques nationales nous ont montré que ces mesures administratives tendaient à diminuer au profit des mesures judiciaires, plus légitimes aux yeux des familles comme de certains professionnels. La loi prévoit explicitement que lorsque la famille n'accepte pas cette aide ou tout au moins l'évaluation précise de la situation par les services de l'Aide sociale à l'enfance, l'enfant peut être considéré comme en danger, ce qui impose le recours à l'action judiciaire.

Quand une famille est déjà connue pour ses difficultés, l'AED peut être proposée par l'assistante sociale de la maternité. Souvent, cette mesure n'est acceptée que parce qu'un lien de confiance existe avec la mère. Cette mesure peut également être proposée par la PMI lorsque la situation paraît nécessiter un suivi plus rapproché de la situation familiale. Dans ce cas, le suivi assuré par l'Aide sociale se superposera à celui de la PMI.

L'AED administrative peut également être proposée à la mère par un service extérieur à la protection de l'enfance, qui assure le suivi de l'adulte, comme un centre de soins pour toxicomanes. Ainsi, les éducateurs qui ont conscience des difficultés de la mère peuvent lui suggérer de faire la démarche de demander de l'aide afin d'éviter de se retrouver en situation de se voir imposer une mesure qui ferait suite à un signalement.

Après nous, quand y a pas de notion de danger, alors on requiert la prise en charge médico-sociale de secteur classique, on s'appuie sur la PMI avec euh, la possibilité dans les semaines qui suivent de se revoir en synthèse, de refaire le point et là peut être de passer à autre chose, à ce moment-là une demande d'AEMO administrative, vous voyez. Mais moi, je fais jamais ce genre de choses en sortie de maternité. Je le fais, après observation au domicile, avec des choses quand même beaucoup plus étayées. D'abord de toute façon avant que l'AEMO administrative elle se mette en place, on a le temps (rires), alors, je me donne le temps, enfin qu'il y ait quelque chose d'affiné, qu'il y ait une équipe qui ait pris le relais, qui elle aussi ait pu penser, voir, analyser, la demande de la femme, tout ce qu'on veut.

Assistante sociale, entretien n° 7.

Or, quelquefois, cette demande d'AED administrative va attirer l'attention de l'aide sociale sur une situation non repérée jusqu'alors : cette demande d'aide va devenir l'élément du repérage qui va enclencher le signalement. Certains de nos interlocuteurs ont exprimé la difficulté dans laquelle les mettait ce retournement de situation (*cf. troisième partie*).

b) Les AEMO judiciaires

Dans le cadre judiciaire, le juge peut ordonner la mise en place d'une assistance éducative en milieu ouvert (AEMO) qui est une prise en charge globale de la famille dans son cadre de vie habituel. Cette mesure s'impose, en première intention, quand les parents sont présents et qu'il n'y a pas de maltraitance avérée. De fait, il s'agira souvent d'une étape pour tester les capacités parentales, quitte à décider d'une mesure plus énergique si nécessaire. Voici une situation relatée par un juge :

Bon à un moment donné, on retrouve le père avec une seringue, donc shooté, devant l'école de son fils, la mère avait un malaise, elle avait disparu, est-ce qu'elle était shootée ou pas on sait pas, donc il y avait deux enfants, d'un an et deux ans à l'époque, peut être deux ou trois ans, qui étaient tout seuls dans une chambre dans le noir et il y avait plus de parents, alors, euh, qu'est-ce qu'on fait dans ce cas-là ? Donc AEMO puisqu'il y avait des parents, vous connaissez un peu le système ?

[Oui, oui]

Donc mesure en milieu ouvert, donc mesure de soutien à la parentalité, parentalité qui s'est avérée bien insuffisante puisque les enfants étaient encore en danger, donc on a été obligés de passer tout simplement à l'étape supérieure et on a placés les enfants, voilà, et les enfants, enfin ça remonte à quelques années, les enfants sont encore placés. Vous verrez le milieu ouvert date de 95 et ils sont encore placés. Alors il se trouve que dans ce dossier, bon, vous verrez, bon il y a quand même une dynamique du côté des parents, bon, c'est à dire que je vais peut être leur laisser une chance de récupérer leurs enfants.

Juge des enfants, entretien n° 18.

La mise en œuvre convenable de cette mesure suppose que la famille adhère au projet, qu'elle en comprenne l'intérêt, il s'agit en général de garder les enfants, et qu'elle collabore, même avec réticence, avec l'éducateur. L'idée est de faire prendre conscience à la famille de ses carences et, si possible, d'y remédier. Pour certaines familles, cette mesure est perçue comme une intrusion inacceptable dans leur sphère privée, et devient en conséquence souvent une source de conflits. Au sein des maternités, l'acceptation par la mère de cette mesure est souvent la condition pour qu'elle puisse garder son enfant. Cela lui est explicité dans ces termes et le signalement n'est adressé au parquet qu'une fois que la mère a donné son accord :

Donc des mamans qui acceptent d'avoir un suivi, y en a que c'est la condition sine qua non pour qu'elles gardent leur enfant. Si c'est pas, si vous voulez c'est trop fragile, on peut pas, assumer sciemment, connaissant la situation, le parcours, les risques, euh laisser partir une maman comme ça et fermer les yeux, c'est bon, y a notre responsabilité et euh, ça peut avoir des conséquences.
Assistante sociale, entretien n° 3.

En même temps, les professionnels reconnaissent volontiers que cette mesure s'impose à la mère comme une sorte d'épée de Damoclès : elle permet de toute évidence d'exercer une pression sur elle en contrepartie de la garde des enfants.

Souvent une AEMO parce qu'il faut qu'on ait, il faut qu'il y ait un regard, il faut qu'on ait je sais pas si le mot pression est le bon mot, il faut que la maman sente qu'il y a des gens autour d'elle car il y va quand même de notre responsabilité et de la protection de l'enfant.
Assistante sociale, entretien n° 3.

La personne chargée du suivi à domicile doit être attentive à un faisceau de signes qui pourrait laisser supposer qu'il existe un risque de danger pour les enfants.

Ces mesures en milieu ouvert peuvent également être imposées par le juge quand il y a placement chez un tiers digne de confiance, dans la famille élargie, afin d'assurer un accompagnement et de conserver un regard extérieur sur l'organisation familiale. Différentes configurations de l'AEMO nous ont été présentées par les intervenants :

- L'AEMO seule lorsque le risque est « léger » et qu'il faut une simple aide ou surveillance de la famille,
- L'AEMO pour préparer le placement, la décision du juge est prise, mais l'urgence n'est pas avérée,
- L'AEMO en sortie de placement, pour surveiller le retour de l'enfant dans sa famille.

Pour un chef de service éducatif, dans l'idéal, ces formes d'AEMO correspondraient à des durées différentes, deux ans dans le premier cas, mais plutôt autour de quatre mois dans les seconde et troisième modalités. Cette notion de durée permet ainsi de supposer que les doubles comptes entre mesures en milieu ouvert et placement existeraient dans les statistiques nationales, un même enfant faisant successivement l'objet de l'une et l'autre mesure au cours d'une même année.

PARTIE III : LES PRATIQUES DU SIGNALEMENT

Le signalement d'un enfant en danger ou en risque de l'être est une pratique qui s'impose aux professionnels et qui semble entrer en conflit avec les règles relatives au secret professionnel. En effet, différents articles du code pénal réglementent le secret professionnel⁷⁴ d'une part, et l'obligation de signaler de certains professionnels⁷⁵, d'autre part. Le législateur a néanmoins précisé la position que doivent adopter les professionnels en distinguant deux cas : les personnels participant aux missions de l'ASE qui sont tenus à une obligation de signalement et les autres professionnels qui en ont la possibilité (Département de Paris, 2003). De ce fait, aucun professionnel n'est tenu par le secret dès lors qu'une atteinte à un mineur de 15 ans est découverte ou suspectée.

La question du respect de la vie privée et du devoir de discrétion du soignant, opposée à l'application de la loi interdisant l'usage de stupéfiants est un sujet qui fait largement débat aux Etats-Unis, mais moins en France où les pratiques de dépistage sont plus discrètes. Il y a ainsi un conflit de loyauté entre le respect du patient (en l'occurrence de la patiente) et le devoir de dénonciation parce qu'elle est enceinte, au nom de la protection de l'enfant à naître (Plambeck Cheryl M., 2002).

Cette partie explore les pratiques des professionnels, telles qu'elles ressortent des entretiens qu'ils nous ont accordés, de la lecture de dossiers judiciaires ou de rapports de puéricultrices de PMI. Elle répond à trois questions essentielles autour de ces pratiques : « pourquoi, quand et comment signaler ? ». Une quatrième sous-partie sera consacrée à l'examen des contre-pouvoirs éventuels dont pourraient disposer les familles, ou, plus souvent les femmes, pour répondre à la question « le placement est-il négociable ? ».

Tout d'abord quelques définitions qui montrent la confusion qui règne dans ce domaine et la difficulté pour les différents professionnels de se comprendre en utilisant de façons différentes le même vocabulaire.

Enfants en danger, enfants en risque, enfants en risque de danger : quelques définitions

Le danger pour le dictionnaire est « ce qui menace, compromet la sûreté d'une personne ou d'une chose » (Le Robert). Le risque quant à lui est un « péril, danger, inconvénient éventuel auquel on s'expose » mais l'expression à risque signifie « qui est exposé à un danger ou qui présente un danger », d'où le sens de grossesse à risque. L'expression « en risque » n'existe tout bonnement pas dans le dictionnaire.

Pour l'ODAS, la catégorie la plus large est celle des enfants en danger. Celle-ci comporte deux sous-catégories, les enfants en risque et les enfants maltraités : « *parmi les enfants en danger, ceux qui ne sont pas maltraités sont en risque* »

⁷⁴ - Art. 226-13 du code pénal : La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

⁷⁵ - L'article L226-4 du code de l'action sociale et des familles vise les départements, le L212-6 du code de la santé publique les personnels de PMI et l'article 44 du code de déontologie médicale les médecins.

(Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 2001). Voici les précisions apportées ensuite à ces concepts :

- l'enfant maltraité est victime de violences physiques, cruautés mentales, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique,
- l'enfant en risque, qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité.

Ces deux définitions permettent de choisir entre les deux circuits décrits dans la première partie puisque l'enfant maltraité doit être signalé au niveau judiciaire, tandis que l'enfant en risque relève du niveau administratif.

Les instances judiciaires quant à elles distinguent les mineurs en danger, qui relèvent des mesures judiciaires, des mineurs en risque de danger qui relèvent de mesures contractuelles, les uns ou les autres pouvant être ou devenir maltraités ou délinquants (Romeo Claude, 2001). Historiquement, nous avons vu que la notion d'enfant en danger renvoie tout d'abord au risque de devenir délinquant, ensuite au risque d'être maltraité.

1) Pourquoi signaler ?

Le placement des enfants est en quelque sorte l'acte final le plus sévère d'une chaîne initiée par un signalement et qui va aboutir à des mesures d'assistance éducative prononcées à l'encontre de la mère consommant des substances psychoactives.

La raison du signalement est la première étape que la plupart des professionnels nous ont exposée, soit pour nous donner à comprendre la façon dont ils travaillent, soit pour justifier le recours à cette forme de « dénonciation ».

A- Estimer le danger, appréhender les facteurs de risque

La première raison qui préside à la rédaction d'un signalement par un professionnel (ou une équipe) est l'existence d'un risque pour l'enfant. La découverte ou la suspicion d'un risque va être à l'origine de tout signalement. L'évaluation des facteurs de risque est en quelque sorte une première manifestation d'une situation de risque de danger, bien avant les manifestations de mise en danger et les faits de maltraitance (Département de Paris, 2003). Il y aurait ainsi trois niveaux, susceptibles d'entraîner des réactions différentes des professionnels. Les faits de maltraitance nécessitent un signalement judiciaire immédiat, puisque l'action administrative ne concerne que les risques de danger.

C'est donc la situation de danger qui sera appréciée par le juge des enfants qui, lui aussi, peut la situer en termes de risque. Voici comment l'exposait un juge des enfants à l'occasion d'un exposé sur la protection des enfants de mère addictive :

Le raisonnement est toujours en deux étapes, est-ce qu'on est en situation de danger et ensuite cette situation justifie ou pas l'éloignement de l'enfant de sa mère, et dans ce cas-là, on s'interrogera sur le risque que l'on est autorisé à prendre. Quand on est juge des enfants, on prend des risques, comme vous. Jusqu'où on peut, jusqu'où le risque est tolérable pour l'enfant. Alors ce risque il sera apprécié différemment selon l'âge bien sûr, selon le comportement de la mère et selon l'âge de l'enfant, plus c'est petit, ah ben tout ça c'est des évidences, mais vous verrez que le raisonnement n'est pas complètement le même.
Juge des enfants, entretien n° 38.

Cette notion de risque de danger repose sur un concept épidémiologique de « facteur de risque » qui désigne une probabilité d'apparition supérieure du phénomène étudié lorsqu'une caractéristique est évoquée. Ainsi, le risque épidémiologique de développer un cancer du poumon s'accroît lorsque l'on est fumeur.

Les risques que les consommations et comportements de la mère peuvent faire courir au fœtus ou au nouveau-né sont au centre de ce travail. Le fait que la mère soit toxicomane et qu'elle associe éventuellement d'autres caractéristiques liées à son mode de vie, amènerait une probabilité supérieure de décès ou de morbidité périnatales chez l'enfant, ou d'être soumis à des négligences ou maltraitements. Il faut néanmoins noter que les facteurs de risque qui vont être évoqués n'ont pas tous fait l'objet d'études épidémiologiques rigoureuses et qu'ils peuvent entrer en conflit ou au contraire se potentialiser⁷⁶. Ainsi les effets des drogues illicites sur le fœtus sont souvent remis en cause, du fait qu'il est quasiment impossible de les isoler, les mères toxicomanes étant généralement fumeuses, voire consommatrices d'alcool, vivant de façon précaire, isolées, etc.

Aucun des professionnels rencontrés ne nie le risque lié à la toxicomanie pour la prise en charge du bébé. Ils ne le minimisent pas, mais auraient plutôt tendance à l'assumer, car ce n'est, selon eux, qu'un risque parmi d'autres. Leur préoccupation essentielle est finalement de le réduire, en adoptant une démarche constructive pour entourer au maximum la jeune mère. Mais si les professionnels réussissent assez bien à nous préciser quels sont les critères de risque qui vont les amener à la vigilance (cf. infra), ils sont pour la plupart d'entre eux, beaucoup plus hésitants sur la définition de la nature du danger auquel serait exposé cet enfant.

La littérature spécialisée nous a montré que le danger se situe plutôt dans l'ordre de la négligence, qui peut évoluer vers une maltraitance, quand par exemple un enfant est dénutri ou déshydraté.

Elle sait quand elle est dans la galère, elle amène sa petite fille, vers nous, quoi. Bon, c'est cette année qu'on l'a connue en fait et, on a essayé de l'amener ensuite vers des soins psychologiques euh à [association], bon elle fuit. Elle met pas sa fille en danger réellement mais il faut vraiment être vigilant à côté pour savoir quand ça va... quand ça va passer, quoi. Et là certaines fois on a des situations comme ça qui sont vraiment très limites et où si on fait un signalement judiciaire ça va servir à rien parce que, enfin ça va pas servir à rien, ça va mettre l'enfant à l'abri, mais en même temps ça va pas permettre à cette maman de travailler ou euh, déjà on a pas vraiment les éléments pour faire un signalement judiciaire, parce que l'enfant est pas réellement en danger, puisqu'elle nous l'amène ici, ou que quand elle l'a à la maison, elle essaye de faire quand même ce qu'elle peut, elle est à l'hôtel avec elle ou elle la met chez sa propre mère, mais, euh, c'est toujours très limite parce que on se dit peut être ça va craquer demain, quoi en

⁷⁶ - Comme des réactions chimiques en chaîne.

fait, donc là. Donc après on crée un réseau autour de nous aussi on a l'assistante sociale de secteur, le psy, on essaye de s'appuyer sur les gens, la PMI, pour être plusieurs, un peu euh, étayer la famille quoi.
Puéricultrice, entretien n° 5.

Bien que nombre d'équipes aient évolué sur la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes, l'évaluation du risque et les critères qui permettent de l'estimer, restent extrêmement subjectifs et donc variables d'une équipe à l'autre ou d'une personne à l'autre. Les personnels rencontrés en ont bien conscience, dans leur pratique habituelle :

Mais bien sûr, c'est pas facile. Comment en plus faire abstraction de ce qu'on a vécu, des histoires qu'on a en tête, de notre peur à nous. Parce que finalement, on voit bien nous, parmi l'équipe des sages-femmes, on voit très bien que par exemple les week-ends, en suite de couches, parce que c'est là qu'on les voit plus longtemps, les sages-femmes qui font les dimanches à tour de rôle on va tomber sur l'une qui dit mais c'est pas possible on va pas la laisser partir avec son gamin, et l'autre qui la connaît depuis deux semaines, etc.
Cadre sage-femme, entretien n° 16.

Ainsi le regard est différent selon la sage-femme qui prend en charge la dyade mère-enfant, du fait de son approche personnelle, mais également selon sa proximité avec la mère et le fait qu'elle la connaisse ou non. Même dans les services qui ont adopté une attitude globalement bienveillante envers les mères toxicomanes, une négociation interne est indispensable sur chaque cas.

Les facteurs de risques évoqués dans la littérature sont extrêmement nombreux. Le Guide du signalement édité par le département de Paris en liste une trentaine répartie en trois rubriques selon qu'ils sont liés aux circonstances de la conception, aux caractéristiques familiales ou aux autres caractéristiques environnementales de l'enfant (Département de Paris, 2003). Néanmoins, la rubrique la plus généralement choisie par l'Aide sociale à l'enfance pour décrire la situation est « carences éducatives ». Selon l'ODAS, ce facteur de risque est cité dans 97 % des situations, seul ou combiné à d'autres.

Dans les entretiens que nous avons réalisés, quels sont finalement les critères de risque qui ont été évoqués par les personnels socio-sanitaires, comme devant éventuellement entraîner un signalement ou une demande de placement de l'enfant ? Pour la plupart des professionnels rencontrés, la toxicomanie est en soi insuffisante pour justifier un signalement de la famille.

a) L'isolement de la mère et les placements antérieurs

La notion de soutien relationnel a été utilisée dès les années 70 dans les études épidémiologiques, avant d'être appliquée aux effets du divorce puis à la précarité (Martin Claude, 2001). Le constat des données épidémiologiques que les femmes en situation de famille monoparentale souffrent plus souvent de troubles psychologiques et recourent davantage aux services de santé mentale amène une interprétation de lien entre monoparentalité et difficultés psychologiques (sans que l'on sache dans quel sens fonctionnerait ce lien). Comme d'autre part, les études économiques sur la pauvreté des enfants indiquent que ce sont les femmes seules qui souffrent des plus mauvaises conditions matérielles, l'idée générale est que les femmes seules sont pauvres et ont des problèmes psychologiques.

Les femmes toxicomanes vivent moins souvent en couple, ou du moins, aux yeux des soignants, n'ont pas de conjoint sur lequel s'appuyer. Comme souvent, elles ont rompu avec leur famille, elles apparaissent donc isolées. Pour beaucoup de nos interlocuteurs, la non inscription de la mère dans un réseau familial ou amical, voire de voisinage, susceptible de lui apporter de l'aide, va être un élément essentiel pour évaluer qu'il y a danger à laisser l'enfant seul avec sa mère. Le premier aspect de l'isolement de cette mère va être qu'elle ne vive pas en couple.

Parce que bon moi je pense que la prise en charge de la femme toxicomane, euh, elle est, elle est très différente, non elle est pas différente, ce que je veux dire c'est qu'elle est la même pour moi, quelquefois qu'une autre patiente parce que ce qui est important c'est l'entourage. Si la femme toxicomane elle est entourée, il y a un entourage, on peut s'appuyer, on peut travailler des choses. Si la femme toxicomane elle est isolée, euh, bon. Et alors là moi j'en arrive au cœur de ce que vous me demandez, hein, l'évaluation de la situation elle est là, et c'est, elle est déter, hein je veux dire le non-isolement ou l'isolement et moi en tous les cas, c'est très personnel, déterminant par rapport à un signalement judiciaire, à une. ben voilà

Parce que deux choses, parce que moi ce que je regarde c'est la notion première de danger encouru par l'enfant, parce qu'on sait que la femme qui est toxico, euh, du jour au lendemain elle peut très bien tomber, euh, d'une heure à l'autre dans une rechute, etc. et là la question qui va se poser c'est qui va prendre l'enfant en charge, à ce moment-là même si c'est qu'une rechute qui va pas durer, mais qui va être là ?

Assistante sociale hospitalière. Entretien n° 7.

Pour un médecin psychiatre, cet isolement se traduit par une impossibilité à trouver un relais en cas de fatigue, de dépression et s'avère une différence essentielle dans la possibilité pour la mère de se faire aider :

Sans parler des facteurs sociaux, qui sont prépondérants. Moi, j'en ai marre de mon mouflet, je téléphone à ma sœur, je l'envoie chez ma mère

[J'ai une baby-sitter]

Je suis toxicomane, j'ai personne, donc je me le tape 24 h sur 24. Et que je sois fatiguée ou pas fatiguée, excédée ou pas excédée, c'est pareil, je n'ai personne, pas de voisine, pas de mère, pas de sœur, je n'ai rien. Ben oui, mais il pleut là où c'est mouillé, hein ! Donc on va demander le plus à ceux qui peuvent le moins aussi.

Psychiatre CSST, entretien n° 34.

Cette notion d'isolement est retrouvée dans la littérature, comme un élément important différenciant les femmes qui ont perdu la garde de leur enfant au cours de la première année. Ainsi, une étude canadienne sur les facteurs qui influencent la décision de prendre en compte un signalement à la protection de la Jeunesse relève la notion de ressources existantes ou de « capacité du milieu » : « *La notion de risque ne renvoie pas uniquement à la gravité des faits eux-mêmes ou aux conséquences des faits sur l'enfant, mais également à l'attitude des personnes impliquées et à l'existence de ressources dans la communauté* » (Jacob Marie et Laberge Danielle, 2001). Un deuxième aspect évoqué, dans cet isolement, est justement le placement d'enfants antérieurs. La femme est également isolée de ses enfants plus âgés, bien qu'il ne soit pas spécifiquement mentionné qu'ils puissent être également un relais, ce qui est pourtant le cas bien souvent pour les filles plus âgées, qui vont en partie « prendre en charge » les enfants les plus jeunes.

Les assistantes sociales montrent un malaise par rapport à cette question. A la fois, elles ressentent l'injustice qui serait faite à une femme de prendre une décision de placement uniquement parce qu'une telle décision a été prise pour l'enfant précédent. En même temps, y compris par solidarité professionnelle, elles jugent « *qu'il n'y a pas de fumée sans feu* » et que sans doute, la première décision a été fondée sur des faits objectifs, dont elles ne peuvent pas ne pas tenir compte. Autrement dit, leur responsabilité professionnelle serait d'autant plus engagée qu'elles auraient ainsi négligé un indice grave du risque encouru par cet enfant.

Bon ça c'est vrai que c'est déterminant, c'est déterminant. Mais alors moi ça je dirais c'est pas déterminant pour... c'est déterminant pour toutes les femmes, hein, leurs précédents enfants placés, pour nous, assistantes sociales basiques, c'est un critère de risque, bon j'enfonce une porte en disant cela, mais c'est vrai, hein, bon ben donc là on est vigilant, il y a eu une séparation mère-enfant, qu'est-ce qui s'est passé, comment ça s'est passé, comment elle se vit, etc.
Assistante sociale hospitalière, entretien n° 7.

Cette prise en compte des placements précédents pour une femme peut être une cause de conflits entre intervenants :

J'allais le dire sur le terme actuel, parce qu'il ne faut pas oublier qu'au niveau de la jurisprudence, par rapport à la décision du juge, le danger doit être certain et actuel, c'est-à-dire que le magistrat ne veut pas prendre une décision d'AEMO ou de placement seulement parce qu'il y a eu d'autres enfants placés, la situation de la famille a pu changer

Oui

Il faut absolument réévaluer les choses au moment de cette nouvelle naissance

Hum

Quand le signalement est fait

Ça c'est aussi quand même un point, euh, difficile. Parce qu'en même temps, elles sont déjà dans un

Oui, parce qu'il y a tout le passé qui est là, avec des projections de la famille, des représentations, et c'est très difficile de se sortir de ça.

Chef de service socio-éducatif, entretien n° 43.

Tous s'accordent sur le fait que le premier relais dont devrait pouvoir profiter une femme récemment accouchée est évidemment celui du père de l'enfant. La défaillance de celui-ci, bien avant l'entourage familial élargi, est un critère essentiel dans cette évaluation.

b) La défaillance de la vigilance parentale

Pour la plupart de nos interlocuteurs, en particulier les médecins ou les assistantes sociales, la prise de produits en tant que telle ne constitue pas un risque de maltraitance de l'enfant ; ce serait plutôt l'oubli de l'enfant qui serait mis en avant. Une revue de la littérature canadienne sur l'influence de la toxicomanie sur les capacités parentales relève que « *la prise de substances toxiques peut interférer avec le jugement, la mémoire, l'attention et les perceptions du parent* » (Clément Marie-Eve et Tourigny Marc, 1999). Ainsi, le parent toxicomane serait amené à apporter une réponse inadéquate aux besoins de l'enfant.

Ce risque est rapporté par cette puéricultrice qui intervient au domicile et pour qui le manque de drogue peut créer une situation qui met l'enfant en danger, du fait de réactions inadéquates du ou des parents à son égard :

Ben, le risque, c'est par exemple une maman qui s'alcoolise et qui n'est plus en état de s'occuper de son enfant ou qu'elle part pour aller chercher son, comment vous dire ça, ce avec quoi elle se drogue, et ça, ça peut être tellement important pour elle qu'elle oublie complètement qu'elle a un bébé là, alors l'important c'est le type de soutien extérieur, parce qu'avoir des parents qui s'alcoolisent ou qui prennent des toxiques tous les deux, et qui s'alcoolisent tous les deux, alors le danger il est encore plus important. La création du lien c'est comme pour toute famille, je ne pense pas qu'il y ait une altération du lien parce que les parents sont toxicomanes mais il y a un danger immédiat quand les parents sont sous influence du toxique ou de l'alcool

[Question : Alors, plus en termes de négligence, on l'oublie ?]

Absolument, euh et aussi de, en termes de négligence, mais aussi sous l'emprise de la drogue, le parent peut être ou sous l'emprise du manque, le parent peut être hyper énervé, ne pas supporter les pleurs de l'enfant, enfin tout ça, c'est complètement lié au type de drogue qui est prise aussi et puis dans une famille qui boit on sait pas à quel moment il va perdre tout contrôle de lui-même, il va secouer l'enfant ou ne pas donner tous les soins nécessaires.

Puéricultrice PMI à domicile, entretien n° 20.

Dans ce cas, l'oubli de l'enfant n'est pas un facteur repris par notre interlocutrice, comme le plus fondamental, elle pense manifestement à des risques plus directement liés à la maltraitance, comme le secouement de l'enfant⁷⁷. Néanmoins, dans ce propos, les conduites d'alcoolisation et les autres toxicomanies sont globalisées, alors que l'on sait que le risque du passage à l'acte violent est plus marqué avec la prise d'alcool.

La recherche du produit peut être une telle préoccupation pour la femme toxicomane que plus rien n'existe en dehors et qu'elle peut s'y consacrer exclusivement. Dans ce cas, le risque est évidemment que les besoins de l'enfant ne soient pas satisfaits. Le plus souvent, il est question d'une « *discontinuité du fonctionnement parental* » (Rosemblum O., 2000), qui se traduit par des alternances de périodes de très forte proximité et des périodes d'indisponibilité de la mère.

Une psychologue nous décrit ainsi le cas d'une des mères qu'elle connaît, montrant cette absence de la mère à certains moments pour son enfant :

Elle est à l'hôtel avec l'enfant, mais bon en ce moment, je dirais, elle fait un peu n'importe quoi, donc il lui arrive de confier son petit à n'importe qui, notamment à une femme qu'elle a rencontrée ici, et de partir faire ce qu'elle a à faire.

Hum

Donc on lui a déjà dit il y a quelques temps on lui a dit que ça n'allait pas bien et qu'on allait faire un signalement, une AEMO et finalement ça a été mieux on l'a pas fait le signalement, et là bon

[Question : Et ça se passe bien avec son enfant, la relation est bonne ou le fait qu'elle le laisse est un symptôme parmi d'autres, d'une relation difficile]

Bien sûr. Si on voit que, on peut pas qualifier de bonne ou de mauvaise parce que, mais euh, mais le fait qu'en ce moment elle rechute, qu'elle laisse l'enfant gardé à une autre patiente qu'elle connaît finalement très peu, qu'elle le trimbale partout, pour aller à ses affaires, il y a même des bruits qui circulent comme quoi elle

⁷⁷ Le syndrome du bébé secoué est une pathologie relativement médiatisée ces dernières années, à laquelle les puéricultrices se sont toutes référées.

aurait pu l'attacher pour pouvoir sortir et qu'il fasse pas de bêtises et [enfant] maintenant qui a près de trois ans, qui parle pas, euh, qui joue pas.
Psychologue CSST, entretien n°25.

Dans les périodes où la mère s'oublie dans la drogue, selon les termes de différents interlocuteurs, le risque est bien évidemment qu'elle oublie également le bébé et qu'elle ne réponde pas du tout à ses sollicitations. De plus, si la mère est dans la nécessité de sortir pour se procurer son produit, bien souvent elle partira en laissant l'enfant seul, alors même que l'heure de son retour n'est pas prévisible. Des enfants plus grands sont ainsi décrits comme se débrouillant seuls pour se nourrir, dans l'attente du retour de leur mère. Pour les plus jeunes, le risque est, de toute évidence, encore plus important.

Je repense à cette maman qui est décédée, ces cartes elles étaient, quand elle allait pas mal c'est vrai qu'elle pouvait le prendre en hébergement, mais elle le ramenait jamais, tout petit, on se disait oh là là pourvu qu'il se passe pas, des choses, qu'elle s'oublie pas au point de l'oublier son enfant, parce que c'est toujours le risque hein, c'est comme pour les conduites éthyliques c'est pareil hein, on sait bien que le placement, et puis ils ont quand même besoin du lien avec leur parent ces enfants, sinon ils se construisent pas, enfin voilà.
Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 19.

Ainsi, la plupart de nos interlocuteurs pour désigner les manquements de la mère toxicomane, utilisaient l'expression « *elle n'est pas disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre* ». Cette façon d'exprimer les choses est mise en cause par les intervenants en toxicomanie, qui pensent qu'aucune mère ne peut être totalement disponible pour son enfant. Ce psychanalyste l'exprime ainsi :

C'est-à-dire que la continuité nécessaire à l'enfant, euh, c'est pas ce branchement continu sur le psychisme de la mère, c'est pas ça, c'est pas que la mère soit tout le temps éveillée à l'enfant, à l'entendre, la mère, elle s'occupe d'autre chose, elle est au boulot, elle est ailleurs, donc les discontinuités, elles existent dans la vie, elles sont même nécessaires, par conséquent, le problème plutôt pour l'enfant par rapport aux mères usagers d'héroïne, c'est que celles-ci vont vouloir plus être bonnes mères.
Psychanalyste, CSST, entretien n°25.

Pour lui, une fois de plus, le danger se situe davantage dans un surinvestissement du rôle de mère, donc de l'enfant, que dans son oubli. En fait, s'il y a oubli de l'enfant ou discontinuité dans la relation, c'est pour la mère une façon de s'isoler de son propre vécu :

Qu'est-ce que c'est que la discontinuité, hein, d'une mère. Qu'une mère s'absente, psychiquement, qu'elle fasse écran. Elle fait pas écran euh nécessairement à la relation, hein, à la relation mère –enfant, elle fait, elle met sacrément une couette hein, entre son enfant et elle, dans le sens de, qu'effectivement c'est quand même parfois quand même relativement difficile à, oui, il y a une forme d'écran, je suis d'accord. Ceci dit, quand elle prend de l'héroïne, elle fait plutôt écran vis-à-vis de son psychisme, d'elle, c'est-à-dire qu'elle bloque un certain nombre de choses qui peuvent lui revenir d'un point de vue psychique, qui lui reviennent de l'inconscient, elle bloque la pensée, hein, des éléments sur lesquels on a travaillé, qui est la fonction du produit, donc ce produit va bloquer ce qui revient de l'inconscient, bloquer, séparer la personne de sa propre scène psychique, c'est plus là que ça se passe.
Psychanalyste, CSST, entretien n°25.

Comme nous l'avait montré l'examen de la littérature sur les femmes toxicomanes (cf. supra, en première partie), les professionnels oscillent entre deux visions extrêmes, la grossesse et l'enfant non investis voire déniés –la mère négligente- et l'enfant surinvesti, dans une forme de dépendance de la mère, qui crée une dépendance de l'enfant –la mère abusive-.

c) La violence

Curieusement, pourrions-nous dire, la violence ou la maltraitance à proprement parler, n'ont pas été évoquées par nos interlocuteurs. Pour tous, la violence parentale devait être en soi un danger pour l'enfant, non spécifique aux parents toxicomanes, qu'ils n'ont pas jugé utile de développer. Les statistiques nationales avaient montré ce même paradoxe, la violence ou la maltraitance n'étaient pas directement citées comme raisons du placement des enfants. On peut s'interroger sur cet aspect de la mise en forme des dossiers par les travailleurs sociaux, est-ce la crainte de stigmatiser les parents, d'apparaître comme délateurs si les violences n'étaient finalement pas retenues par le juge pénal ? etc. De fait, la raison « fourre-tout » choisie reste les carences éducatives dont le sens est beaucoup plus flou et en tout cas non explicité, y compris pour les parents.

Cette absence de « diagnostic » sérieux et précis est dénoncée par les rapports sur la protection de l'enfance, comme ceux de Naves (2000) et Roméo (2001). Vis-à-vis des parents, elle enlève toute crédibilité à l'action qui vise des éléments « flous » du dossier, sans mettre un nom sur les symptômes familiaux. Souvent, l'action des professionnels s'en trouve paralysée, en particulier dans le domaine de l'assistance éducative.

Néanmoins dans cette recherche, outre deux dossiers judiciaires comportant des faits de violence, l'histoire de Carole relatée par l'assistante sociale polyvalente, comporte cette dimension :

Et puis peu après, quelques temps après il y a eu un signalement qui là a abouti au placement des enfants parce que madame continuait quand même à avoir de nombreux comportements violents, tant verbal, c'est-à-dire il y avait beaucoup d'humiliations, il y avait beaucoup d'injures vis-à-vis des enfants, et devant aussi les locataires du centre maternel, devant la directrice, il y avait aussi des insultes envers les responsables du centre maternel et il y avait quand même beaucoup, il y avait quand même des coups portés sur les enfants, euh, donc voilà.
Assistante sociale polyvalente, entretien n° 42.

Mais les violences évoquées sont également conjugales, cet aspect étant souvent également passé sous silence, dans les raisons du placement : la toxicomanie de la mère est mise en avant, mais non l'ensemble du dysfonctionnement familial :

Et donc elle a été au centre maternel au moment où elle avait les deux enfants qui sont placés actuellement. Euh, donc elle était au centre maternel lorsqu'elle était toxicomane, euh, donc à cette période-là et c'était suite à des violences conjugales qu'elle s'est retrouvée en centre maternel. Donc il y a eu des violences conjugales dans son couple, elle est allée au commissariat, le commissariat l'a orientée vers un centre et puis elle a été en centre maternel, voilà.
Assistante sociale polyvalente, entretien n° 42.

Or, ces violences conjugales, dans le cas de Carole, vont de nouveau être présentes, alors qu'elle est de nouveau en couple et qu'elle a eu un nouvel enfant (les deux autres sont toujours placés) :

Et puis là, je veux dire que l'événement moins drôle est arrivé au retour à domicile, la famille c'est le papa, la maman et la petite. Le père qu'est pas le père des deux autres enfants, hein. Un tout petit, parce qu'ils occupent un tout petit studio et peut-être deux trois semaines après l'accouchement, on a appris par des voisins, parce qu'on devait, enfin la puéricultrice devait faire une visite, que, madame était au commissariat avec la petite parce que monsieur avait essayé de la tuer, enfin avait fait des violences tellement fortes qu'il a failli, euh, enfin mettre fin à ses jours, quand même

[Question : Mais de madame ou du bébé ?]

Non, de madame. Donc il y a eu des violences conjugales, très, très importantes, qui ont fait que madame, que les policiers sont venus chercher madame et l'enfant et monsieur. Monsieur a été mis directement en garde à vue et en déferé. Il a quand même pris un an ferme, mais il avait quand même un lourd passé, hein, de délinquant et avec pas mal de, enfin un lourd passé judiciaire quand même et c'est pour ça aussi qu'il a pris un an ferme.

Assistante sociale polyvalente, entretien n° 42.

Un aspect viendra néanmoins réintroduire cette violence, même si elle n'est pas désignée comme telle, qui sera l'argument d'un conjoint non adéquat pour créer des conditions familiales acceptables pour l'enfant (*cf. infra*).

d) Les mauvaises fréquentations et le mauvais exemple

L'autre aspect de la vie d'une femme toxicomane est, nous l'avons vu, d'être toujours à la recherche de ressources pour payer sa drogue ou de se trouver prise dans la spirale infernale des dettes liées à cette consommation. Dans une histoire de vie racontée par une sage-femme, une jeune femme dont la situation paraissait relativement stable, confie son enfant à des « amis » d'infortune pour aller gagner rapidement de quoi payer ses dettes auprès de son dealer (voler ou se prostituer sans autre précision). Entre-temps, l'enfant est retrouvé à la rue, sous une porte cochère ce qui enclenche un signalement judiciaire immédiat.

De manière plus générale, le milieu dans lequel évolue la mère peut ne pas convenir à un nouveau-né, ou à un enfant qui par ailleurs, va être en quelque sorte dépossédé de son enfance par la tension qu'il aura à gérer. Très rapidement, ce sont des enfants qui tendent à jouer le rôle du parent de leur mère ou de leur père enfoncés dans la toxicomanie, ou aussi bien dans l'alcoolisme.

Bon, le risque, c'est... euh le syndrome de sevrage, ça c'est sûr, c'est le risque d'une grossesse peu ou mal suivie, donc hein, avec tout ce que ça peut entraîner, et c'est le risque je dirais euh de la maltraitance, quand je dis maltraitance c'est souvent, c'est pas des, c'est pas forcément, mais du fait du milieu ce peut être violent, c'est pas forcément les mères mais c'est l'environnement qui est violent, ensuite ça peut être aussi une maltraitance psychologique, c'est vrai que ces enfants vont s'adapter à leur mère comme, un enfant s'adapte toujours à sa mère mais bon euh, mais là ce sont des enfants qui vont devenir adultes beaucoup plus vite. On voit en fait des enfants de 5-6 ans en fait, ils ont pas le comportement d'enfants de 5-6 ans ils sont beaucoup plus raisonnables, beaucoup plus adultes.

Cadre sage-femme, entretien n° 10.

Pour l'un des juges pour enfants, la notion de moralité peut être étendue à l'exemple qui est donné à l'enfant. Une mère ayant un comportement illicite, par définition, montre le mauvais exemple et ne se conforme pas aux attentes du « bon parent » entendu par le code civil sous la notion de moralité, de bienséance, etc.

Les enfants, même très jeunes, peuvent être traumatisés par les comportements de défiance de leurs parents. Ainsi, une jeune femme racontait en salle d'attente à une autre cliente du centre de soins, que son aîné de six ans se mettait à hurler si elle achetait des citrons, en la suppliant de ne pas faire ça⁷⁸. A l'extrême, ils peuvent également consommer des substances, soit par négligence des adultes (ingestion accidentelle), soit parce que drogués par les adultes, souvent comme somnifères. Cette hypothèse n'a été citée par aucun de nos interlocuteurs, elle s'est présentée dans la presse à propos du décès du petit Jason⁷⁹.

Le placement de l'enfant ne suffit pas néanmoins à le soustraire à toute forme de violence. Les récits des mères comportent de très nombreux éléments sur la violence institutionnelle que ces enfants placés connaissent, en particulier dans les foyers, mais aussi quelquefois dans les familles d'accueil. De manière globale, hors du contexte de la toxicomanie, les récits d'anciens enfants placés comportent généralement cette dimension⁸⁰.

e) La mauvaise alimentation et le détournement des ressources

Les mères toxicomanes, outre l'oubli de l'enfant, présentent parfois des comportements déformés par rapport à la prise de nourriture, il existerait également un risque qu'elles ne soient pas à même d'identifier les besoins du nourrisson et que celui-ci soit en danger de dénutrition ou de déshydratation. Les professionnels de maternité et de PMI, attentives au bien-être du nourrisson, mettent généralement en avant ce danger : « *Tout petit, c'est vrai que ça peut être le risque qu'on lui donne pas suffisamment à boire* » (sage-femme).

Cet aspect peut sembler très concret et facile à identifier pour ces professionnels, l'enfant ne grossit pas de manière satisfaisante, il est difficile à nourrir, voire présente plus tardivement des signes manifestes lorsqu'il est en présence de sa mère. C'est ce que nous a rapporté Zohra, au sujet de sa troisième fille :

Et donc j'ai commencé à être suivie, S. est née avec de gros problèmes de santé, pas N., hein ! pas la deuxième, la troisième. Elle est née avec de gros problèmes et alors là

[Question : quel genre de problèmes ?]

Régurgitations, elle grossissait pas, elle était pas bien à la maison, un peu de l'anorexie, et euh, donc beaucoup de suivi avec les pédopsychiatres qui l'ont filmée, et ils se sont rendu compte que les problèmes, le problème venait de moi, puisqu'en milieu hospitalier elle grossissait régulièrement et avec moi pas du tout, et on m'a dit, mais ce serait bien que vous entriez un mois à l'hôpital, vous êtes déprimée.

Zohra, entretien n° 33.

⁷⁸ - Ce qui signifie qu'il avait assisté à des scènes d'injection de drogue, qui nécessite l'utilisation de citron pour la dilution. Habituellement, les mères toxicomanes affirment toujours ne jamais se droguer en présence des enfants. Ici, le propos était de montrer à quel point l'enfant était mûr pour son âge et tentait de la protéger.

⁷⁹ - Les Nouvelles d'Alsace, 14 octobre 1999 : « Nourrisson drogué ».

⁸⁰ - Voir par exemple les récits de vie recueillis sur le devenir des enfants placés en Seine-Saint-Denis (Legrand Caroline, 2002)

De plus, comme le rapportent les études cliniques, en particulier américaines, l'enfant de mère toxicomane est irritable, difficile à consoler et a du mal à s'alimenter. Il est alors à craindre que, soit, il ne se nourrisse pas assez, soit, au contraire, la mère réponde à tous ses pleurs par un surcroît de nourriture, ce qui provoquera des troubles intestinaux et un cercle vicieux de gavage inadéquat. Pour d'autres interlocuteurs en effet, c'est l'excès de nourriture qui est à craindre comme seule réponse aux sollicitations du bébé. C'est l'opinion de cet intervenant en toxicomanie :

Hein, effectivement, ce sont peut-être des mamans qui ne vont pas payer leur loyer, qui vont faire des dettes, mais on n'a jamais observé des mamans qui ne nourrissaient pas leurs enfants, au contraire, elles auraient plutôt tendance à les gaver, et à acheter des jouets et à... mais bon c'est vrai qu'elles peuvent être en difficulté en tout cas au niveau des, j'allais dire du, comme tous parents mais à un degré moindre hein, au niveau des consignes éducatives de base, quoi.
Educateur, CSST, entretien n° 26.

On peut également associer cette question de la nourriture à la possibilité qu'une femme toxicomane détourne les ressources disponibles pour l'achat de la drogue, au détriment des enfants. Cette notion est retrouvée dans la littérature : « *La mobilisation des ressources financières pour l'achat de drogues peut engendrer des risques de négligence, car elle laisse peu de liquidités pour l'achat de nourriture et de vêtements destinés aux enfants* » (Guyon Louise et al., 1998). Aucun de nos interlocuteurs n'a abordé directement ce point, est-ce par crainte d'un jugement de valeur de leur part ? Seul, un intervenant en toxicomanie a, là aussi, réfuté catégoriquement cet argument :

Alors la particularité des mamans toxicomanes, c'est effectivement, ce sont donc des gens qui ont recours à des toxiques, à l'héroïne ou à des médicaments pour effectivement, soit donner le temps, soit éviter de penser, ou soit gérer. Bon, c'est ça la particularité. Ce qu'on imagine souvent, ou ce qu'on peut peut-être fantasmer, je ne sais pas, ce seraient des mamans, ou des parents, qui, comment dire, détourneraient l'argent des allocs ou du salaire, parce qu'ils ont un besoin irrépressible et qu'ils se drogueraient, au détriment du bien-être de base des enfants, ce qui est pas du tout ce qu'on a observé, pas du tout, du tout.
Educateur, CSST, entretien n° 25.

Pourtant, dans certains dossiers examinés, cette question se pose en filigrane. En voici un premier exemple. La puéricultrice de PMI constate lors de ses visites à domicile chez une jeune femme toxicomane que l'enfant régurgite et discute de la question du lait avec la mère. Celle-ci déclare ne pas avoir suffisamment d'argent pour acheter le lait maternisé 2^{ème} âge préconisé. Sur sollicitation de l'Aide sociale à l'enfance, un crédit est débloqué pour financer l'achat du lait. La puéricultrice ne constate aucune amélioration, le lait n'ayant pas été acheté, l'argent fourni ayant été détourné. On peut s'interroger sur le fait que la PMI n'ait pas mis en place un secours en nature, c'est-à-dire des boîtes de lait achetées par la puéricultrice ? Zohra, lors d'un entretien avec Sandrine Aubisson a abordé cette question, car avec le recul, c'est une partie de sa vie qu'elle a du mal à assumer :

C'est assez difficile quoi, c'est... voilà je m'en suis servi pour manipuler, je m'en suis servi pour mentir, je m'en suis servi pour avoir ma drogue en disant « voilà, il faut m'aider pour mes enfants parce que je n'ai plus de lait », parce que, en fait c'est de l'argent qui me servait pour acheter ma dope et euh... et après tout ça, c'est quand même un sentiment d'humiliation, de honte qui vient et qui...
Zohra, entretien décembre 2001.

La solution adoptée par certains services de ne faire que des dons en nature n'est d'ailleurs pas le remède quand la femme est dans une toxicomanie très active. Dans un ouvrage consacré aux mères toxicomanes, l'une d'entre elles raconte comment elle allait chaque jour chercher des couches auprès de centres d'aide qu'elle revendait à ses voisins (« *je fournissais tout le quartier* ») de façon à disposer de liquidités (Murphy Sheigla et Rosenbaum Marsha, 1999).

La tutelle aux prestations familiales est ainsi une mesure administrative courante, prise par l'Aide sociale à l'enfance, ou du moins demandée au juge, pour avoir la certitude que les prestations seront bien utilisées au bénéfice des enfants.

Christine a connu des problèmes de budget d'une extrême gravité pendant l'année 2002. Son conjoint n'a que le RMI, elle-même sa seule allocation adulte handicapé, car avec une seule enfant à charge les allocations familiales sont inexistantes. Pourtant, son conjoint est alcoolique et non seulement dépense tout son argent pour l'achat d'alcool, mais également celui de sa partenaire. De plus, il joue au tiercé. Les dettes s'accroissent très vite, jusqu'à l'expulsion l'hiver suivant.

Sur ces trois exemples, il est difficile d'estimer la valeur de cet argument. Un indice supplémentaire sera donné par le recours à la prostitution, à laquelle les femmes ne recourent souvent que lorsque les ressources deviennent insuffisantes et qu'elles ne veulent pas courir le risque de se faire interpeller, du fait de la présence d'enfants.

B- Le rôle du placement

Le placement, d'un point de vue juridique, fait partie des mesures d'assistance éducative, sous la forme d'un retrait de l'autorité parentale. Quel sens les professionnels donnent-ils à cette mesure ? De très nombreux ouvrages ont été publiés sur le placement, en particulier sur le placement familial, c'est-à-dire en famille d'accueil, différente de la famille biologique. Le sens exact de cette mesure n'est pas défini par la plupart de ces ouvrages, ce qui révèle sans doute que cela va de soi.

D'un point de vue historique, l'expression « placer » peut revêtir deux sens. On place les enfants en nourrice et les personnes se placent dans un métier. Dans la première acception du terme, on retrouve l'expression juridique actuelle, selon laquelle les enfants sont confiés par le juge à une institution ou à une tierce personne. Dans cette perspective, il semble évident qu'il y a un déplacement de l'enfant qui se retrouve ailleurs que dans sa famille d'origine.

Si le juge considère qu'il convient de séparer les enfants de leurs parents biologiques, cette première définition ne soulève aucun problème. Les choses se compliquent quand on désire tout à la fois séparer les parents des enfants et y voir une mesure éducative et surtout, comme l'indiquent les textes internationaux récents (convention des droits de l'enfant) et la jurisprudence de la Cour européenne, ne pas priver l'enfant du lien avec sa famille biologique.

En d'autres termes, il faut à la fois séparer physiquement et maintenir le lien, ce qui nécessite de redéfinir ce placement. C'est ce qui est fait dans un ouvrage récent sur la

séparation précoce. Caroline Mignot propose alors la définition suivante : « *Réaliser une séparation précoce n'est pas **éloigner** –c'est-à-dire mettre à distance- ce n'est pas **séparer** –c'est-à-dire empêcher d'être ensemble-, mais **placer** dans le sens de **redonner une place** à chacun » (Debourg Alain (dir.), 2003).*

Il s'agit maintenant non plus d'étudier quels sont les rôles assignés au placement de l'enfant au plan théorique ou légal, mais ce qui ressort de nos entretiens et comment les professionnels reconstruisent la mesure qu'ils ont eux-mêmes décidée.

a) *L'éloignement de l'enfant*

Bien que cela paraisse tautologique, la première finalité du placement est de séparer les parents des enfants, afin de dissocier leurs existences en vue de préserver l'enfant des risques qui ont été identifiés et, à plus long terme d'éviter, qu'ils ne se retrouvent en danger (maltraités ou délinquants).

Quand les conditions de vie avec les parents sont trop compromises, la mesure de placement peut permettre d'éloigner l'enfant de situations susceptibles de compromettre son développement. Néanmoins, le plus souvent si les parents ne disparaissent pas, ils ont un droit de visite ou d'hébergement qui fait que l'enfant reste en contact avec eux, mais également avec leurs conditions de vie :

Enfin, c'est vrai que c'est tous ces risques là que ces enfants vivent à travers le placement, ça n'empêche rien le placement, rien. Ça les met à l'abri si, si ça empêche qu'ils soient exposés de façon durable et récurrente, parce qu'ils ont un espace, un ailleurs possible avec le placement, mais ça, on ne jugule rien de tout ça, j'ai envie de dire heureusement qu'ils sont placés en même temps, je pense que du 24h sur 24 c'est infaisable, ils peuvent pas tenir, on a un rôle de suppléance à ce moment-là, de complémentarité par rapport à ces parents mais il y a toujours une prise de risque avec eux, on ne sait jamais, ils sont tellement imprévisibles, on sait jamais.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 19.

Néanmoins, d'autres formes d'éloignement de l'enfant peuvent être proposées en alternative au placement, comme un internat scolaire pour ceux d'âge scolaire, le recours à la crèche ou à des associations pour une garde diurne, etc. L'éloignement de l'enfant qui est prôné ici porte, théoriquement, sur de plus grandes plages horaires. Il n'en reste pas moins que les parents gardent, dans la très grande majorité des cas, un droit de visite et d'hébergement des enfants, ce qui fait dire à cette cadre de l'Aide sociale à l'enfance que le placement « n'empêche rien », c'est-à-dire qu'il n'assure pas une disparition du parent. Pour cela, la déchéance parentale devrait être prononcée par un tribunal, mais il s'agit d'une situation rarissime, puisque, aujourd'hui, même dans le cas très controversé des crimes sexuels contre leurs enfants, les parents conservent généralement l'autorité parentale et le droit de visite, même s'il est limité (il y a généralement incarcération) et en présence d'éducateurs.

L'idée principale va donc être de diminuer le temps des enfants en présence des parents de façon à minimiser la durée d'exposition au risque, selon un modèle médical.

b) Une sanction de la mère défaillante

Comme nous l'a montré l'examen de la littérature américaine ou canadienne en première partie, une dérive possible serait que le placement de son enfant devienne un élément à part entière de la sanction infligée à la femme toxicomane, pour des infractions pénales assez diverses, comme la fourniture de stupéfiants à fœtus.

Pour l'un des médecins interviewés, le signalement est perçu comme une sanction, non seulement par les soignants mais également par le grand public :

[Question : Mais aussi n'est-ce pas concevoir le signalement comme quelque chose à éviter, une sorte de sanction ?]

Probablement, aussi. Mais pas seulement les équipes, les usagers aussi. Quand on dit à une maman on va faire un signalement au juge, pour elle surtout c'est un précédent enfant placé. Surtout que, je pense surtout à une dame, là, les beaux-parents ont l'enfant, elle-même était une jeune fille de l'AP, donc, on avait évoqué avec elle de faire un signalement, on lui avait proposé, elle avait jamais accepté.

Et donc les choses s'étaient réglées, les grands-parents avaient pu, avaient pris en charge l'enfant, mais bon jamais rien d'autre n'a été mis en place et l'enfant est chez les grands-parents, ça se passe bien avec les grands-parents sauf que la maman, elle a aucune place et elle est restée la petite fille...

Médecin, entretien n° 4.

Le recours trop systématique aux signalements, jusque dans les années 1980 était d'ailleurs associé au risque de non suivi des grossesses, les femmes cherchant à éviter à tout prix que leur comportement toxicomane soit évoqué au cours des visites prénatales.

L'idée que l'on puisse punir ces « mauvaises mères » par le placement de l'enfant si elle n'est pas formalisée comme telle par certains soignants, transparait néanmoins dans leurs propos quand ils remarquent que la substitution a permis d'éviter les placements :

Mais la substitution joue beaucoup, hein, comme, parce que ça devient des femmes soignées, c'est ça la grande différence avec tout autre produit addictif c'est que c'est passé, alors que c'est quand même un produit toxique, mais c'est un produit de soin, ça ne conduit pas aux mêmes réactions et c'est bien comme ça que l'hôpital le parle. C'est un produit de soin. Donc une femme qui est soignée, il n'y a pas de raison, qu'on lui enlève son enfant. Puisqu'elle se soigne...

Puéricultrice consultation PMI, entretien n° 6.

On retrouve ici la problématique du « pauvre méritant », qui a droit à une aide, en l'occurrence la garde de son enfant, parce qu'il accepte de se soumettre à un protocole qui prouve sa bonne volonté à « s'en sortir ».

Cet argument est néanmoins quelque peu contradictoire avec l'affirmation que le produit en soi ne peut être la cause du placement. A contrario, la substitution en soi, si les conditions demeurent précaires, ne devrait pouvoir l'éviter.

c) Protéger les équipes, conjurer la peur

Une autre fonction du signalement et d'une demande d'aide en milieu ouvert est, comme nous l'a indiqué une assistante sociale tout en s'en défendant par ailleurs, « *d'ouvrir un parapluie* », de protéger les équipes qui vont tenter de prendre en charge la femme de manière différente, en prévoyant les échecs éventuels :

Alors c'est souvent judiciaire euh sauf s'il y a déjà une prise en charge avant par un service de... protection de l'enfance, il peut déjà y avoir des enfants aînés, donc euh. Mais sinon si c'est un premier enfant, s'il n'y a rien eu, on fait souvent cette démarche, euh pour qu'il ait un... ça rassure les partenaires extérieurs qui vont prendre en charge la famille. Parce que qu'en même bien souvent, ce que nous disent les partenaires extérieurs, c'est, oui là vous voyez tout va bien, c'est plein de promesse, mais qu'est-ce qui va se passer après ? Donc...
Assistante sociale, entretien n° 3.

Cette démarche est rapportée notamment dans les cas où c'est un centre de soins pour toxicomanes qui prend en charge la femme et qui ne disposant pas de structure d'hébergement ou alors seulement d'un appartement thérapeutique, a peu de contrôle sur ce que fait la mère. Il s'agit, ce faisant, pour les équipes de prendre les précautions nécessaires pour que leur responsabilité ne puisse pas être recherchée en cas d'incident grave ultérieur, ce que la presse a tendance à faire en indiquant que « *l'assistante sociale, au courant, n'avait rien fait* », ce qui est souvent un raccourci dans les médias pour indiquer que les enfants n'avaient pas été placés.

Certaines décisions des équipes sont ainsi rapportées comme ayant pour but de dégager la responsabilité professionnelle, ce qui peut également être interprété comme une façon de ne pas totalement assumer la décision. En voici un exemple, qui ressort des propos d'un psychiatre de centre de soins spécialisé aux toxicomanes, interviewé dans le cadre d'une thèse de médecine : « *J'ai fait un seul placement définitif chez une femme toxicomane qui présentait une psychose et qui se prostituait. Quelques semaines après le placement de ses enfants, cette femme est morte d'overdose... Notre responsabilité nous empêchait de lui laisser ses enfants* » (Le Blond-Vaudour Gwenaële, 1997). Le lien entre la décision prise et l'issue fatale de cette histoire, conduit ce médecin à se justifier par un faisceau d'indices, la toxicomanie, la maladie mentale et la prostitution, mais c'est la « responsabilité », sans autre précision sur sa nature, qui est évoquée pour clore le débat.

L'expression de la peur n'est pourtant que très peu utilisée par les professionnels, qui parlent plutôt d'inquiétude. Un médecin a néanmoins évoqué cet aspect, de manière un peu générale, pour le récuser, comme quelque chose appartenant au passé :

Ben regardez, là, on en a pas beaucoup qui sont signalées. Tous les dossiers dont je vous ai parlé, on a très peu de signalements, maintenant, on les gère, elles ne nous font plus peur, ces mamans. Elles aussi du coup nous font plus confiance. Bon, je veux dire, c'est encore difficile.
Médecin PMI, entretien n° 8.

Dans ces propos, le signalement apparaît comme le réflexe du professionnel qui a peur des ces mères. La disparition de la peur, par la gestion, la capacité à faire avec, expliquerait ainsi la baisse des signalements. Cela rejoint l'idée de la banalisation de

la toxicomanie, qui moins diabolisée, entraînerait moins de réactions extrêmes de la part des équipes.

d) L'absence d'autre solution

Le manque de structures adaptées pouvant assurer une prise en charge de longue durée est dénoncée par tous les professionnels. Un argument serait le coût de tels établissements, ce que conteste cette assistante sociale :

Et bon, est-ce que c'est voulu ? J'en sais rien. Est-ce que on va toujours nous opposer la cherté des choses ? Mais enfin quand on sait combien ça coûte le placement d'un enfant... Voilà. Est-ce que euh, on va installer les gens dans un certain, dans une certaine prise en charge ? Je sais pas.

Est-ce que c'est plus choquant de dire on va placer un enfant et il va coûter entre guillemets sur 18 ans, parce que c'est pas non plus dans les 8 jours que les choses vont se résoudre ? Que de dire oui si on aide trop les mères, elles vont s'installer là dedans...

Je ne sais pas, je ne sais pas qu'est-ce qui fait. Parce que je sais que tout ce qui est structure collective ça coûte très cher, je sais. Est-ce qu'on a réellement envie de s'intéresser à cela ? J'en sais rien. Je sais pas. Enfin, je pense que en tous les cas actuellement, euh, la prise en charge des toxicomanes est, je pense vraiment, je pense, à revoir, pas forcément à changer, mais je pense qu'il y a vraiment des choses à revoir. On a voulu aller trop vite, je sais pas, moi, je pense que les prises en charge sont pas adaptées.

Assistante sociale maternité, entretien n° 7.

En dépit d'un travail en réseau et de la volonté de trouver d'autres solutions, il arrive parfois qu'il soit impossible à un moment donné, ou dans un délai raisonnable de trouver une place dans une configuration particulière.

Alors il y a encore, il y a encore un autre cas, enfin une sous-catégorie de la première (rires) variété qui est le placement, euh, faute d'autre solution. Je pense précisément à un cas clinique qu'on a discuté tout à l'heure dans le cadre de la formation alcool et grossesse, d'une maman toxicomane, substituée, et qui a un problème de dépendance alcoolique très sévère, et vivant dans un squat, d'ailleurs à côté de la gare de [ville], et qui manifestement était incapable de s'occuper de son enfant à la fois compte tenu de ses conditions de logement et de son, de ses difficultés de comportement et ... et on a fini par demander, par faire un signalement judiciaire parce que on a été dans l'incapacité absolue de trouver ce qu'on voulait, c'est à dire un placement mère-enfant, enfin un transfert de la mère et de l'enfant dans un moyen séjour spécialisé, permettant, permettant de pouvoir regarder de plus près que avec une mère en mater et un enfant ici, pendant trois semaines, ce qui n'est vraiment pas agréable, pouvoir évaluer la relation mère-enfant. Et puis finalement ça a fini par se faire mais, mais avec plein de retard, des mois de ... la mère a fini par admettre elle-même qu'elle était dans l'incapacité de s'occuper de son enfant, ce qui a ce moment là permet un placement, en fait à l'Aide sociale à l'enfance avec maintien des liens, droit de visite négocié, etc.

Médecin, entretien n° 1.

En l'absence de place dans une structure d'accueil pour une mère sans domicile, le recours à un placement à l'ASE peut être envisagé, bien que cette solution n'ait pas la faveur des personnels hospitaliers :

Alors on peut aussi avoir un signalement à l'ASE quand on a trouvé aucune structure, aucune solution, car le bébé va être mis en pouponnière parce que la

mère n'a pas où aller. Hein, c'est extrêmement rare ce cas-là et donc la maman pourra aller voir son enfant en pouponnière, en attendant que sa situation s'améliore, euh le problème c'est que, alors pas forcément au niveau de la toxicomanie, on a eu deux ou trois fois le cas, et en pouponnière il faut que les visites sont de telle heure à telle heure, deux fois par semaine, donc pour l'enrichissement du lien mère enfant...c'est pas facile.
Cadre sage-femme, entretien n° 10.

Un cas illustre bien cette absence d'autre solution, celui de la mère qui est incarcérée sans qu'aucune aide ne soit envisageable dans la famille élargie. Elle pourrait sans doute donner son accord pour un placement administratif, mais souvent, le juge des enfants est saisi et ne peut que placer l'enfant.

Alors là c'est madame, alors là c'est aussi une toxicomane, vous vérifierez hein ! alors elle si vous voulez, c'est un dossier, donc il y a une toxicomanie dans ce dossier, c'est une toxicomane, elle a été d'ailleurs incarcérée, parce qu'elle avait de mauvaises fréquentations, hein, un dossier de ce type, et, bon, alors là aussi quand la mère était incarcérée, déjà j'ai placé l'enfant, hein, d'accord, parce que on avait pas trop d'autre solution, mais lorsqu'elle est sortie je lui ai rendu, je lui ai rendu, parce que j'avais pas trop d'éléments et je crois qu'elle était en train de se soigner déjà, elle prenait des produits de substitution...
Juge des enfants, entretien n° 18.

Bien qu'il existe dans certaines prisons la possibilité de garder une mère et un enfant âgé de moins de trois ans, il est rarement possible d'envisager ce type de solution, car elle n'est proposée que par très peu d'établissements pénitentiaires et pour un nombre de places très limité, une cinquantaine sur tout le territoire national (*cf. infra*).

Le placement des enfants pour des raisons strictement économiques ou pour une absence de logement est une pratique décrite ici et dans de nombreuses recherches, voire dans quelques rapports ministériels, mais fait l'objet de débats extrêmement houleux car ils sont niés par un grand nombre d'observateurs.

Le recours à une demande judiciaire de placement, lorsqu'une femme est à la fois sans domicile et toxicomane est donc une réalité pour les services de maternité, qui ne peuvent dans ces conditions, mettre en place des mesures qui nécessitent un lieu fixe où visiter l'enfant (PMI, AED, etc.). Les limites de cette situation sont évidentes, l'enfant est protégé par son placement mais sa mère est d'autant moins prioritaire pour l'accès à des lieux d'hébergement qu'elle n'en a plus la garde (*cf. infra*).

L'absence d'autre solution ce peut être également l'impossibilité de trouver un compromis avec la mère, malgré un travail, par exemple dans une unité mère-enfant et que finalement au bout de quelques semaines, la prise en charge débouche sur un placement :

Bon après, il y a l'adhésion de la personne, elles rencontrent l'équipe, la psychologue, l'assistante sociale, la psychiatre, elles voient, il faut qu'il y ait l'adhésion de la personne, bon ben si ça marche, bon à ce moment-là. Mais d'autres veulent pas du tout, hein ! Et puis si on trouve pas de solution à la limite on est pas obligé de leur en trouver une, c'est aussi... hein !
Nous, à ce moment-là on met la priorité sur l'enfant, hein protéger l'enfant, si il n'y a pas de solution adéquate et que la mère n'adhère pas du tout, nous on protège l'enfant. A ce moment-là après la mère elle se débrouille, alors des fois c'est tellement dur, tellement que la maman finalement, on préfère demander une

hospitalisation psychiatrique, soit une hospitalisation à la demande d'un tiers, ce qui est le plus simple, pour que la maman puisse, passer ce nouveau cap.
Cadre sage-femme, UMB, entretien n° 22.

Comme dans le cas que nous évoquerons ensuite où la mère ne respecte pas le règlement intérieur d'un hébergement collectif, elle fait l'objet d'un renvoi, tandis que seul l'enfant est pris en charge par l'Aide sociale. Cette conjoncture nous a été présentée comme rare.

C- Les placements incontournables

Le cas le plus souvent évoqué par les professionnels médicaux d'un signalement quasi-immédiat, qui s'impose à eux, est bien évidemment celui où la mère accouche, souvent sans avoir été suivie pendant sa grossesse, reste, dans le meilleur des cas, deux ou trois jours à la maternité, puis disparaît. Quelquefois, elle n'est pas immédiatement perdue de vue car elle se manifeste, souvent par téléphone, mais de toute façon ne vient pas reprendre l'enfant dans un délai raisonnable. Beaucoup de cas de ce genre nous ont été rapportés aussi bien par les médecins que par les assistantes sociales. A cette attitude des mères se superpose la question sensible de la reconnaissance de l'enfant, qui va déterminer son statut juridique.

a) Les mères inconnues et les accouchements sous X

Quand une femme se présente pour accoucher dans un hôpital, généralement en urgence, elle est prise en charge, même si elle n'a aucune pièce d'identité ou carte de sécurité sociale. De fait, les textes permettant l'accouchement secret, impliquent de facto que toute femme peut bénéficier d'une discrétion lors de son accouchement.

[Question : Mais l'identité de la mère, elle est vérifiée ?]

Non, et puis même, elle a donné une identité, est-ce que c'est la sienne, hein ? Elle a pas de papiers cette dame. Elle a rien, elle arrive comme ça.
Assistante sociale, entretien n° 3.

Selon les personnels rencontrés, des femmes donneraient de fausses indications sur leur identité lors de la déclaration de naissance, plutôt que de demander un accouchement sous X. Dans l'un des dossiers judiciaires consultés, lors de l'accouchement, la femme a donné un faux numéro de sécurité sociale et une adresse également erronée puisque le courrier est revenu au tribunal portant la mention « *voie inconnue dans cette commune* ». On peut dès lors émettre des doutes y compris sur l'identité qui a été fournie et qui est celle mentionnée sur l'acte de naissance. Comme il s'agissait d'une femme arrivée à la dernière minute à l'hôpital pour l'accouchement, il n'a pu lui être conseillé d'engager une procédure sous X et elle n'a pas rencontré les personnes susceptibles d'accompagner cette démarche.

En effet, l'article 341-1 du Code civil (inséré par la loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 art. 27, Journal Officiel du 9 janvier 1993) prévoit que : « Lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé ». Dans ce cas, ce sont les services de l'Aide sociale à l'enfance qui supportent le coût de l'accouchement. Les cas d'accouchement sous X, c'est-à-dire où la mère a expressément demandé que son identité n'apparaisse pas dans le dossier de la maternité sont plus rares et en constante diminution (moins de 600 cas par an en

France actuellement). D'une certaine manière, le cas de ces enfants est beaucoup plus simple puisqu'ils deviennent pupilles de l'Etat et que les services de l'ASE leur recherchent immédiatement⁸¹ une famille d'adoption. Ils font ensuite l'objet d'une adoption plénière « *qui interdit ultérieurement toute action en recherche de maternité, leur filiation juridique étant constituée par la filiation adoptive* » (Dekeuwer-Defossez Françoise, 1999).

L'une des assistantes sociales rencontrées se posait beaucoup de questions à ce sujet, estimant que finalement dans les cas où les mères disparaissent ainsi, c'était plutôt une chance pour l'enfant qu'il y ait eu un abandon clairement exprimé par un accouchement sous X. Elle s'interrogeait ainsi sur l'intérêt qu'il y aurait à proposer cette procédure à ces femmes très désinsérées et qui ont peu de chances d'élever leur enfant, tout en reconnaissant que la situation des femmes et également celle des enfants serait sans doute difficile par la suite :

Mais ceci dit, moi le X me gêne, le X me gêne par rapport au désarroi de ces enfants plus tard. On voit bien tous ces gens arrivés à l'âge adulte qui se battent pour essayer d'avoir le moindre indice sur leur mère. C'est dur aussi, alors je sais pas comment il faut procéder à l'accouchement sous X mais... quoique là dans les situations comme ça, une femme accoucherait sous X, peut être que l'enfant pourrait voir le dossier quand même. [...]

L'accouchement sous X il a quand même été fait pour protéger la mère. Aujourd'hui on dit il faut peut être aussi protéger l'enfant. Alors comment on fait ?

Assistante sociale, maternité, entretien n°3.

Mais selon les assistantes sociales rencontrées, les femmes toxicomanes se situeraient plutôt rarement dans cette perspective d'abandon, elles déclarent le plus souvent vouloir élever leur enfant, même si c'est de l'ordre du rêve. De fait, elles ne demandent pas un accouchement anonyme.

Zohra, rencontrée en centre de soins, a choisi cette solution face à sa quatrième grossesse. L'incarcération du père de son troisième enfant l'a laissée avec très peu de ressources. Elle replonge dans la drogue et se prostitue. Elle ne peut envisager un enfant supplémentaire. Alors qu'elle s'est sentie affreusement seule pour ces accouchements précédents, étant coupée de tout lien avec sa mère, elle garde un très bon souvenir de cet accouchement :

Et je me suis retrouvée enceinte une quatrième fois et là j'ai envisagé un accouchement sous X.

Hum

J'étais enceinte de six mois ½, 7 mois et j'avais de grosses, grosses douleurs, j'ai fait appel à une voisine pour qu'elle appelle un médecin, j'avais pas le téléphone à la maison, et elle m'a dit « écoute mon mari va te conduire à l'hôpital, on ne peut pas te laisser comme ça » et ils m'ont emmenée à la maternité et j'ai joué le rôle de la future maman, qui voulait un petit garçon. Pareil, une grossesse qui n'avait pas été suivie jusque là. Je voulais un petit garçon. J'étais en manque, je crois que c'est ce qui a déclenché cet accouchement. Et on m'a dit, « madame on va vous accoucher ». Et on m'accouche, et on prépare les deux petits bracelets en me demandant le prénom que je voulais donner si c'est une fille ou un garçon. Et là je leur ai dit, écoutez je veux faire un accouchement sous X. Euh, j'ai été très, très entourée, je crois que je, j'ai eu plein, plein d'amour, plein d'affection, plein de, je sais pas ça a été euh. J'en garde un très bon souvenir, moi, de cet accouchement.

⁸¹ - La mère dispose néanmoins d'un délai de deux mois pour se rétracter.

J'ai demandé à la pédiatre qui s'est présentée et qui m'a dit qu'elle allait prendre en charge mon fils, non ma fille parce qu'on m'a dit que j'avais accouché d'une fille, euh de lui dire que je ne l'abandonnais pas mais que je lui laissais une chance dans la vie, et elle m'a dit, eh bien je vais vous le laisser et vous lui dites, vous lui dites ce que vous voulez. Ils l'ont amenée dans une couveuse, j'ai pu toucher mon enfant, j'ai pu caresser mon enfant, j'ai pu lui parler et je lui ai dit ce que j'avais à lui dire donc. Et puis je me suis réveillée au petit matin, j'avais laissé mes enfants chez moi, enfin avec mon ami qui était toxico, qui prenait beaucoup de cachets, donc qui était complètement amnésique au moment où je suis rentrée à la maison.

Et je suis rentrée à la maison, l'arbre de Noël était déjà mis à la maison, l'arbre de Noël et puis en face mes trois enfants qui regardaient la télé assis les uns à côté des autres et c'est à ce moment-là, que moi je, que j'ai eu le déclic, que je pouvais plus. C'était, il fallait que je sauve ce qui me restait et donc mes trois enfants. En avoir abandonné un, c'était très douloureux et j'avais trois mois pour prendre une décision, faire une cure, je voulais être clean, pour prendre une décision.

Zohra, entretien n° 33.

Le retournement de situation que nous expose Zohra doit être relevé. Pour cet accouchement, elle reconnaît ne pas être en mesure d'élever cet enfant et de fait arrive en ayant pris la décision de le donner en adoption. Dès lors, sa toxicomanie ou le fait qu'il s'agisse d'un quatrième enfant dans des conditions précaires, ne sont plus des facteurs suscitant la réprobation des personnels qui la prennent en charge. Au contraire, elle se comporte comme une « bonne mère » puisqu'elle reconnaît ses limites et accepte de donner une autre vie à cet enfant. La conséquence est qu'elle sera entourée comme elle ne l'a jamais été, ce qu'elle exprime dans « j'ai eu plein d'amour ».

Globalement, dans le cas de l'accouchement dans le secret, la situation est claire car la mère déclare donner l'enfant à l'adoption. Une seule exception est à relever, qu'une juge des enfants nous a exposée à partir d'un cas qu'elle avait eu à traiter : quand la femme accouchant sous X est mineure⁸², le juge des enfants doit être saisi et vérifier auprès d'elle qu'elle a bien compris toutes les implications juridiques et pratiques de l'abandon de l'enfant.

Mais il avait fallu que je fasse une ordonnance de recherche et de conduite de la mineure, pour m'assurer qu'elle était bien, elle connaissait toutes les conséquences par rapport à la procédure d'abandon, et on l'a jamais retrouvée. Donc, mais après se pose la question, voyez je me dis toujours, oh là, là, est-ce qu'il vaut mieux ? Alors la famille, épouvantable, la fille bon, en errance, toxico, les grand-parents ils ont téléphoné une fois, alors là tous les enfants ont été placés, bon, c'est pas terrible ! (rires)

Bon, je me dis il vaut mieux que cet enfant soit adopté ! Donc j'ai dû faire quand même, parce que j'avais consulté le parquet, non, c'est un peu embêtant, on sent fondamentalement que l'enfant a tout intérêt à être adopté, compte tenu des origines et ceci dit, le droit, on est pris par le droit, le droit des gens, et on est obligé, comme elle est mineure, de s'assurer qu'elle est bien informée des conséquences de son départ. Donc j'ai appelé la police, brigade des mineurs, et j'ai dit écoutez elle devrait être à Paris à telle ou telle adresse et puis on l'a pas retrouvée. Je me suis dit heureusement pour cet enfant. Mais enfin, j'ai tout fait pour dire à la mère, parce que heureusement pour cet enfant c'est moi qui le pense, peut être que je me trompe, donc le droit est quand même un cadre de référence, hein, c'est critiquable quand je dis ça, mais moi je pense que des

⁸² - Cette modalité paraît bien théorique puisque par définition, la jeune femme peut accoucher sans révéler sa minorité.

familles comme ça il vaut mieux être dans une famille d'accueil, une famille pas d'accueil, une famille d'adoption. C'est pas pareil.
Juge des enfants, entretien n° 38.

On voit bien que le magistrat est là en position intermédiaire, il doit protéger l'enfant, mais si la mère est mineure, il doit également la protéger, donc en fait, trouver la solution qui sera la moins préjudiciable à ces deux mineurs. De ce fait, la minorité protège la mère des conséquences de son départ.

b) Les mères qui disparaissent

Certaines femmes accouchent puis quittent l'hôpital quelques jours, voire quelques heures après, et disparaissent en laissant l'enfant, indépendamment du fait qu'elles l'aient reconnu ou non. Notons qu'il n'y a plus de délit d'abandon d'enfant dans le droit pénal français, sauf si c'est dans un lieu solitaire. C'est donc la non assistance à l'enfant qui est punie plutôt que le fait de ne pas le garder, puisqu'au contraire depuis plusieurs siècles le refus par la mère de garder l'enfant est un droit en quelque sorte et la société lui aménage la possibilité de le faire. Citons par exemple les tours jusqu'au milieu du XIX^{ème} siècle dont étaient dotés les hôpitaux ou les églises, etc. même sans remonter à l'époque romaine et à l'exposition d'enfant. Dans le cas qui nous intéresse, la mère laisse l'enfant dans un service hospitalier, donc par définition, dans un lieu où il est en sécurité.

Oui, c'est souvent par, c'est quelque fois parce que cela se passe mal, sur le plan conflictuel parce que la mère a complètement disparu, ça nous arrive quelque fois encore, peu souvent, mais ça arrive. Je me souviens d'une, il y a un an ou deux ans, et qui était une toxicomane ayant accouché à [autre hôpital], qui prenait du crack, des benzodiazépines, prostituée, qui, en état très, très délabré, qui, euh, l'enfant était transféré ici le lendemain de sa naissance pour un syndrome de sevrage, on a été trois quatre jours sans la voir, un jour elle est venue, il y a eu des moments assez émouvants d'ailleurs, elle l'a pris dans ses bras, lui a donné un biberon, on s'est dit ça va peut être marcher et puis elle est repartie puis elle est jamais revenue, plus jamais du tout de nouvelles, bon dans ces cas-là au bout d'un temps, après essayé d'avoir des adresses, bon on finit par faire un signalement au juge parce qu'il n'y a plus de parents du tout...
Médecin, entretien n° 1.

Cet abandon peut n'être que temporaire, mais l'institution hospitalière ne peut garder un enfant en bonne santé sans sa mère, à la fois car ce sont des journées d'hospitalisation non prises en charge par la sécurité sociale et parce qu'il n'y est tout simplement pas à sa place. Même si c'est une évidence que l'enfant ne peut pas rester à l'hôpital, la nécessité de le justifier est manifeste chez nos interlocuteurs :

Et puis le bébé va bien on peut pas le garder en néonate, c'est pas quand même un lieu sympathique la néonate, c'est un hôpital, donc l'enfant sera mieux en pouponnière où il y aura une paternante⁸³, où il pourra quand même évoluer un petit peu mieux ailleurs que dans un contexte de soins...
Assistante sociale, entretien n° 3.

⁸³ - Ce terme n'existe pas dans le dictionnaire, ni même dans le langage professionnel apparemment. Sans doute veut-elle dire « maternante », nom éventuellement donné dans les pouponnières aux personnes (auxiliaire de puéricultures) qui s'occupent de l'enfant, les anciennes « berceuses ».

Dans ce cas, le transfert vers une pouponnière s'impose. L'hôpital pourrait choisir de saisir directement l'ASE, mais apparemment compte tenu des relations entre les deux services, sur ce département tout au moins, la préférence est donnée à un signalement judiciaire au parquet avec demande d'ordonnance de placement provisoire. Cette OPP est délivrée très rapidement, dans les quelques heures qui suivent.

D'abord, cette situation là, la maman a accouché à [hôpital], le bébé a été transféré ici en néonatalogie parce qu'il y a eu, bon comme la plupart des cas il y a toujours un syndrome de sevrage, donc le bébé est traité, bon ben la maman a quitté [hôpital] et n'est jamais venue là. Donc c'est un bébé qui est venu seul, qui est là depuis le 11 mai, donc on est le 5 juin et la maman n'est jamais venue et elle m'a jamais contactée, elle a téléphoné une fois pour dire je viens demain et on l'a jamais vue. [.../...]

J'ai attendu un maximum et j'ai fait un signalement, en demandant le placement de l'enfant en pouponnière. Parce qu'on a pas le choix.

[Question : Parce que ce sera un enfant qui sera adoptable ?]

Voilà, donc, on essaye toujours, on essaye toujours de laisser une chance à la maman, même dans un cas comme ça où on sait bien que la maman ne pourra pas s'occuper de son enfant, mais on essaie de laisser une porte ouverte, donc en disant à la maman qu'elle pourra toujours aller à la pouponnière puis à la famille d'accueil et qu'elle pourra toujours rester en lien avec son enfant, mais voilà, là c'est un cas où, faute de présence...

Assistante sociale, entretien n° 3.

Dans certains services, une unité administrative a été créée, qui permet de garder les bébés en nursery à la maternité, par exemple pour les accouchements sous X ou pour les abandons, jusqu'à ce qu'une place leur soit trouvée par l'ASE.

Quand les mères n'ont pas reconnu l'enfant mais n'ont pas indiqué qu'elles n'en voulaient pas, le parquet fait faire des recherches dans l'intérêt des familles puis une commission d'adoption est organisée au bout d'un an. Cette procédure conduit à un constat judiciaire d'abandon, ouvrant la voie à l'adoption (article 350 du code civil). La famille proche de l'un des parents peut demander à ce que l'enfant lui soit confié. Cette possibilité ne lui est pas automatiquement accordée, une enquête sociale est ordonnée par le juge pour évaluer le bien-fondé de cette demande et l'intérêt de l'enfant. Un exemple en sera examiné dans la quatrième partie.

Les statistiques françaises publiées n'indiquent aucune donnée sur ces abandons d'enfants, dans le cadre hospitalier. Aux Etats-Unis par contre, des données existent sur deux types d'enfants laissés à l'hôpital : ceux qui sont abandonnés par leur mère (abandoned infants) et ceux laissés en « pension » par les services de protection de l'enfance dans l'attente d'une décision de placement (désignés sous le terme de « boarder babies »)⁸⁴. Ces derniers correspondent à ceux que l'Aide sociale à l'enfance a indiqué être des enfants « consignés » à l'hôpital.

D'après des données recueillies dans le cadre d'une recherche sur la toxicomanie pendant la grossesse, le cas des « boarder babies » est évoqué comme une conséquence directe de la pénalisation qui touche les femmes qui consomment des drogues. Le nombre de ces bébés est estimé à 13 400 en 1998 dans l'ensemble des Etats américains, dont une majorité d'enfants noirs. Des progrès notables ont été faits

⁸⁴ - La traduction la plus proche ici est en effet « bébé pensionnaire ». Cela correspondrait en France à des bébés sous ordonnance de placement provisoire, en attente de jugement de placement et de décision d'orientation par l'Aide sociale.

depuis 1991, leur durée moyenne de séjour à l'hôpital ayant diminué de 22 à 9 jours. Parmi ces enfants, 79 % ont été testés positifs aux drogues illicites (Lester Barry *et al.*, 2004). Pour ce qui concerne les enfants abandonnés, ces mêmes auteurs indiquent qu'en 1998, 17 400 ont été comptabilisés par les différents hôpitaux, dont la moitié d'origine africaine, le plus souvent prématurés ou de faible poids et dont les trois quarts étaient positifs aux drogues. Leur durée moyenne de séjour à l'hôpital est plus longue, autour de 34 jours et les deux tiers d'entre eux feront l'objet d'un placement (Lester Barry *et al.*, 2004).

c) *Les mères fugueuses*

Parmi les mères qui disparaissent une catégorie particulière peut être distinguée car ce sont des mères qui s'absentent par intermittence, faisant des fugues de la structure où elles se trouvent mais aussi de la maternité pendant la période post-natale, voire d'un autre lieu où elles sont finalement accueillies. La fugue doit être rapprochée de la fuite, au sens de l'évitement, propre au toxicomane mais également de l'urgence de sa vie : le besoin de drogue est immédiat.

Ces mères fugueuses effraient beaucoup les soignants car leur comportement est assez imprévisible et le risque potentiel pour l'enfant est très conséquent. Ce type de comportement est en particulier décrit pour les femmes qui prennent du crack ou les plus jeunes.

Parce que moi je pense qu'il y a un risque, si, si il y a un risque. Je vais vous donner un exemple. J'ai eu une maman, alors pareil transfert de [hôpital] et tout ça et ils venaient tous les jours hein, maman toxicomane, papa toxicomane, un monsieur d'Afrique noire très grand, ayant fait plusieurs séjours en prison, violent, très impressionnant. Bon, quand je l'ai rencontré, il a fait beaucoup d'intimidation là haut, « mais moi, je connais la loi », bon oui c'est bien, nous aussi et il avait une sœur ce monsieur, une dame d'une grande générosité qui était aide-soignante ; Et lui a dit mais ma sœur, ma compagne ira chez ma sœur avec le bébé et c'est elle qui sera responsable. Bon ben moi j'ai demandé à rencontrer la sœur, donc j'ai vu la sœur donc une cinquantaine d'années, très, très bien et tout euh c'était une dame qui prenait du crack. Dès qu'il y a crack, nous on est très vigilants, parce que le crack...

[Question : La mère ?]

Oui, le comportement des mamans crackeuses, c'est très difficile. C'est des gens qui d'un seul coup peuvent fuguer, disparaître pendant des jours et des jours et revenir dans un état lamentable. [.../...]

Elle a intégré l'appartement de sa belle-sœur. Ça c'est bien passé pendant une semaine et après elle a commencé à disparaître, un jour, deux jours, ce qui donc, la belle-sœur m'a téléphoné pour me dire qu'elle était en grande difficulté [.../...] et ben ça a fini par un signalement. Parce que un jour, elle a disparu pendant une semaine. Et ben imaginez si cette maman était toute seule dans un appartement, même thérapeutique. Il suffit que l'enfant reste trois quatre jours sans nourriture, c'est la cata, voyez, donc on peut pas prendre ce risque là.

Assistante sociale, entretien n° 3.

Le risque lié à cette situation relève de l'hypothèse mais est souvent décrit, la mère fugueuse oublierait son enfant. Mais d'un autre côté, quand on examine la plupart des récits, on constate que la mère laisse les enfants dans des endroits où ils sont en sécurité, l'hôpital, la famille, la maison maternelle. Cette crainte du bébé abandonné et mourant de faim dans la rue, touche quelque chose chez ces soignants, qui rend cette perspective présente et insupportable (*cf. infra*).

Depuis peu, ce genre de situations est de nouveau décrit pour des femmes polytoxicomanes qui ne font pas suivre leurs grossesses et fuient les différentes structures de prise en charge :

Là j'ai une situation d'une femme et ben on l'avait mise à [centre maternel], on l'a fait rentrer jeudi dernier, elle est arrivée elle avait des rythmes pathologiques, elle est restée trois jours à [centre maternel], on l'a prise ici pour hein, le soir elle est partie, là elle va accoucher d'un moment à l'autre, elle est dans la rue, elle est substituée à la métha, elle est alcoolisée plus plus, euh, avec des années de toxicomanie derrière.

Assistante sociale, maternité, entretien n° 7.

Face à la situation complexe de ces femmes toxicomanes qui se retrouvent en manque à la maternité et ont besoin de sortir s'approvisionner, certains services accordent des permissions de sortie, permettant aux mères de gérer au mieux les deux situations, la naissance et la toxicomanie. Malgré cette aide, certaines femmes ne rentrent pas de permission et disparaissent. Les services sont, bien sûr, démunis face à une telle attitude. Certains, se prévalant du danger encouru par l'enfant, n'hésitent cependant pas à utiliser la force, en requérant du procureur une hospitalisation d'office à la demande d'un tiers, comme nous l'explique cette infirmière :

Ah mais attention. Il est certain que si le bébé est en danger, que la mère refuse certaines choses. Nous, ça nous est arrivé au [Docteur] d'hospitaliser en psychiatrie sur le secteur une patiente qui est enceinte, qui est dans l'errance, qui est pas bien, qui a des troubles du comportement, c'est une HO, hein une hospitalisation d'office, euh, si elle a pas du tout de suivi médical, c'est vrai que...

Infirmière, entretien n° 27.

Ce type d'affaires est peu décrit en France, mais de nombreux cas sont publiés aux Etats-Unis, comme nous l'avait montré la revue de la littérature, les tribunaux n'hésitant pas à imposer à une femme enceinte des soins qu'elle refuse, au motif de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Un autre cas de fugue ou de disparition de la mère peut se manifester. La femme est dans une telle souffrance vis-à-vis de la séparation d'avec son enfant (état fusionnel), qu'elle préfère disparaître plutôt que d'endurer cet arrachement à chaque visite, comme nous l'a expliqué un psychiatre.

d) La reconnaissance de l'enfant

Toute personne ayant assisté à un accouchement est tenue de faire une déclaration de naissance à l'Etat civil. L'acte de naissance a ainsi pour but unique de constater un fait, la naissance d'un enfant (art. 56 du code civil). L'indication du nom de la mère n'est pas une obligation (art. 57 du code civil). De ce fait, tous les services hospitaliers disposent d'une organisation permettant les déclarations de naissance. En région parisienne et dans les grandes maternités, un employé de l'Etat civil (« la dame de l'Etat civil » nous diront les assistantes sociales) passe en maternité recueillir les données nécessaires à la déclaration de naissance directement auprès des mères, afin de limiter les erreurs, éventuellement liées à la retranscription par les services hospitaliers des informations fournies par les femmes.

Pour les femmes mariées, cette déclaration de naissance vaut reconnaissance de l'enfant par les deux parents. Elle est donc l'unique formalité pour établir la filiation, sauf à ce que la mère ait demandé le secret de la naissance (*cf. supra*). Comme le relève Françoise Dekeuwer-Defossez (1999) : « *Cette règle généralement connue sous l'adage latin mater semper certa est ne s'applique pas à l'heure actuelle à la filiation naturelle : dans notre droit positif, la femme ayant indiqué son nom dans l'acte de naissance doit de surcroît le reconnaître* ». De ce fait, pour une femme non mariée, la déclaration de naissance doit être complétée par une reconnaissance de l'enfant par son père et par sa mère, soit ensemble, soit séparément. Cette reconnaissance peut être faite avant même la naissance, conjointement ou non, par les deux parents.

S'agissant des femmes toxicomanes, pour la plupart non mariées et même rarement en couple, la question de la reconnaissance de l'enfant, qui va déterminer son statut est posée par l'ensemble des assistantes sociales qui y voient bien une difficulté :

Voilà, l'enfant qui est pas reconnu c'est un enfant qui est adoptable. Et théoriquement, si on exerçait juridiquement je veux dire, on faisait bien le travail, un enfant qui n'est pas reconnu on ne saisit pas le juge pour enfants, on saisit l'Aide sociale à l'enfance qui doit l'immatriculer comme une pupille. Mais on ne peut pas le faire, moi j'estime qu'on ne peut pas le faire, tant que la mère ne nous a pas dit, je ne veux pas de cet enfant. Si elle nous dit je n'en veux pas de cet enfant, je ne le reconnais pas, j'en veux pas, je veux qu'il soit adopté, là oui on va lui donner toutes ses chances d'être adopté. A partir du moment, et moi toutes les femmes toxicomanes que j'ai rencontrées jusqu'à maintenant aucune ne m'a dit j'en veux pas.

Assistante sociale, maternité, entretien n° 7.

Si la mère refuse de décliner son identité lors de la déclaration de naissance, ou demande le secret de l'accouchement, l'enfant devient automatiquement pupille de l'Etat puisque sa filiation n'est pas établie. De fait, jusqu'à la loi de 2002, le père ne pouvait plus reconnaître non plus l'enfant, ce qui le privait de sa paternité, comme l'a montré une affaire récente⁸⁵.

Parce qu'il y en a elles accouchent et elles se sauvent. Mais le système fait que dès qu'il y a accouchement, il y a la dame de l'Etat civil qui passe faire la déclaration de naissance. C'est une déclaration de naissance, hein, c'est pas officiel. Il y a toujours un bureau d'état civil qui fait que, la dame passe et on vous demande le nom du père, le nom de la mère et voilà où est-ce que vous habitez madame et patati et patata et voilà elle dépose ça à la mairie. Ensuite, la maman et le papa, ou que la maman ou que le papa, ou les deux sont censés se présenter à la mairie, comme tout individu normal pour faire la décl..., la reconnaissance avec la pièce d'identité et là on s'aperçoit qu'il ne se passe rien. La déclaration de naissance elle est faite parce que vous avez une personne qui va au lit du malade. Imaginons que la déclaration ne se fasse pas. Il ne se passerait rien je suppose. Mais, on peut aussi dire que ces femmes-là peut-être un jour elles vont avoir un ... je sais pas une étincelle, et qu'elles vont vouloir rencontrer leur enfant.

Assistante sociale, maternité, entretien n° 3.

Les procédures sont connues de manière beaucoup moins précise par cette assistante sociale, puisqu'elle considère que l'acte de naissance n'est pas officiel, ce qui est

⁸⁵ Cour d'Appel de Riom, 16 décembre 1997, la mère peut par l'accouchement anonyme (dit accouchement sous X) empêcher l'établissement de la paternité, quand bien même l'homme aurait procédé à une reconnaissance prénatale.

erroné, même si elle fait bien la distinction entre les enfants reconnus ou non⁸⁶. Dans les maternités où ne passe pas l'employé de l'Etat civil, ce sont les services hospitaliers qui remplissent et transmettent à la mairie les déclarations de naissance, d'après les informations qu'ils ont pu obtenir des mères. D'ailleurs, à l'admission en maternité, les pièces demandées aux femmes qui ont normalement fait suivre leur grossesse sont la carte de sécurité sociale, le carnet de grossesse et le livret de famille.

Dans un autre hôpital, l'assistante sociale rencontrée connaissait au contraire toutes les procédures de manière très précise et confirmait que la reconnaissance est l'acte névralgique, dans le cas de ces femmes isolées :

Les situations dernières, moi, de femmes toxicomanes, dont moi je me souviens, c'est que des enfants qu'ont pas été reconnus, et qu'ont été confiés en vue de l'adoption. C'est-à-dire qu'ont pas été reconnus, c'est-à-dire que c'est des femmes qui n'ont même pas fait la démarche d'aller à la mairie reconnaître l'enfant, non qu'elles m'ont dit j'en veux pas, mais elles sont parties, ou elles sont parties après que l'enfant soit parti dans un service de néonate et elles n'ont plus donné suite. Assistante sociale maternité, entretien n° 7.

En effet, si la mère n'a pas reconnu son enfant et qu'elle a disparu, cela va potentiellement enclencher la procédure d'abandon judiciaire (art. 350 du code civil). Son indisponibilité à ce moment précis est, en conséquence, une question essentielle.

Dans tous les cas, les parents disposent de l'autorité parentale sur leur enfant, sauf si une décision judiciaire contraire a été prise ou si celui-ci a été reconnu pupille de l'Etat. Dans ce dernier cas, c'est l'Etat qui exerce l'autorité parentale et dispose du droit à consentir à l'adoption.

2) Quand signaler ?

Avant d'entrer dans le détail de cette question, une remarque préalable nous paraît nécessaire. Une partie des risques tels qu'ils ont été définis, se présentent avant même la naissance de l'enfant, sur le temps de la grossesse. La question qui se pose alors, serait l'éventualité du signalement d'un enfant à naître, ce qui suscite de très fortes controverses, dans l'ensemble des pays. Certaines équipes de maternité sont favorables à des prises de contact avant la naissance avec le parquet, voire à une première transmission. Pour d'autres cette pratique est totalement inenvisageable.

Il y a donc une ambiguïté, qui est loin d'être levée par les guides destinés aux professionnels. On peut ainsi lire à ce propos dans un document parisien : *«Toutefois, dans des circonstances exceptionnelles, telles que, par exemple, l'hospitalisation d'office d'une femme enceinte, il peut être utile de rédiger une « information en vue d'un signalement » ayant pour objet de faciliter la décision des magistrats au moment de la naissance. Cette information ne remplace pas le signalement qui devra être fait au moment opportun»* (Département de Paris, 2003). Les statistiques de l'ASE de Paris indiquent que cinq signalements avant la naissance ont été effectués en 2000, mais qu'il n'y en a pas eu pour les années postérieures (ASE, 2004). Un juge des enfants parisien nous a confirmé cette

⁸⁶ Dans ces conditions, on se demande d'ailleurs comment une femme de faible niveau scolaire ou toxicomane est sensée s'y reconnaître.

pratique de signalement pour un enfant à naître, dans le cas précis de l'hospitalisation d'office et qu'il ne lui paraissait pas choquant de préparer son ordonnance de placement en laissant la date en blanc pour attendre la naissance.

Dans toutes les autres circonstances, le signalement se situe à l'issue d'une phase de repérage, suivie ou non d'une période d'évaluation et qui met en évidence des manifestations de danger qui vont permettre d'argumenter le signalement.

A- Le repérage

Dans toutes les situations de placement, le repérage des familles « à risque » a lieu du fait de leur grande visibilité sociale. Ainsi, comme l'explique Isabelle Delens-Ravier, un événement supplémentaire dans ce contexte entraînera une dégringolade : « *Une crise survenant dans un quotidien à l'équilibre précaire, tels la maladie ou le départ du conjoint, marque le début d'une chute sans fin. Les fragilités affectives, relationnelles et matérielles envahissent le champ de l'existence et ne permettent pas de faire face à ce bouleversement. Les problèmes s'accumulent, souvent au départ de difficultés matérielles, et finalement les enfants sont placés* » (Debourg Alain (dir.), 2003). Le rôle de la précarité dans la décision de signalement sera spécifiquement examiné ensuite.

Outre ce repérage résultant de la gravité des problèmes sociaux ou des difficultés matérielles, les femmes toxicomanes vont attirer l'attention des services sociaux par leur consommation elle-même, connue ou découverte à l'occasion de cette grossesse.

a) *Les déclarations de la mère ou les tests*

Pour les équipes de maternité, l'enjeu d'un repérage précoce des conduites addictives, dès le début de la surveillance de la grossesse, est crucial. C'est l'un des apports essentiels des réseaux, permettant d'orienter les femmes à problèmes (d'addictions, mais également d'autres types de risques maternels ou sociaux) vers les services compétents, et ce, le plus rapidement possible. Quand un hôpital a mis en place un réseau de prise en charge spécifique pour les femmes toxicomanes, cela draine des femmes ayant cette problématique. Pour celles-ci, il est néanmoins difficile d'annoncer clairement le « problème » lors de la prise du premier rendez-vous au standard. Les sages-femmes sont vigilantes à l'égard de ce type de demande :

On a deux cas de figure je dirais, les femmes qui nous sont adressées par leur médecin traitant, gynécologue traitant, qui ont déjà été suivies en maternité pour une grossesse précédente, ou par une association, alors celles-là à la limite elles ont pas besoin de nous dire qu'elles sont toxicomanes puisqu'elles sont adressées pour ça en maternité, d'accord. Ce qui est pas facile pour elles je dirais moi, c'est de téléphoner au bureau des rendez-vous pour dire ben voilà je n'habite pas le secteur mais il faut absolument que j'accouche à [hôpital], moi j'ai eu quelques difficultés comme ça, où après j'ai été rappelée par le médecin traitant me disant vous savez on a refusé d'inscrire ma patiente, je dis oui je comprends pas et en fait on a compris que c'était pas facile pour ces femmes de dire au téléphone, je veux venir accoucher à [hôpital] parce que je suis toxicomane. Donc on s'est dit que dans ces cas là il fallait revoir notre copie et permettre à ces femmes bien entendu d'accoucher ici mais de trouver une autre façon de le dire ou alors c'est ou l'association ou le médecin généraliste qui va lui même téléphoner pour

prendre le rendez-vous, le premier rendez-vous, voilà. On a contourné la difficulté, celle-là en tout cas, comme ça.
Cadre sage-femme, entretien n° 16.

L'examen de la littérature médicale américaine nous a montré toute la difficulté pour les hôpitaux d'organiser des tests systématiques sur les femmes qui accouchent afin de détecter leur toxicomanie éventuelle. Cette position des services n'est pas tenable, ne serait-ce que d'un point de vue juridique, car aucune loi ne le mentionne. Le plus souvent, les examens sont proposés à la mère, qui est libre de les refuser, bien qu'elle encoure, a contrario, d'être au moins soupçonnée d'avoir des pratiques inavouables. Pourtant, dans certains hôpitaux, la décision de réaliser des tests est prise sur la base de caractéristiques de la femme ou d'examens cliniques. C'est le cas au Connecticut, comme le montre la recherche de Kerker et al. (2004). La décision de soumettre une jeune mère à des tests repose sur les caractéristiques de la mère (échantillon de 1000 femmes), mais aussi sur des représentations et attitudes des personnels soignants (40 médecins interviewés). Les variables les plus pertinentes pour prédire l'utilisation d'un test sur la mère sont la race (noire), le suivi insuffisant de la grossesse, une rupture du placenta ou un accouchement prématuré, la connaissance d'une toxicomanie présente ou passée, l'usage de tabac et un problème de santé mentale (Kerker Bonnie D. *et al.*, 2004).

En France également, certains services organisent de tels tests lorsque, après la naissance, ils ont effectivement des doutes sur les causes de la souffrance du nouveau-né. Pour certaines femmes, ces tests peuvent intervenir plus tard, en cas de doute de l'équipe à l'occasion d'une hospitalisation. C'est le cas pour Zohra, dont l'enfant ne grossissait pas et avait des régurgitations.

Il se trouve que pendant ce séjour j'ai eu une permission et qu'en rentrant de permission on m'a fait une analyse et qu'on a trouvé que j'étais positive à l'héroïne,
Hum
Donc je pense qu'à ce moment-là les services sociaux ont su, enfin ça c'est vu, ça a été honnête,
Ils pouvaient l'affirmer, quoi !
Voilà
Zohra, entretien n° 33.

La pratique de tels examens a un coût qui s'oppose à ce qu'ils soient systématiques sur toutes les naissances et reste un argument essentiel pour empêcher qu'ils se développent, bien que la littérature médicale américaine retienne que c'est la seule solution pour empêcher la discrimination (il est prouvé qu'aux Etats-Unis, les tests visent plus souvent les femmes noires).

b) Les grossesses non suivies

La population des femmes toxicomanes est décrite dans la plupart des études comme présentant le risque de ne pas se soumettre aux examens exigés pour le suivi normal d'une grossesse, qui permettent le dépistage précoce des pathologies et la prise de contact avec l'équipe obstétricale. La prise en charge tardive de la grossesse, dans le pire des cas lors d'une arrivée aux urgences pour l'accouchement, fait courir un risque de prématurité, de mortalité fœtale ou infantile, outre les risques déjà décrits sur les caractéristiques du nouveau-né (*cf. première partie*).

Les femmes toxicomanes sont décrites comme ne faisant pas suivre leur grossesse⁸⁷, ce qui serait un premier indice de leur manque d'intérêt envers l'enfant à venir. En France, au niveau national, la part des grossesses insuffisamment suivies est en constante régression : de 15 % en 1972 à 7,8 % en 2003 (Vilain Annick *et al.*, 2005a). Les grossesses non déclarées représentent 0,5 % des naissances. La part des grossesses mal suivies, comme le nombre moyen de visites, sont socialement contrastées puisque moins de 6 % des cadres ont eu moins de 7 visites avec une moyenne de 9,2 visites tandis que 15 % des sans profession n'ont pas fait toutes les visites, avec une moyenne de 8,2 visites pour une moyenne générale de 8,9 visites (Vilain Annick *et al.*, 2005a). Le nombre de visites dépend également des ressources du ménage, les femmes ne vivant que des aides ayant effectué moins de visites, alors même qu'elles ont plus de problèmes de santé et qu'elles sont plus souvent hospitalisées (Blondel Béatrice *et al.*, 2005).

Néanmoins, les rares études portant sur le point de vue des femmes montrent que les mères toxicomanes partagent les normes communes sur les grossesses et connaissent ce qu'il faudrait faire pour le bien-être de leur fœtus. Ainsi les femmes interrogées par Sheigla Murphy et Marsha Rosenbaum (1999) ont toutes indiqué qu'elles essayaient de dormir davantage, de mieux se nourrir, de prendre des vitamines, etc. et s'inquiétaient fortement des conséquences de la prise de produit sur leur futur bébé, mais qu'elles évitaient les services médicaux par crainte des conséquences en termes de retrait de la garde de leurs enfants. Les stratégies développées par ces femmes sont variées, comme de réduire les doses ou d'opter pour un produit qu'elles estiment moins dangereux.

Pour le cas français, une raison souvent sous-estimée du non-suivi des grossesses est la honte ressentie par des femmes d'origine maghrébine d'être enceinte tout en étant célibataire, souvent associée à un rejet de la famille. C'est pour elles un frein puissant à la recherche d'une aide (Goyaux Nathalie, 1999). Zohra exprime ce sentiment :

La 2^{ème}, si je l'ai pas fait suivre du tout, je crois que j'avais très honte parce que chez nous, enfin chez mes parents, c'est quelque chose qui était inconcevable d'avoir des enfants sans être mariée et voilà un 2^{ème} enfant avec un autre père et avec lequel j'étais plus, euh ouais, il y avait beaucoup de honte là dessus. La vérité, c'est que les médecins s'en foutent.

Zohra, interviewée par Sandrine Aubisson, décembre 2001.

De plus, la plupart des études médicales montrent que les femmes toxicomanes subissent des modifications hormonales avec souvent une aménorrhée (disparition des règles). Les symptômes de la grossesse, en particulier les nausées, sont souvent, à tort, confondus par la femme avec l'état de manque, entraînant une augmentation ou une reprise du produit. La prise de conscience tardive de la grossesse est donc courante chez ces femmes et lorsqu'elle amène une demande d'interruption volontaire, celle-ci ne pourra être satisfaite, du fait du dépassement du délai légal. Le début du suivi au 2^{ème} voire 3^{ème} trimestre de la grossesse revêt ainsi une signification propre au contexte de la toxicomanie, relevant éventuellement davantage d'une problématique de gestion du corps que du déni de la situation.

⁸⁷ - Une grossesse bien suivie et menée à terme comprend légalement sept visites en France. La notion de grossesse peu ou mal suivie fait intervenir plusieurs critères dont la durée de celle-ci (une naissance prématurée empêche les dernières consultations) : le nombre total de consultations pendant la grossesse, le fait que la première consultation (donc la déclaration de la grossesse) ait eu lieu avant 15 semaines.

Zohra nous a également décrit ses quatre grossesses, n'en a fait suivre aucune, bien que dès son second enfant elle ait réalisé qu'elle se signalait de ce fait aux services sociaux. Elle ne justifie ni n'explique en rien cette attitude, elle la constate a posteriori « *Pareil, une grossesse qui n'avait pas été suivie* »⁸⁸.

De plus, pendant très longtemps, les maternités, ou de manière générale les services hospitaliers, ont été perçus par les femmes toxicomanes de manière très négative : elles risquaient, en effet, un signalement social, le placement de l'enfant était trop systématique, la dépendance n'était pas prise en compte d'où une situation de sevrage de fait et leur fuite rapide (Lejeune C. *et al.*, 1997). Ainsi, les études sur les femmes toxicomanes enceintes font état d'un pourcentage élevé de grossesses non suivies, de l'ordre de 20 % ou peu suivies (trois consultations ou moins sur les sept obligatoires) de l'ordre du tiers (Bordes N. et Pinganaud S., 1996), soit au total une grossesse sur deux insuffisamment surveillée.

Une amélioration de la prise en charge a été permise dans les dernières années par le développement du travail en réseau avec une coordination hospitalière, permettant un repérage des femmes à risque par les associations ou les services sociaux et les structures de soins pour toxicomanes. Dans l'expérience du réseau des Hauts-de-Seine, un rôle majeur a été dévolu à des « femmes-relais »⁸⁹, qui repèrent et orientent les femmes enceintes non suivies pour des raisons sociales ou culturelles (Lejeune et al., 1998).

Le non suivi de la grossesse peut aussi être une tentative pour la femme d'échapper au regard de réprobation qui pèsera inévitablement sur elle, dès que les services sociaux la découvriront enceinte. Ces enchaînements transparaissent bien dans les récits des intervenants, qui mettent en évidence les tentatives de ces femmes pour échapper au repérage et se soustraire à ce regard. Ainsi, la cliente de ce médecin hospitalier :

Donc j'ai profité de mes vacances pour dire, il faut que vous trouviez un autre médecin pour vous suivre et puis on change de traitement, c'est la méthadone, et dans le centre de soins ce sera mieux et j'ai passé le relais à ce médecin. Donc il la voyait régulièrement mais c'était compliqué, c'était souvent en retard, toujours entre deux, etc. et il la voyait et elle lui a caché sa grossesse.

[Pas mal !]

Elle a très, très peu grossi...

[Donc il la voyait pour la méthadone, pas pour la grossesse ?]

Et donc, nous on a su qu'il y avait un signalement et qu'elle était enceinte par le biais de ce signalement, euh mais le médecin qui la voyait (rires) ne savait pas qu'elle était enceinte ! Donc moi je l'ai appelé en disant, tu, tu es sûr que elle est pas enceinte ? Alors c'est vrai que c'est une dame, comme elle buvait un peu d'alcool, elle avait un petit ventre. « Oh ben non ». Je pense que tu devrais quand même discuter avec elle. Et effectivement, elle était enceinte et elle a, elle n'est jamais venue ici pour faire suivre sa grossesse, jamais, pendant tout le temps,

⁸⁸ - L'interrogation directe sur ce point n'était pas possible à ce moment du récit, je préférais opiner et la laisser poursuivre.

⁸⁹ - Leur mission consiste à accueillir, à écouter, exercer toute activité qui concourt au lien social, informer et accompagner les habitants du quartier dans leurs démarches administratives ou celles relatives à la santé, faciliter le dialogue entre services publics et usagers. Elles peuvent accompagner une femme à une consultation prénatale et avoir par exemple un rôle de traducteur si la femme ne parle pas français, ou plus généralement d'accompagnateur.

alors que... on l'attendait tous et qu'elle savait qu'elle pouvait venir. Donc, elle a fini par venir le dernier mois avant d'accoucher. C'est dire que c'est exactement comme ce qui c'était passé la première fois. Malgré que les contacts existent, malgré qu'il y ait des collègues, il y a quelque chose qui fait que c'est impossible. Et je pense que dans le quelque chose il a des signalements, des placements, etc. C'est une femme qui avait déjà deux enfants placés d'un autre mariage. Médecin CHU, entretien n° 4.

La jeune femme dont il est question ici, non seulement dissimule sa grossesse au médecin qui la suit pour son traitement de substitution⁹⁰ mais encore refuse le contact avec l'équipe hospitalière qui l'a pourtant suivie lors de sa précédente grossesse. Le médecin suppose tout de même qu'il y a un lien entre cette esquivance et le devenir de ses enfants précédents. En fait, ce même hôpital avait fait un signalement un an après la naissance de l'enfant précédent (le troisième) mais qui n'avait pas été pris en compte par les services judiciaires. Un deuxième signalement a été transmis au juge, émanant de voisins. A cette occasion, les services hospitaliers interrogés ont pu obtenir des éléments sur cette nouvelle grossesse (la quatrième de la femme).

Il convient enfin de préciser que l'absence de suivi prénatal peut également entrer dans la problématique très particulière du déni de grossesse : la femme refuse de prendre en compte les signes de son corps et, à l'extrême, va interpréter le début du travail comme un problème intestinal. Dans le pire des cas, ce déni peut se prolonger par le meurtre de l'enfant (néonaticide). Or, à l'évidence, les équipes de maternité sont encore aujourd'hui mal informées sur ce risque, en particulier s'agissant d'adolescentes et très peu des femmes concernées sont orientées vers une consultation psychiatrique lors de la prise en charge de l'accouchement (Grangaud Nadine, 2002). Une recherche menée par Catherine Bonnet et portant sur des accouchements sous X ou à domicile ayant entraîné la mort du nouveau-né, montre que la majorité des femmes concernées avait fait preuve d'un déni massif de la grossesse, quelquefois jusqu'à l'accouchement lui-même. « *Le meurtre de l'enfant en est souvent une conséquence inéluctable si le voile n'a pas pu être levé sur cette « grossesse impensable* » selon ses propres termes (Bonnet Catherine, 1996).

c) *Le syndrome de sevrage*

Quand on parle du syndrome de sevrage, il s'agit le plus souvent de celui du nouveau-né, qui après la naissance va se trouver en manque du produit habituellement consommé par sa mère. Mais il arrive aussi qu'une femme, dont la grossesse n'a pas été suivie le plus souvent, soit repérée parce qu'elle va elle-même faire un syndrome de manque à l'occasion d'une hospitalisation en cours de grossesse, pour un accouchement prématuré ou une autre pathologie, voire lors de l'accouchement lui-même.

Oh ben, il y a les femmes qui arrivent pour accoucher, bon là, et puis il y en a aussi qu'on découvre. Je me rappelle il y en a une comme ça qui a été hospitalisée pour une MAP [menace d'accouchement prématuré, ndr], qui avait eu une consultation auparavant et puis lors de son hospitalisation nous disant je me sens pas bien, je suis angoissée, je suis nerveuse, j'ai des crampes, j'ai des nausées et puis finalement en discutant avec elle, je dis bon ben jamais, et elle me disait si,

⁹⁰ Ce cas est loin d'être rare. Dans notre étude précédente sur les femmes enceintes substituées, il est nettement apparent que les médecins généralistes qui suivent des femmes toxicomanes ne procèdent que rarement à un examen clinique ou ne s'enquerraient pas de leur vie gynécologique (Lejeune, Simmat-Durand, 2003).

si, de temps en temps, je prends tel ou tel produit et elle commençait à démarrer en fait un syndrome de manque, ça peut arriver ça.
Cadre sage-femme, entretien n° 11.

Lorsque la mère consomme pendant la grossesse des produits comme l'héroïne, les produits de substitution ou les benzodiazépines, le nouveau-né est susceptible d'avoir des manifestations de manque peu après la naissance. Le repérage de ce syndrome de manque est un enjeu réel pour les services de maternité puis de néonatalogie, afin de ne pas laisser sortir une maman dont le bébé risque de faire un syndrome quelques jours après. En effet, dans les cas les plus graves, le syndrome de manque provoque des convulsions chez le nouveau-né et non traité il peut entraîner le décès.

C'est la raison pour laquelle il ne peut être envisagé de procéder à un sevrage de la mère pendant la grossesse, du fait du risque du manque chez l'enfant que l'on ne pourrait soigner. Les demandes de sevrage sont récurrentes chez les femmes toxicomanes car elles craignent les effets de la drogue sur l'enfant. Actuellement, il est plutôt préconisé de leur proposer un traitement de substitution, dont certaines tentent de se sevrer.

Elles vont souvent culpabiliser, elles s'inquiètent, elles ont peur pour leur bébé. Souvent elles ignoraient qu'elles étaient enceintes au 1^{er} trimestre, elles savent que c'est le premier trimestre qui est le plus important au niveau de la morphologie de l'enfant, donc souvent il y a toujours sous-jacente cette culpabilité ou cette angoisse que l'enfant risque d'avoir écopé et puisse avoir des problèmes. Elles sont souvent aussi très inquiètes sur les effets que le traitement substitutif peut avoir sur l'enfant en disant lui aussi il va faire son syndrome de sevrage, qu'est-ce que ça lui fait le produit ? comment il va être quand il va naître ? Est-ce qu'on va le sevrer tout de suite comme ça ? lui il aura rien. On lui explique qu'il va quand même faire son sevrage dans le ventre de sa maman. Donc, souvent effectivement, elles sont très culpabilisées, et elles savent que si elles prennent pas le produit pour leur bébé, elles, elles vont craquer parce qu'elles seront pas bien et de toute façon, le bébé qu'elles prennent du produit ou qu'elles n'en prennent pas il sera pas bien, donc voilà, c'est un peu une impasse.
Cadre sage-femme, UMB, entretien n° 22.

Cette inquiétude des mères quant aux conséquences de leur consommation sur leur futur bébé est réelle, comme l'ont montré des enquêtes sur ces femmes (Murphy Sheigla, 1999). Les femmes rencontrées l'ont bien mentionné, certaines ont réussi à arrêter de consommer pendant leur grossesse (Sandra, Brigitte) ; pour les autres, leur culpabilité extrême lors de périodes de forte consommation ont pu les amener à faire le choix d'une IVG, où à consommer encore plus.

Le syndrome de manque du nouveau-né se manifeste par un faisceau de réactions ou de manifestations qui, prises isolément, ne sont pas typiques. Ainsi, il peut s'agir d'éternuements, de trémulations, de troubles digestifs (diarrhées, vomissements, constipation...) ou cutanés ou d'excitation. C'est le cumul de ces indices, comptabilisés plusieurs fois par jour sur des échelles de score, celle de Finnegan ou celle de Lipstiz, qui permettent de déterminer le niveau du syndrome de sevrage. Les cas les plus bénins ne nécessitent aucun soin particulier ou des pratiques d'apaisement (portage, lumière tamisée, musique douce, matelas d'eau chaude...). Les cas les plus sévères nécessitent un traitement morphinique (*cf. infra*, première partie).

Pour les femmes toxicomanes, la sensation de manque est quelque chose de connu. Beaucoup sont extrêmement anxieuses que leur enfant puisse connaître cela, c'est pour certaines une véritable angoisse. Le sentiment de culpabilité est donc assez inévitable, pouvant paralyser la relation de départ.

Alors il [le bébé, ndr] peut être mis dans la chambre de manière progressive, alors la journée, alors au début certaines heures dans la journée, parce qu'au début, elle est, quand le syndrome de sevrage arrive, elle est tellement en souffrance qu'elle a beaucoup de mal à s'investir auprès de son bébé, elle peut être fuyante par rapport au bébé, pleurer, dépressive, ne pas vouloir s'en occuper.

Hum, parce qu'elle culpabilise ?

Elle culpabilise beaucoup, beaucoup, il y a vraiment une culpabilité. Elle arrive pratiquement toujours cette culpabilité de la maman, ça lui rappelle...

Des fois le syndrome de sevrage ça peut être pendant un mois, la maman, elle peut pendant quinze jours ne pas s'occuper de son bébé ! Et puis, tout à coup, un déclic, quand son bébé va mieux, quand on baisse la morphine, quand on arrête la morphine, la mère, elle est beaucoup plus détendue, beaucoup plus confiante aussi, ça lui, le lien mère-enfant commence à passer beaucoup mieux, on arrive à obtenir des choses...

Infirmière, unité de liaison, entretien n° 27.

De plus, pour ces femmes, le personnel médical a tendance à minimiser ce que va ressentir le bébé, ce qui leur paraît une véritable « trahison ». Dans les services qui ont mis en place un véritable accueil de ces femmes toxicomanes, généralement, le pédiatre rencontre la future mère en fin de grossesse pour lui expliquer en détail le syndrome de sevrage et ses traitements. Le transfert systématique en néonatalogie du nouveau-né n'est plus pratiqué, la proximité de la mère et de l'enfant est au contraire recherchée, impliquant celle-ci dans les soins au nourrisson. Ainsi une jeune mère interviewée par Sandrine Aubisson (2002b, p.136) ne pouvait pas admettre que le médecin veuille attendre de voir si l'enfant allait manifester un manque pour le traiter : « *Mais moi je leur ai dit, je leur ai dit, vous rigolez, vous allez attendre qu'il soit en manque pour lui donner quelque chose pour le calmer ? Je dis vous savez qu'il était dans mon ventre, quelle dose je prenais, en plus je prenais 80 [mg de méthadone], pas rien. Je dis obligatoirement, il va être en manque. Pour moi, c'était... tu sais, c'était obligatoirement, c'était obligé. Je dis attends... je me mets à sa place, hein !* »

En l'absence de déclaration de la mère sur ses consommations pendant la grossesse, l'apparition d'un syndrome de manque chez le nourrisson va constituer un marqueur important pour le personnel en charge de cette patiente. Certaines équipes vont immédiatement pratiquer des tests urinaires chez le nouveau-né, voire soumettre la mère à un entretien plus directif sur ses consommations.

Aux Etats-Unis, le syndrome de sevrage du nouveau-né constitue une preuve à charge contre la mère quant à sa consommation de substances au cours de la grossesse et peut déboucher sur une poursuite pénale.

d) La demande d'aide de la mère

Malgré cette vigilance des services, il peut arriver qu'une femme toxicomane échappe totalement à ce repérage, en particulier si les conditions matérielles dans lesquelles elle vit sont correctes ou qu'elle donne suffisamment bien le change. Farida est ainsi

sortie de l'hôpital au bout de cinq jours « *comme toutes les mamans* ». Zohra, rencontrée en centre de soins nous l'avait également exprimé :

Elle est venue me rencontrer et puis, je cachais bien mon jeu hein, là je trouvais que je cachais bien mon jeu, euh je ne trompais que moi, hein ! Enfin je ne sais pas si je cachais bien mon jeu, par la suite on m'a dit que j'ai toujours su protéger mes enfants, même dans la toxicomanie, je crois que c'est vrai.

Zohra, entretien n° 33.

De plus, certaines réussissent effectivement à arrêter et si le nouveau-né ne manifeste aucune réaction, elles peuvent passer inaperçues des équipes, en s'abstenant de solliciter une aide. Or, ces femmes n'ayant pas été repérées, sortent normalement de l'hôpital avec leur enfant et peuvent rencontrer des difficultés supplémentaires, par le phénomène de dégringolade déjà relaté et faire le constat qu'elles ne peuvent plus y arriver seules. Elles vont alors solliciter une aide, qui bien souvent va se retourner contre elles, puisqu'elles deviendront alors visibles pour les services sociaux, provoquant un engrenage qui pourra aboutir au placement de leur(s) enfant(s).

Zohra, nous a raconté cette descente, alors qu'elle a trois enfants et que son dernier compagnon est « tombé » pour une affaire de trafic de stupéfiants.

Euh, donc voilà la situation est devenue catastrophique à partir de ce moment-là, je n'arrivais plus à gérer, j'avais plus assez d'argent, j'avais plus, les enfants ne mangeaient plus tous les jours, les nuits où ils restaient seuls parce que je me prostituais et que je les laissais, et puis...

Zohra, entretien n° 33.

Elle se découvre enceinte à ce moment et décide d'abandonner l'enfant en demandant un accouchement sous X (*cf. supra*). Son ami décède alors et elle fait la démarche de se soigner et pour cela demande le placement de ses enfants (elle les confie à l'ASE qui les accepte pour quinze jours). Quand elle veut les récupérer, elle apprend qu'il y a eu un placement judiciaire :

Et euh, disons que voilà mes enfants étaient placés, j'ai eu quinze jours, et au bout de quinze jours quand je voulais aller les voir on m'a dit non, il y a eu un placement judiciaire et, euh, ben là, j'ai très mal accepté la chose. D'autant plus que c'était en octobre, et que quand je me suis trouvée chez la juge, le rapport que la juge m'a lu, datait du mois d'août. Donc, euh...

Zohra, entretien n° 33.

En réalité, un signalement avait été fait entre-temps par une voisine, qui avait abouti au niveau judiciaire et les deux procédures vont être jointes. De ce fait, Zohra ne sera pas créditée de sa démarche, seuls ses problèmes de toxicomanie, de logement, de négligence de ses enfants etc. seront évoqués, ce qu'elle vivra comme une trahison.

L'image utilisée par un intervenant en toxicomanie, confronté peu de temps auparavant à une situation de ce genre est celle du piège qui se referme, alors même qu'en sollicitant de l'aide, cette femme démontrait sa capacité à protéger ses enfants.

Alors c'est le cas d'une de mes patientes actuellement. Ce n'est pas un placement partiel mais c'est un placement temporaire, c'est assez dramatique d'ailleurs pour la patiente. Là il y a un paradoxe qui a fonctionné avec cette patiente que je trouve terrifiant. C'est qu'elle a fait appel dans des moments difficiles à des structures extérieures à qui elle a confié son enfant.

[Question : Donc on peut dire qu'elle était une bonne mère en ça ?]

Exactement ça, c'est ça une bonne mère, c'est quelqu'un qui sait sa limite et qui sait faire appel à l'autre et je dois dire que j'ai soutenu, voire aider à ce qu'elle puisse entendre que c'était effectivement pas du registre de l'abandon ou de la mère mauvaise, qu'elle s'imaginait parfois être ou pas suffisamment bonne, mais que confier son enfant, c'est être mère. Bien.

Et lorsqu'elle passa devant le juge, ça a été considéré comme la preuve qu'elle ne pouvait pas s'occuper de ses enfants et ce retournement de l'appel aux structures qui sont là, qui sont créées, qui sont présentes, on dit aux mères de s'adresser là, devient la preuve manifeste de leur incapacité d'être mère. Et ça, j'ai trouvé ça d'une violence, c'est pas moi qui l'ai trouvé d'ailleurs, mais si moi aussi, ma patiente notamment, d'une violence extrême, elle l'a dit qu'elle s'était faite piégée alors par ça, par la demande d'AEMO qui était une demande volontaire de sa part, pour l'aîné qui grandissait et qui devenait un peu difficile, enfin bon toutes ces mesures ont été renvoyées, retournées, hein... !

Psychanalyste, CSST, entretien n° 25.

Cette impression nous a été confirmée par d'autres intervenants, à propos de diverses structures d'aide aux femmes en difficulté, qui, pour protéger les enfants, mettent en place un processus d'évaluation de la mère, lorsqu'elle vient confier son enfant. De fait, ce procédé paraît souvent déloyal, la mère arrivant dans ces structures lorsqu'elle est à bout de souffle, en demande d'aide, et étant jugée sur un épisode aigu d'incapacité face à son enfant et non sur les potentialités ou aptitudes qu'elle pourrait avoir par ailleurs.

De manière générale, les reproches adressés à l'Aide sociale à l'enfance par les parents et les associations qui les défendent est une tendance à toujours retenir les incapacités parentales mais jamais leurs compétences et les aspects positifs de leur vie (cf. infra). C'est ce que relève le rapport du Défenseur des Enfants (2004) : « *La culture actuelle du travail social insiste sur le diagnostic des dysfonctionnements individuels ou familiaux et ne valorise pas toujours assez le repérage des potentialités spécifiques à chaque famille, autant d'éléments qui contribuent pourtant à construire et réaliser un projet commun* » (p. 115).

B- Les critères de risque évoqués

Comme si elle allait de soi, puisqu'il s'agissait par définition du sujet de l'entretien, la toxicomanie de la mère nous a été très peu citée comme l'un des dangers auxquels était exposé l'enfant. La plupart de nos interlocuteurs s'en défendaient d'ailleurs. Selon eux, la prise de produits stupéfiants, à elle seule, ne saurait expliquer la décision de signalement. C'est la toxicomanie associée à d'autres indicateurs qui serait le facteur de risque.

De nombreuses variables nous ont été citées comme étant des repères de situations à risques, bien que les acteurs se défendent qu'une seule d'entre elles puisse conduire inévitablement à un signalement.

Moi, à mon avis, à mon avis, il n'y a pas que la prise de produit, parce que, il y a aussi la situation de la mère, conjugale, il y a le concubin violent, il y a le logement ou pas de logement, il y a l'aptitude ou pas de suivre le gosse, enfin il y a toute une série de choses qui sortent vraiment de la posture du toxicomane, tout un environnement de désocialisation, qui peut être aussi un facteur qui peut entrer en ligne de compte dans le signalement qui est fait. On peut très bien avoir une mère qui prend du Subutex mais qui, parce qu'elle a pas de logement, ou

parce qu'elle a des problèmes avec son gamin, parce que déjà elle en a eu un autre qu'on a placé, enfin, il y a tout un tas de raisons, soit quand même, fasse quand même l'objet d'un placement, donc je pense qu'il y a quand même, moi je dirais qu'il y a une analyse plus complexe, plus sociale disons, de la situation, au regard de tout ce qu'un parent peut apporter à son enfant, en terme global, plutôt qu'une approche, qui doit quand même entrer en ligne de compte chez les gens qui ont la possibilité de le faire, plutôt que simplement une doctrine qui consiste à dire et bien elle prend du Subutex, donc elle est stabilisée donc on lui laisse son gosse. A mon avis, si la mère est totalement désocialisée, je vois pas comment, euh...
Juge des enfants, entretien n° 17.

Il est bien évidemment difficile de hiérarchiser ces risques, leur ordre d'apparition dans les développements qui suivent reflète néanmoins leur fréquence dans les propos de nos interlocuteurs. Néanmoins personne n'a évoqué la précarité comme un risque en soi, sinon de manière détournée, par le biais de la question du logement. Comme c'est le critère le plus évoqué par la littérature, en particulier autour du placement, nous l'examinerons comme préalable. Viennent ensuite l'errance de la mère, ses éventuelles activités délinquantes ou ses incarcérations, les troubles psychiatriques, la prostitution et le comportement de leur partenaire. La plupart des personnes rencontrées se focalisaient sur un ou deux de ces aspects, la liste ainsi établie est donc une reconstruction de notre part.

a) Précarité, prise de produits, crise du logement

L'abandon et le placement des enfants au début du XX^{ème} siècle concernaient des jeunes femmes, célibataires et sans ressources, souvent décrites comme «*mères pécheresses*». Elles étaient clairement désignées comme la catégorie à l'origine de ces pratiques et le développement des allocations familiales visait à leur donner les moyens de garder leur enfant, afin de limiter les abandons et les avortements. Par la suite, l'évolution de notre société a fait que le célibat et la précarité ne semblaient plus des critères suffisants pour justifier la séparation de la mère et de l'enfant. Cette question est même devenue quasiment taboue au point que les services sociaux ont cherché à effacer les données sociales des dossiers afin que la précarité ne puisse être retenue comme un motif de placement de l'enfant «*Les placements ont été diabolisés dans les années 1980, spécialement ceux qui auraient pu avoir pour origine la pauvreté de la famille, notamment sous l'influence des sciences humaines et des théoriciens du contrôle social. A tel point, et on y insistera plus loin, que les informations purement sociales et économiques sur les familles ont largement disparu des dossiers*» (Naves Pierre et Cathala Bruno, 2000). La co-occurrence de la précarité et de la prise de produits ou des pathologies psychiatriques a amené un glissement, tendant à justifier par l'état dépressif de la mère ou par son comportement toxicomaniaque la décision prise à son encontre.

Un des marqueurs de la précarité est l'absence de domicile personnel. En fait la question du logement est centrale, tant l'accueil d'un nouveau-né dans des conditions extrêmement précaires paraît non souhaitable, voire impensable pour certains intervenants. Or, ce logement «*aux normes*» recouvre tout un ensemble de situations, en fait un continuum entre le domicile personnel auto-financé, le logement chez un membre de la famille, l'hébergement chez des connaissances, les structures genre foyer ou centre maternel, les chambres d'hôtel. La question est donc sensible, puisque ce qui est acceptable en cette matière est très variable selon la

sensibilité des différents interlocuteurs. Certains en sont conscients, comme nous l'expose ce médecin :

L'ASE encore une fois, ils sont dans la protection de l'enfance, immédiate et absolue, le meilleur moyen c'est de le mettre sous cloche, avec aucune visite. A la fois pour les visites, les permissions les retours à domicile, ils sont extraordinairement normatifs et avec des exigences telles que bien souvent... C'est ce que me disait la dame de l'ASE cet après-midi d'ailleurs spontanément. Alors que nous on a tendance, alors, peut être qu'on a tort, à accepter des vies, alors pas le squatt sans eau, sans chauffage, avec des rats et de la violence, mais des conditions de logement précaires... De toute façon si on plaçait tous les enfants dont les parents sont mal logés ... (rires).
Médecin CHU, entretien n° 1.

De fait, compte tenu de la rareté des foyers mère-enfant, l'Aide sociale à l'enfance comme les associations d'aide aux toxicomanes ou les centres de soins avec hébergement vont très largement recourir aux chambres d'hôtel, y compris par des systèmes de bons de paiement à la nuit. Cette solution tendrait néanmoins à être moins courante, du fait de restrictions budgétaires :

[D'accord, et ça l'hébergement d'urgence des femmes enceintes, ça n'existe plus ...?]

Les loger, sauf que , nous, on a pas les moyens. Donc les seuls moyens qu'on a, on essaye toutefois hein avec les centres maternels, donc eux ils tiquent un peu tant qu'il y a pas euh de difficultés spécifiques. Donc on essaye les centres d'hébergement, les foyers d'hébergement, euh, les centres parentaux, qui sont tout nouveaux, qui accueillent le père, la mère et l'enfant. On essaye un petit peu de tableur sur tout ça, euh, et puis des fois, souvent, ben c'est la débrouillardise, c'est, on vit chez les voisins, chez la famille, chez les amis et dans le pire, pire des cas, on envisage une prise en charge hôtelière mais qui se fait de plus en plus rare, parce que on n'a plus de budget, tout simplement, conséquent, quoi, de budget pour ça, donc on évite au maximum et puis c'est pas de toute façon une solution pour la mère et pour l'enfant de vivre dans un hôtel quoi. Souvent en plus, les hôtels sont des hôtels très limites, très moyens, au niveau de l'hygiène, de la propreté, parce que c'est les moins chers, donc c'est pas non plus la solution la plus, la plus intéressante. Oui, mais bon, il n'y a pas beaucoup de solutions quoi.
Assistante sociale polyvalente, entretien n° 42.

Au sens strict, il s'agit donc bien d'un logement précaire. La domiciliation des femmes concernées, pour leurs démarches administratives, est alors effectuée dans des associations ou dans des lieux spécialisés⁹¹. Pour l'un des médecins rencontrés, ce système est plutôt contre productif, eu égard à son coût et aux mauvaises conditions de logement :

Oui, c'est les départements. Moi je l'ai dit moult fois au département et je pense que c'est vraiment... C'est même pas, c'est même pas, à mon sens, c'est pas une bonne action entre guillemets, dans le sens où c'est payé très cher, je sais plus 3000 francs ou 4000 francs par mois et euh, les usagers ont l'impression qu'au contraire, on les respecte pas, parce qu'on les met dans des trucs insalubres, alors qu'en termes de coût... Les usagers ne perçoivent même pas que le Conseil général fait un effort important !
Médecin CHU, entretien n° 36.

⁹¹ - Pour la plupart des aides, ces femmes doivent être domiciliées sur le département ou la commune où elles effectuent la demande. Lorsqu'elles sont logées par le SAMU social, leur adresse change tous les jours, ce qui ne permet pas de répondre à ce critère de domiciliation. De fait, des associations proposent un service de « boîtes aux lettres », constituant une adresse fixe où recevoir le courrier.

Pour les intervenants en toxicomanie, un logement stable peut très bien être une chambre d'hôtel meublée, ce que ne sera pas la même chambre obtenue au jour le jour par l'intermédiaire du Samu social. Dans des articles américains sur ces questions, la définition retenue, est une adresse de logement nocturne adéquate, fixe et régulière (Tuten Michelle et al., 2003).

La question du logement a également été abordée par un des juges pour enfants qui estimait que son rôle n'était pas de placer les enfants pour décharger les services sociaux de la recherche d'un logement adéquat. D'autant plus qu'une fois les enfants placés, ces services manifestaient une certaine tendance à ne plus chercher de logement pour la mère, le risque étant annulé pour les enfants.

Il n'en reste pas moins que pour un service hospitalier, la sortie d'une mère, qu'elle soit toxicomane ou non d'ailleurs, sans un domicile acceptable est difficilement concevable, nous l'avons évoqué. Les assistantes sociales hospitalières emploient une partie non négligeable de leur temps en contacts téléphoniques avec toutes les structures susceptibles de fournir un hébergement en sortie de maternité (Planche Maelle, 2004).

Il y a souvent une intrication de différents problèmes, sociaux, de couple, de dépendance, qui amènent une certaine incompréhension de la décision vis-à-vis des parents. Pour certains professionnels, ceux-ci ne sont pas véritablement confrontés à la véritable cause du placement et vivent dans l'illusion que l'amélioration des conditions matérielles résoudra tous leurs problèmes. Un deuxième aspect autour de cette question du logement a été très largement évoqué au cours des entretiens, surtout auprès des femmes : la possibilité une fois les enfants placés d'exercer son droit d'hébergement (en général, les week-ends et les vacances) est refusée aux femmes du fait de logements trop exigus, ce qui est le cas des chambres d'hôtels et des studios thérapeutiques, nous y reviendrons en quatrième partie.

b) L'errance et l'absence de domicile

La question de l'absence de domicile a été soulevée par de nombreux interlocuteurs. Il ne s'agit pas ici de femmes sans domicile au sens des enquêtes quantitatives sur le sujet, c'est-à-dire fréquentant des structures d'hébergement (Marpsat, 1999a). L'errance est ici caractérisée par le fait d'être à la rue ou hébergée de façon irrégulière chez les uns et les autres. Cette définition n'exclut pas des contacts avec des structures ne fournissant pas d'hébergement fixe. Selon l'enquête sur les sans domicile en France, les femmes sont moins nombreuses que les hommes dans ces situations, mais les centres de l'Aide sociale à l'enfance sont exclus du champ enquêté (Marpsat, 1999b).

L'errance, associée à la marginalité, est un des motifs retenus au niveau national comme facteur de danger à l'origine du signalement. C'est le facteur le moins souvent cité par les travailleurs sociaux dans les statistiques nationales, alors que c'est celui dont il est le plus souvent question sur le terrain. Ce décalage pourrait s'expliquer par la tendance notée dans le rapport Naves-Cathala, à ne pas mettre en avant les facteurs sociaux pour expliquer les signalements.

Pour certaines femmes, l'absence de domicile⁹², surtout chez les plus jeunes, c'est-à-dire une forme de vagabondage, est le premier souci des équipes qui les prennent en charge. Les récits que l'on trouve dans la plupart des études montrent cette dimension et les femmes rencontrées n'échappent pas à ce schéma, tout comme les personnes dont nous avons consulté les dossiers judiciaires. Voici le début du récit de Christine, expliquant cet enchaînement d'événements qui vont l'amener à une sorte de dérive et à consommer de plus en plus de stupéfiants :

Mes parents se sont séparés quand j'avais 14 ans, non, un peu plus, ma sœur est née quand j'avais 14 ans, donc 17 ans. Parce que ma sœur elle avait trois ans.

[Question : Vos parents se sont séparés, ils ont divorcé, c'est ça ?]

Non, c'était une séparation disons, là maintenant ils sont séparés depuis trois quatre ans.

[Question : Et vous êtes restée avec votre maman ?]

Non, aucun des deux

[Aucun des deux !]

Disons j'étais partie chez ma grand-mère et ensuite mes parents, comme j'avais, j'avais le choix soit d'aller avec ma mère, soit de retourner chez mon père, soit le choix de rester chez ma grand-mère, j'ai préféré rester chez ma grand-mère. Et ensuite, comme ma mère elle n'acceptait pas que je reste chez elle, alors elle m'a mise à la porte de chez ma grand-mère. Ensuite, ben comme je connaissais des gens de mon âge, que je les fréquentais, eh ben c'est un jeune de mon âge qui avait de l'héroïne et il m'a fait goûter l'héroïne. Et comme ça m'a donné une sensation de chaleur, que j'ai vécu un an dehors

[Question : Quand vous dites dehors ça veut dire ? Vous alliez chez les uns et les autres ?]

Non, je vivais dans une voiture

[Dans une voiture !]

J'étais jeune et puis, ensuite j'ai connu le propriétaire de la voiture, qui était une voiture abandonnée, et j'ai eu une relation avec lui, c'était le papa de, de mon premier garçon qui va avoir 11 ans et euh, qu'on m'a pris à l'âge de deux mois. Comme j'ai vécu sept ans avec lui, j'ai touché, disons que le problème, ça c'est pas, quand j'ai connu cette personne-là, ce papa qui est décédé quand j'étais enceinte de cinq mois, euh et comme j'étais à la rue et qu'il était d'une famille maghrébaine⁹³, il m'a recueilli chez lui, avec ben sa famille, ses parents et disons que je suis tombée dans un système, lui, il ne prenait pas de drogue, mais il buvait beaucoup d'alcool, mais par contre les frères étaient dealers et je me suis mise à fond dans, pendant un an, parce que j'ai vécu un an chez eux, j'étais tous les jours, j'avais de la drogue à volonté, de l'héroïne ou de la cocaïne.

Christine, entretien n° 12.

Certaines d'entre elles, même en déclarant une adresse habituelle, éventuellement chez un membre de leur famille, se déplacent, divaguent et se retrouvent dans une situation d'errance qui est sans doute la plus difficile à gérer pour les équipes. Elles fréquentent de manière irrégulière les structures d'hébergement, vont quelquefois à l'hôtel, quand une assistante sociale leur donne une aide financière. Sur Paris, les femmes avec enfants sont en augmentation constante dans les populations logées en « hôtels secs », suite à un appel au 115⁹⁴. Il s'agit essentiellement de personnes sans

⁹² - Il s'agit ici de femmes à la rue, ou dans des squats, et non de femmes sans domicile au sens de l'enquête de l'INED, c'est-à-dire ayant recours à des structures d'aide pour personnes sans domicile.

⁹³ - J'ai ré-écouté à plusieurs reprises cet extrait, elle dit bien maghrébaine comme féminin. J'ai donc conservé cette expression.

⁹⁴ - Selon la directrice du SAMU social de Paris, le nombre de personnes en situation d'urgence logées par cet organisme dépasse aujourd'hui 3000 dont 1500 enfants, pour 25 places disponibles en hébergement collectif. Le SAMU social travaille régulièrement avec une centaine d'hôtels et de manière plus ponctuelle avec 150 autres, pour un budget total de 25 millions d'euros. Source : *20 minutes*, 18 avril 2005.

titre de séjour (SAMU social, 2002). La notion de toxicomanie n'est pas prise en compte dans les comptes rendus de ces intervenants.

Les femmes à la rue sur Paris sont éventuellement repérées par l'intermédiaire de lieux de contact qui ne fournissent pas d'hébergement. C'est le cas des Boutiques pour les toxicomanes. Depuis 1999, la Boutique du 18^{ème} arrondissement dispose d'un espace femmes dont la file active augmente au fil des années : 372 femmes en 2002 contre 176 en 1999 dont 141 nouvelles femmes pour 2002 : *« Les femmes de la rue, toxicomanes et prostituées sont de plus en plus nombreuses à fréquenter la boutique-femmes. Elles y trouvent un espace-ressources de repos, de détente et d'échange marquant un espace de rupture avec la vie de la rue »* (Garnier-Muller, 2004). Dans cette structure, 78 % des femmes sont toxicomanes, en majorité des DOM-TOM et d'Afrique noire et 72 % sont sans domicile. 56 % des 200 femmes interrogées ont des enfants mais 7,5 % seulement ont au moins un enfant à leur charge. Comme elles ont pour les deux tiers moins de 35 ans, il ne s'agit pas d'enfants majeurs et on peut en déduire qu'elles n'en ont pas la garde. Ceci est confirmé ici, sur 130 femmes interrogées et mères (toxicomanes à 78 %), 70 ont au moins un enfant élevé par leur famille, 41 au moins un enfant placé par l'ASE (Garnier-Muller, 2004).

Mais cette errance n'est pas seulement physique, beaucoup de nos interlocuteurs ont tenté de nous le faire percevoir. Pour une assistante sociale hospitalière interviewée par Maelle Planche (2003, p. 87), dans le cadre d'un travail sur les jeunes femmes à la rue, l'errance est la conséquence directe de la toxicomanie : *« C'est une conséquence de la toxicomanie, parce qu'elles ont, ou épuisé tout le monde, ou tout laissé tomber. Là, la dernière dont je vous parle qui était SDF, celle-ci, là, en fait quand je dis « SDF », c'était un grand mot, c'est qu'elle avait un appartement à elle, mais qu'était dans un tel état, qu'il était hors de question qu'elle y retourne et hors de question d'y mettre un bébé. Et en plus, elle était enfin plus ou moins, peut-être plus que moins, très enquiquinée par des dealers. Enfin, c'était mettre tout le monde en danger que d'y retourner. Elle avait peur d'y retourner, elle voulait plus y retourner. Donc c'était, elle pouvait pas rentrer chez elle et y'avait tout un tas de raisons pour qu'elle puisse pas le faire. Plus les dettes de loyer ou le, de toute façon, le proprio voulait pas qu'elle y retourne, il avait dû murer la porte, enfin tout, c'était une globalité... C'était donc une conséquence de sa toxicomanie »*.

Dans les cas de Christine et de Zohra, évoqués ci-dessus, l'errance précède au contraire la toxicomanie, puisque c'est le départ du domicile parental qui aboutit à vivre dehors, puis à la rencontre avec des usagers de drogue.

L'errance du toxicomane est à la fois intérieure et extérieure, psychique autant que physique. C'est ce qu'exprime ce cadre de l'ASE, à propos des délais légaux que devraient respecter les femmes toxicomanes afin de ne pas perdre leurs droits sur leurs enfants, utilise cette notion d'errance psychique :

Bon, ce qui est un délai très court aussi, par rapport à ces femmes toxicomanes, cela ne leur donne pas le temps non plus vraiment de faire cette démarche, parce qu'elles sont dans l'errance psychique et dans l'errance de leur problématique, elles peuvent pas faire cette démarche.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

Ainsi, Arthur et sa femme, tous deux toxicomanes, vivent à la rue et dans des squats avec leurs deux premiers enfants. D'eux-mêmes, ils se signalent aux services sociaux et demandent le placement des enfants. Une procédure judiciaire va s'enclencher.

Aujourd'hui, ils sont hébergés dans un studio thérapeutique, estimé trop petit pour recevoir trois enfants (ils ont eu un nouveau bébé) et ils ne peuvent pas, de ce fait, bénéficier d'un droit d'hébergement pour les deux enfants placés.

De même, Isabelle rencontrée à trois reprises dans la salle d'attente du CSST n'avait aucun hébergement et vivait à la rue, enceinte de quatre mois à la première rencontre et de six mois à la dernière. Elle est d'une maigreur effrayante et paraît avoir à peine une vingtaine d'années, alors qu'elle m'indiquera avoir déjà un enfant très grand. Lors de son dernier passage, elle s'endort immédiatement dans la salle d'attente. Elle a du sang sur ses vêtements et titube. Les autres patients quittent la salle d'attente et se dispersent dans le couloir, pour marquer leur réprobation. A un moment, elle se réveille et se précipite pour manger tout le lait en poudre destiné au café. Le médecin la reçoit en consultation et lui donne des barres de céréales. Elle reconnaît n'avoir pas mangé depuis plusieurs jours. Sur demande du médecin, l'assistante sociale lui fournit des bons repas et lui propose de l'accompagner le lendemain à la maternité pour commencer la prise en charge. Elle promet puis se précipite au café voisin pour manger. Elle disparaît ensuite de nouveau plusieurs semaines. A ma dernière visite, le médecin m'indique ne pas l'avoir revue, qu'elle n'a pas fait la démarche à la maternité et qu'elle doit approcher de son terme.

c) La délinquance et la prison

L'usage de stupéfiants est en soi une activité illicite susceptible de déboucher sur des interpellations et des condamnations pénales⁹⁵. S'y ajoute souvent une délinquance d'appropriation, en particulier des vols, pour financer cette consommation. La prostitution est également une ressource pour acheter la drogue, nous allons y revenir. La délinquance n'a pas été citée par nos interlocuteurs comme un problème en soi, qui puisse avoir des conséquences sur le fait que, finalement, ces femmes perdent la garde de leur enfant. Mais nos interviews se sont déroulées le plus souvent en milieu socio-sanitaire ce qui explique sans doute ce décalage. Seuls les juges ont évoqué le risque d'incarcération, comme un facteur qui obère les chances de ces femmes de garder leurs enfants. Pour les autres intervenants, la prison est une période de séparation des mères et des enfants qu'il importe d'organiser.

Mais dans tous les cas, l'article 365 du code civil prévoit que la condamnation réduit la portée de l'autorité parentale, ce que reconnaît bien volontiers ce juge :

C'est vrai que c'est aussi un regard social. Parce que théoriquement, on pourrait, euh, par exemple une mère incarcérée par exemple, elle est incarcérée, condamnée, etc. on peut parfaitement lui permettre de voir son gosse hein, on la prive pas de ses droits parentaux. Il y a pas forcément d'antagonisme, entre la décision qui la condamne, son étiquette de délinquante, d'un côté, et d'un autre côté ses droits de mère à faire, par contre ils sont fortement amputés. Parce qu'on lui donnera la possibilité de voir, une surveillance de son enfant. Et si elle sort éventuellement le week-end de le rencontrer. Mais de là à retrouver l'intégralité de ses droits, c'est beaucoup plus compliqué. Donc c'est plutôt dans cet entre-deux que se situent les choses. Mais c'est pas, c'est pas simple, hein !
Juge des Enfants, entretien n° 17.

⁹⁵ -Article L.628 du code de la santé publique : « Seront punis d'un emprisonnement de deux mois à un an et d'une amende de 500 F à 15 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants ».

De fait, quand aucun membre de la famille n'est susceptible d'accueillir les enfants pendant la durée, parfois longue, de l'incarcération, (soit qu'ils ne le souhaitent pas, soit que les services sociaux estiment que les conditions ne seraient pas favorables à l'enfant), c'est le plus souvent un placement qui est ordonné par le juge des enfants, et ce d'autant plus sûrement si l'enfant souffre d'un problème de santé particulier et a besoin d'une structure spécialisée.

Certains tribunaux, comme la loi le permet, n'hésitent pas à prononcer la suspension de l'autorité parentale à l'encontre d'une mère lors de sa condamnation, communément encore appelée « déchéance ». Nous en avons un cas, dans les dossiers judiciaires examinés en 1998.

Cette fréquence du passage en prison est bien sûr influencée par les caractéristiques particulières de ces populations, recrutées en milieu judiciaire. De même, lorsque des expériences sont rapportées de centres de soins pour toxicomanes, le biais de recrutement de ces institutions peut expliquer la fréquence élevée des incarcérations.

Pour pallier cet inconvénient, un autre mode de recrutement a été utilisé pour une deuxième recherche, portant sur les femmes enceintes sous traitement de substitution (Lejeune Claude et al., 2003). Les femmes observées l'ont été dans des services hospitaliers et maternités, à l'occasion de leur accouchement, ce qui évite ces biais de sélection. Elles ont, par contre, bien évidemment, des antécédents de consommation d'héroïne. Or, là aussi, un quart des femmes a déclaré au moins un séjour en prison, sans que la cause n'en ait été demandée. Il ne s'agit donc pas d'un événement rare dans leurs parcours.

Parce que j'ai été incarcérée aussi pendant un an
[Question : Incarcérée un an ? Pour un vol ?]
Pour plusieurs, hein !
Christine, entretien n° 12.

Carole, quelques jours après notre interview, a dû se présenter au tribunal sur opposition d'un jugement la condamnant pour un braquage qu'elle a commis quelques années auparavant. Elle avait été laissée en liberté du fait de sa grossesse, mais a été condamnée par défaut à de l'emprisonnement ferme. La confirmation de cette peine entraînerait la séparation d'avec son bébé, qu'elle a, par anticipation, confié à sa sœur.

Lorsque la mère est séparée de son enfant lors de l'incarcération, les services de l'Aide sociale à l'enfance peuvent organiser les visites. Cette situation nous a été décrite dans le cadre de la présente recherche, nous l'évoquerons par la suite. Mais les recherches ayant interrogé des femmes sur leur expérience mettent plutôt en évidence la rupture de relation avec l'enfant liée à l'incarcération de la mère. Ainsi, dans une enquête auprès de prostituées toxicomanes, une femme exprime cette impossibilité de renouer avec son enfant : « *Quand je suis sortie de prison, il ne me connaissait même pas. Devine ! il ne m'avait jamais vue de sa vie. Il m'a vue quoi ? une semaine ? et encore ! Il était en pédiatrie, j'allais le voir tous les jours, je passais trois, quatre heures avec lui... il ne te connaît pas un bébé. Tu ressors huit mois après coucou c'est maman, attends !* » (Cagliero Suzanne, Lagrange Hugues, 2004).

d) *La maladie mentale*

La question des grossesses chez les femmes ayant été reconnues comme souffrant d'un trouble mental est un aspect particulier qui nous a été signalé au cours de cette recherche du fait de la co-morbidité de la toxicomanie et de ces pathologies, appelée « *dual diagnostic* » en particulier aux Etats-Unis. Du fait à la fois du développement des usages de drogues et de la remise en cause de l'internement des individus ayant des troubles psychiatriques, les individus porteurs de multiples syndromes cliniques concomitants forment une nouvelle catégorie en augmentation (Barrow Sue M., 1999).

La littérature canadienne montre que de nombreux postulats existent, dans le public comme chez les professionnels, pour considérer que ces femmes sont présumées présenter un risque pour leurs enfants. Dans le cadre d'une étude sur les « soins maternels en situation de crise », cet aspect était abordé à partir de multiples sources dont des entretiens. Voici un extrait révélateur des résultats obtenus : « *Selon l'avocate que nous avons interviewée, la révélation d'antécédents même mineurs de troubles mettant en cause une dépression légère ou de l'anxiété est un moyen efficace de jeter le doute sur les capacités d'une femme à jouer son rôle de mère* » (Condition féminine Canada, 2002). Cette remarque est tout aussi valable dans le cadre français, puisque la santé mentale est devenue l'argument le plus souvent utilisé dans les dossiers de placement des enfants, afin d'éviter la question de la précarité sociale, très vivement critiquée dans la décennie précédente. Ce changement de focale implique que l'on invoque bien volontiers une fragilité psychique de la mère pour justifier un placement, plutôt que le fait qu'elle vive avec trois enfants dans une chambre d'hôtel de 15m², qu'elle n'ait pas d'emploi, que le père des enfants ne verse pas de pension alimentaire, etc. ce qui lui donne sans doute quelques raisons d'être « stressée ».

Les personnels de maternité que nous avons rencontrés nous ont plutôt décrit des situations extrêmes, où la femme souffre de troubles psychiatriques graves voire même est hospitalisée en milieu fermé. Dans cette configuration, les services de maternité sont obligés de négocier avec les services psychiatriques bien avant l'accouchement, sur le déroulement de la grossesse, voire même son acceptation, comme le montre cet extrait :

Alors souvent c'est des femmes qui sont peu ou pas suivies sur le plan psychiatrique, avec un diagnostic vaseux, ancien, aucune prise en charge, souvent un couple ayant tous les deux des problèmes psychiatriques, psychotiques, vrais, pas des bricoles, peu ou pas traités, refusant le diagnostic et pour lesquels on est très embêtés. D'autres qui sont pris en charge par les psychiatres, ça m'est arrivé il y a pas très longtemps, demandant, venant au staff anténatal pour demander une interruption de grossesse, sur un enfant normal, quoi, aucune particularité, en disant elle est incapable de s'occuper de...

[Question : qui alors ?]

L'équipe psychiatrique adulte suivant la femme. Alors en général, c'est refusé catégoriquement euh et puis alors après c'est très difficile en anténatal d'apprécier la capacité matérielle que, que la femme vit souvent en couple, qu'elle puisse s'occuper d'un enfant vingt-quatre heures sur vingt-quatre, il y a des possibilités d'aide ménagère, il y a des possibilités, mais c'est jamais certes vingt-quatre heures sur vingt-quatre et euh et au bout du compte on a besoin d'une période d'observation et c'est là que les structures mère-enfant psychiatriques sont très utiles.

Médecin, entretien n° 1.

Pour nombre d'intervenants, les pathologies psychiatriques sont actuellement davantage susceptibles que la toxicomanie de déboucher sur des signalements et des placements, peut être par manque de savoir-faire des équipes. En effet, ce qui nous est présenté comme un problème insurmontable dans le secteur nord des Hauts-de-Seine est réellement pris en charge dans un arrondissement de Paris, du fait de structures et de ressources différentes, mais aussi d'une expérience de près de quarante ans dans ce domaine, comme le reconnaît le médecin de PMI :

On est vraiment un arrondissement, euh, pilote, dans le non placement des enfants de mères schizo-phrènes.
Médecin de PMI, entretien n° 8.

Malgré tout, les placements motivés par des problèmes psychiatriques deviennent également rares, comme nous l'explique cette sage-femme :

En maternité, c'est extrêmement rare, je vous le disais les placements que j'ai eus moi dernièrement c'est vraiment pour un problème psychiatrique grave et encore, on a encore les ressources des unités mère-enfant. On essaye toujours pour ces femmes-là de trouver, soit un appartement thérapeutique, soit un centre maternel, hein. Il y en a une qu'on a eue, on l'a gardée un mois ½, le mari s'était séparé d'elle et elle a été, elle est partie avec son bébé, donc le bébé avait un mois ½, elle est restée un mois ½ chez nous, c'était extrêmement dur pour l'équipe et elle a été dans une famille d'accueil.
Cadre sage-femme, entretien n° 11.

Un juge des enfants parisien, bien que soulignant que ces cas sont très isolés, un ou deux par an dans sa pratique⁹⁶, indique que dans cette situation précise, le placement peut être décidé avant même que la femme ait accouché, s'il est avéré qu'elle n'est même pas en capacité de comprendre ce qu'est une grossesse⁹⁷, comme nous l'avons évoqué en deuxième partie.

Même si l'évolution des pratiques va clairement dans le sens de ne pas séparer les enfants de leurs mères, quelle que soit la pathologie, afin de construire un lien précoce, sur le long terme, les intervenants semblent encore dubitatifs, quant à la souffrance que cela risque d'entraîner pour les enfants.

Donc l'hôpital psychiatrique s'est ouvert, les malades mentaux sont dehors, ils ne sont plus enfermés et internés, et ils ont des enfants ensemble. On a des enfants de parents malades mentaux mais je vous assure que quelquefois, quelquefois on est plié, quand on, quand on a deux malades mentaux qui ont un bébé et qu'on leur laisse les enfants, oh, et bien on est obligé de rire parce que c'est dramatique pour l'enfant, la plupart du temps dans ces cas-là ça se termine par un placement mais là, là justement on en parlait avec une puer [puéricultrice] de secteur ces jours-ci, on a placé un enfant de parents malades mentaux à trois ans et quelques, trois ans ½...
Médecin PMI, entretien n° 8.

De fait, les juges constatent que les signalements sont faits aujourd'hui tardivement alors que l'enfant montre des signes comme un retard d'acquisition, dépisté à la maternelle, voire à l'entrée à l'école primaire. Les éducateurs intervenant dans les appartements thérapeutiques font également ce constat qui pour eux témoigne d'un

⁹⁶ - Mais son secteur ne correspond qu'à un arrondissement parisien.

⁹⁷ - On peut sans doute rapprocher cette question de celle de la stérilisation des malades mentaux ou des demandes d'interruption médicale de grossesse formulées par les équipes psychiatriques.

échec de leur intervention antérieure, puisqu'ils n'ont pas pu empêcher la situation de se dégrader, ou du moins ont mal évalué les possibilités d'évolution de la mère :

Là, on a une situation que je vais suivre à nouveau parce que notre intervenant auprès des appartements thérapeutiques est parti donc je vais prendre le relais, on a une maman qu'on héberge depuis trois ans, qui a dépassé les délais, qui résiste, mais pour des raisons que je dirais doubles, parce que d'une part probablement on n'a pas su y faire, alors on a été beaucoup dans l'observation de son comportement, donc là aujourd'hui ce qui se passe, c'est qu'il y a tout un tas de services à l'extérieur qui ont été alertés, donc cette maman effectivement, eh ben a mis son fils à l'école et on savait que ce serait une situation compliquée parce que tant qu'il était à la maternelle il était pas obligé d'aller à l'école, donc les absences et les troubles du comportement de la maman n'étaient pas forcément repérés, maintenant qu'il est en primaire, en deuxième année de primaire, il y a eu du retard, ce qui fait que, elle a été repérée comme telle, comme étant une maman en difficulté, et il y a quelque temps, il a été question d'un placement.
Educatrice CSST, entretien n°26.

Ainsi, l'évaluation, bien que continue sur une période de plusieurs années, n'a pas permis de prendre avant la scolarisation les décisions nécessaires pour l'enfant, comme un accueil dans un internat, pour finalement aboutir à un placement, lequel est vécu comme un échec par l'équipe.

e) *La prostitution*

Cette question n'est quasiment pas abordée par certains professionnels alors qu'elle est centrale pour d'autres, y compris dans un même hôpital, sans que l'on puisse de ce fait attribuer cette variation à l'importance du flux dans le service. Une des assistantes sociales, par exemple, n'a « lâché » le mot qu'avec réticence, en fin d'entretien, alors qu'une autre a pratiquement centré l'ensemble de ces propos autour de cette question :

Ben nous on a des mamans comme ça, elles savent même pas qui est le père.
Enfin, c'est... et puis là, des prostituées, hein !
Assistante sociale, maternité, entretien n° 3.

On perçoit nettement cette réprobation sous-jacente, au sujet d'enfants conçus de père inconnu, au gré des rencontres de leur mère. Des paroles plus surprenantes, au hasard des entretiens, nous ont été livrées sur cette question, comme ce propos d'une sage-femme :

J'ai le souvenir d'une maman qui était venue la première fois pour son premier enfant. Elle avait 20 ans, toxicomane prostituée, à l'époque il y avait encore de la prostitution. Elle avait réussi à se sortir de la prostitution en se sauvant...
Cadre sage-femme, entretien n° 22.

Rien autour de cette phrase ne permet de comprendre cette expression « *à l'époque il y avait encore de la prostitution* ». Cette sage-femme ne peut prétendre qu'il n'y en a plus aujourd'hui, il est possible que les jeunes femmes le disent moins, mais le propos reste surprenant, ou alors elle faisait référence à la proximité du centre hospitalier où elle est interrogée. Au contraire, d'ailleurs, l'une des femmes rencontrées, Patricia, estime qu'aujourd'hui la prostitution est plus répandue que lorsqu'elle-même était jeune (elle a 43 ans) et le dénonce avec virulence « *Avec mon lascar (ndr : homme)* »

on volait à la tire. Tu les vois maintenant elles font toutes le tapin. Le gars, il la met sur le trottoir ». Pour elle, c'est une solution de facilité inacceptable.

De même, Nora indique s'être séparée de son compagnon, par suite d'un refus de sa part de rentrer dans ce système de prostitution :

En fait, ben ça fait moins d'un an que j'ai perdu le contact avec lui, parce qu'il me faisait faire des choses, il voulait que je fasse des choses comme sa mère, et ce que je comprends pas c'est qu'il a sa mère qui fait ce métier là, et qu'il sait qu'il en a souffert, parce qu'il s'est défoncé à cause de ça, parce que sa mère faisait ce métier-là, et pourtant, elle a un restaurant-café, elle est propriétaire d'un restaurant-café et je comprends pas comment, et avec tout ça quoi, il me demandait si ce genre de truc m'intéressait, mais je sais pas ! Et donc, dès qu'il m'a proposé ça, et ben j'ai arrêté de le voir.

Nora, entretien n° 35.

Dans la recherche de Stéphanie Pryen sur les prostituées lilloises (1999), la moitié sont toxicomanes. La relation au produit fonctionne dans les deux sens : certaines se droguent d'abord et se prostituent pour financer leur consommation, d'autres sont prostituées et utilisent la drogue pour « oublier » ou sortir d'elles-mêmes. 15 des 17 mères qui sont à la fois toxicomanes et prostituées ont vécu le placement de leur enfant, soit dans leur famille, soit à l'extérieur. Elles ont ainsi plus souvent perdu la garde des enfants que celles qui ne sont « que » prostituées (Pryen Stéphanie, 1999). La question de la moralité est évidemment présente ici. Dans le texte de loi autorisant le placement, il est bien question de la santé et de la moralité de l'enfant. Vivre avec une mère prostituée est donc bien perçu comme une atteinte à la moralité, même si la femme peut cacher son activité à sa famille, voire estimer qu'il s'agit d'une profession.

Les femmes interviewées par Stéphanie Pryen (1999) lui ont fait part de cette difficulté, qu'elle rapporte ainsi : « Si la toxicomanie et la prison sont plus facilement comprises par les mères comme motif au placement, celui de la prostitution est largement rejeté, et vécu comme une stigmatisation supplémentaire. Une prostituée peut être mère, et une bonne mère, contre toutes les argumentations sur la "moralité". Cette peur que leurs qualités maternelles soient remises en question complexifie les rapports aux institutions, surtout celles du travail social, les conduisant parfois à préférer abandonner toute demande plutôt que d'avoir à aborder leur activité : " Ah non, j' préfère pas, j' préfère pas [en parler avec des travailleurs sociaux]. Ben non, après les assistantes sociales elles vont savoir que je travaille, elles vont m'prendre la tête, pour ma fille et tout, j' préfère pas non. " (Zoé). » (Pryen Stéphanie, 1999).

Christine que nous avons interviewée indique, sans détour, qu'elle s'est prostituée pendant quelques années, après qu'elle se soit retrouvée à la rue, enceinte de cinq mois, au décès de son ami, sans emploi et rejetée par sa famille parce que toxicomane et séropositive. Pour elle, la prostitution était la seule alternative valable aux vols qui l'ont inmanquablement conduite en prison, dont une fois pour un an.

Ben j'ai rencontré le papa, des enfants, lui ben disons il buvait de l'alcool et moi j'étais droguée, beaucoup de médicaments, de l'alcool, tout ce que je pouvais prendre, le crack. Disons que comme aussi j'avais pas mal de revenus, avec la prostitution, tout partait dans l'hôtel, euh, la drogue, c'était infernal quoi. Et là quand je l'ai connu, il m'a proposé de m'aider et là j'ai décroché (rires), durement, pendant quelques semaines.

Christine, entretien n° 12.

Martine, par contre, n'avait pas abordé cette question lors de l'interview, mais le dira finalement au cours d'un entretien plus informel « *Moi mon père je ne l'ai pas vu depuis vingt ans. C'est quelqu'un de très rigide. Pour lui, je suis qu'une prostituée. Il voit pas que j'ai changé que je suis une mère, avec deux enfants* ». Elle situe ainsi la prostitution dans un avant, comme la toxicomanie, une étape de son parcours de vie qui « lui colle à la peau ».

Cet engrenage entre la drogue, le besoin d'argent et la prostitution comme solution « facile » et moins risquée au niveau des rencontres avec la police est bien décrit dans le roman « *Moi, Christiane F., 16 ans, droguée, prostituée* » (op. cit.). Pourtant, le témoignage de femmes toxicomanes montre que cette activité n'est justement pas perçue comme un moyen « facile » par les femmes, mais plutôt comme le dernier moyen, auquel souvent elles ne se résolvent qu'en ultime recours. La maternité est un moteur puissant dans cette décision, la prostitution étant somme toute moins risquée d'un point de vue pénal, alors qu'elles craignent par dessus tout de « tomber » (se retrouver en prison) ce qui signifierait le placement des enfants.

f) Le partenaire toxicomane, alcoolique et/ou violent

La femme toxicomane n'est pas toujours isolée, elle a bien souvent un partenaire également dépendant des drogues. La littérature médicale consacre quelques analyses à ce couple (Losito Nathalie et Gibier Lionel, 1999).

Une étude canadienne sur les femmes toxicomanes enceintes ou avec des enfants mineurs montre que lorsqu'elles tentent de rechercher de l'aide, c'est le plus souvent en dépit de leur partenaire, plus qu'avec son encouragement. De plus, leur récit concernant leurs conditions de vie familiales suggère que le mode de vie induit par un partenaire également dépendant contribue au déni de la consommation de ces femmes et qu'elles ont peur d'être abandonnées ou de subir des représailles de leur compagnon si elles entrent en traitement (Poole Nancy et Isaac Barbara, 2001).

Sandra qui bénéficie de conditions matérielles et d'une position sociale la différenciant nettement des autres femmes rencontrées, exprime bien ce décalage qui finit par s'instaurer entre les niveaux de consommation dans le couple :

Puis j'avais très envie d'avoir cet enfant et puis avec l'homme que j'aimais et tout, et en fait je me suis fait super couillonner (rires) parce que pendant ma grossesse, je l'ai mal vécu par rapport à l'héroïne parce que c'était ma grande rivale, euh, parce que D. [son conjoint] continuait, il s'est jamais autant défoncé que quand j'étais enceinte. Et moi, en fait, en le voyant faire, j'en avais terriblement envie, je n'en avais pas le droit parce que j'avais C. dans le ventre, j'allais pas... enfin pour moi c'était absolument contre-nature de me défoncer...[...] Et donc il a fallu que je supporte ça, je l'ai vraiment très, très mal vécu parce que D. me disait « *ah mais si jamais tu oses avoir envie de te défoncer, mais tu devrais avoir honte* » alors que lui, il était complètement raide, complètement raide sous mes yeux.
Sandra, interviewée par Sandrine Aubisson, janvier 2002.

La difficulté dans le projet de réinsertion élaboré pour la mère et l'enfant est souvent de trouver une place au père, de façon générale, mais plus encore s'il est lui-même

toxicomane. Ainsi toutes les solutions d'accueil mère-enfant excluent les pères⁹⁸. Donc pour que la mère puisse rester avec l'enfant, en alternative au placement de celui-ci, elle doit renoncer à sa vie de couple. De plus, bien souvent, le couple s'est construit sur la relation à la drogue :

Si le père est aussi quelqu'un qui est toxicomane, il est pas forcément dans la même, euh dans la même demande de soin, au même moment. Parce que souvent il ne l'est pas d'ailleurs et en plus comme sa compagne s'éloigne un peu de lui, il a plutôt tendance à poursuivre de plus belle et donc, euh, il y a vraiment un décalage qui se crée dans le couple. [.../...]

C'est quelqu'un qui peut les désunir finalement, dans la réunion qu'ils avaient avec la drogue. Et qu'en plus cette femme elle se met à se soigner, à plus vouloir de drogue pour son bébé. Y avait un équilibre...

[Question : parce que le bébé, lui, il peut remplacer la drogue pour la maman ?]

Oui justement, mais pour le papa, il perd sa femme et il perd, il perd cette espèce de communion qu'ils avaient à travers la drogue. Donc ça, c'est souvent insupportable. Et les projets qu'on arrive à faire sont souvent des projets à l'encontre des hommes.

[Question : par exemple ?]

Et bien par exemple, euh, je me souviens de situations où nous on se demandait si on arriverait à mettre en place un projet parce que l'homme lui tout ce qu'il voulait c'était récupérer la maman, le bébé et la drogue. Et la maman elle, ce qu'elle demandait c'était de récupérer son bébé et de sortir de la drogue. Mais il y a une telle pression de la part du père et qui, qui ressasse tous les moments de plaisir qu'ils ont eus à travers la drogue, que finalement, la lutte est difficile quoi.

Médecin, entretien n° 4.

Pour ce médecin, nombre de solutions alternatives au signalement ne peuvent fonctionner que dans la mesure où le père est absent, autrement la situation est trop difficile à gérer. Pourtant, l'isolement de la mère, donc l'absence de vie en couple, constitue, nous l'avons vu, un indicateur de risque pour les équipes. Le fonctionnement des structures susceptibles de prendre en charge la mère et l'enfant est donc, en quelque sorte, incompatible sur ce point avec les critères retenus par les services médico-sociaux.

Lorsqu'un signalement est envisagé, et plus encore pour le juge des enfants un placement, la composition globale de la famille est examinée pour trouver éventuellement des ressources intra-familiales ou un soutien pour cette mère. Le fait pour les services sociaux d'identifier un couple problématique, où le père lui aussi présente un danger pour l'enfant, parce qu'il est toxicomane, alcoolique ou violent, peut paralyser la démarche de confiance vis-à-vis de la mère et empêcher que soit prise une mesure d'accompagnement moins lourde.

Dans au moins un récit par une femme rencontrée, la dangerosité de son compagnon va se cumuler à la toxicomanie de la mère et entraîner un signalement. Voici un extrait de l'histoire de Nora, qui paraît anecdotique, mais qui montre bien comment un tel comportement peut affoler les services de maternité :

Alors une semaine après mon accouchement, il me dit, sors toi du lit, j'ai besoin de dormir. Alors [sage-femme] et l'infirmière un matin elles sont venues, elles ont vu Fabrice dans mon lit, elles sont devenues folles. Elles ont dit à F. de sortir, F., il voulait pas sortir de mon lit. Elles ont appelé la sécurité. Là, il est sorti et là elles

⁹⁸ Cela est vrai dans beaucoup de situations autres que la toxicomanie. Le plan périnatalité 2004-2007 prévoit ainsi la création de foyers parentaux, permettant que les pères ne soient pas exclus comme en centre maternel.

lui ont dit, attendez c'est pas vous qui avez accouché ! Moi j'avais mal, tu vois, ils m'avaient coupée, j'avais mal. Ils m'avaient acheté une bouée, l'hôpital m'avait acheté une bouée pour que je m'assois et le matin, vers quatre cinq heures du matin fallait que je me lève de mon lit pour Fabrice, tu vois. Et si tu veux...

[Question : Mais il n'avait pas de domicile ?]

Non, il habitait chez sa mère et si tu veux comme sa mère elle tapinait l'après-midi, donc il fallait qu'il parte.

Nora, entretien n° 35.

Les propositions qui sont faites à cette jeune femme impliquent toutes la séparation d'avec son compagnon pour garder son enfant. La difficulté d'une telle situation est évidente.

Quand les services ne prennent pas suffisamment en compte le compagnon de la mère, des situations de réelle dangerosité peuvent ne pas être identifiées à leur juste mesure et déboucher sur des drames. C'était le cas dans l'affaire du petit Jason, qui a défrayé la chronique en 1996. La mère toxicomane, sous l'effet de somnifères et des menaces, n'a pas su s'opposer aux violences de son conjoint sur son enfant, qui l'a frappé à mort (Aubisson Sandrine, 2002a).

Pourtant, les témoignages des professionnels montrent aussi que certains pères, mêmes toxicomanes ou alcooliques vont réussir à prendre une place, souvent en relais de la défaillance de la mère. On peut également en déduire que la fusion entre la mère et l'enfant est en soi un obstacle à ce que le père prenne sa place et que l'absence de la mère soit une occasion pour inverser les rôles. Par ailleurs, la volonté d'introduire du père ou du tiers⁹⁹, dans la relation entre la mère et l'enfant, fait que les professionnels tentent aujourd'hui de faire une place à ces pères.

C- Le temps de l'évaluation

La question de l'évaluation du risque est centrale puisque c'est l'observation et l'appréciation de la situation qui vont conduire au signalement. Le premier pas dans cette direction est d'identifier les femmes concernées et de se donner le temps d'évaluer le risque éventuel.

a) L'évaluation médico-sociale

Quand la femme fait suivre sa grossesse dans le service qui procède à l'accouchement¹⁰⁰, l'évaluation commence dès la période anténatale. En cas de doute, l'équipe de maternité peut faire intervenir une sage-femme de la PMI à domicile.

Sur notre terrain de recherche, le plus souvent, en médecine de ville, la femme enceinte est signalée au service de maternité par l'intermédiaire du réseau, de façon à

⁹⁹ - En référence aux travaux émanant de l'Aide sociale à l'enfance (de l'Espinay Geneviève et Papalardi Chantal, 1998).

¹⁰⁰ - Selon l'enquête périnatale de 1998, seules 44 % des femmes qui accouchent en France ont été entièrement suivies pendant leur grossesse par l'équipe qui procède à l'accouchement. Certains CHU ne font pas de suivi de grossesse directement mais reçoivent une transmission de la protection maternelle. Cette proportion est en baisse dans l'enquête de 2003 et la réforme actuelle prévoit que les femmes ne soient plus suivies par les maternités, d'où une baisse prévisible (Vilain Annick *et al.*, 2005b).

ce que l'équipe qui fera l'accouchement puisse la rencontrer en début et en fin de grossesse. Ainsi, pour l'équipe obstétricale, une évaluation précoce est essentielle :

Donc c'est vrai que pour nous c'est plus facile de travailler pendant la grossesse, euh, qu'avoir, on demande donc aux travailleurs du réseau qui travaillent avec la maternité, on demande qu'on puisse connaître ces femmes en anténatal, parce que souvent en plus comme il y a un service de néonatalogie, quand il y a un syndrome de sevrage, le bébé est transféré en néonat, donc quand la femme par exemple arrive d'une maternité telle que [deux hôpitaux], on ne connaît absolument pas les femmes et c'est beaucoup plus dur pour nous de travailler avec elles. [.../...]

[Question : Si vous supposez un problème, vous pouvez faire un signalement en anténatal ?]

Alors en anténatal, c'est un signalement à la sage-femme de PMI en disant est-ce que tu peux passer voir, en même temps, elle fait une consultation à la femme, et puis elle voit un peu, elle rentre en fait dans le domicile, nous, on a pas cet élément là, parce qu'on peut nous raconter n'importe quoi aussi !

Cadre sage-femme, entretien n°10.

La visite à domicile, pour la femme enceinte comme celle qui est prévue après l'accouchement, est un enjeu capital. Si l'accès au domicile est refusé, cela sera interprété comme un signal d'alarme, conduisant à un signalement dès lors que d'autres indices s'y ajoutent, nous le verrons ensuite.

La difficulté de l'évaluation est en effet importante pour des services de maternité, dans lesquels la femme ne passe que quelques jours, si elle n'a pas été suivie auparavant. L'indécision entraîne la poursuite de l'hospitalisation afin de se donner le temps nécessaire à cette observation. Dans certains services de maternité, la durée d'hospitalisation des femmes toxicomanes est d'office portée à deux semaines, voire davantage, de façon à ne pas risquer de ne pas déceler un syndrome de sevrage tardif chez le nouveau-né (*cf. supra*). Si le nouveau-né est transféré en néonatalogie, cette durée peut atteindre trois semaines à un mois, ce qui permet à l'équipe de bien observer la relation entre la mère et l'enfant.

Le modèle de l'observation clinique est appliqué à la relation mère-enfant qui est évaluée par les services. La difficulté de l'exercice transparaît très nettement dans l'imprécision de nos interlocuteurs quant à ce que recouvre exactement une relation mère-enfant déficiente. Quand l'enfant est hospitalisé en néonatalogie, quelle qu'en soit la raison, la durée de l'observation est prolongée et permet d'affiner l'étude. Le personnel du service note sur un cahier, pour chacun des enfants, toutes les visites des parents et la façon dont elles se déroulent (angoisse, agressivité, etc.).

Il peut, on peut n'avoir rien remarqué avant et il se trouve que cette observation toute simple, hum, en cours de l'hospitalisation met en évidence des troubles de la relation, des parents agressifs, des mères mal à l'aise, tout un tas de signaux de mauvaise relation mère-enfant et parents-équipe et... enfin, c'est pas parce que les gens vous engueulent qu'on va demander le placement...

...Là je prenais l'exemple du problème pour lequel on a repéré des facteurs de risque pendant la grossesse... souvent on a déjà eu des réunions de concertation, des réunions de synthèse pendant la grossesse, on observe ce qui se passe après la naissance, on constate que rien ne s'est amélioré sur le plan des conditions de logement, de vie, etc. et que la relation avec l'enfant est très mauvaise ou que la mère est pas là du tout ou qu'elle a disparu, bon.

Médecin, entretien n° 1.

Pour certains auteurs, cette évaluation peut constituer une forme de piège pour les mères. On hospitalise le nouveau-né plus que nécessaire par une forme de sanction et on déduit de l'absence de la mère ou de son malaise, le danger qu'elle fait courir à l'enfant. L'évaluation de la relation mère-enfant est décrite par les personnels de pédiatrie comme essentielle avant la sortie, de façon à ce que l'enfant ne risque pas de se trouver en danger. Les intervenants en toxicomanie, du moins ceux que nous avons rencontrés, sont beaucoup plus réticents à l'égard de ces pratiques.

Vous avez vu qu'à l'hôpital X, comme dans de nombreux hôpitaux, quelquefois au départ, on entend des phrases du style « il faut reconstruire la relation mère-enfant ». Donc, ils font des visites, pour la reconstruction mère-enfant, c'est, c'est, je trouve ça terrifiant, terrifiant de voir des professionnels se mettre à manipuler, on a l'impression de généticiens faisant des manipulations génétiques, la relation mère-enfant. C'est-à-dire que, autant celle-ci peut s'entendre, s'écouter, s'observer déjà je suis un peu plus réticent, voire franchement réticent, mais alors de penser qu'on peut comme ça, la manipuler, la créer, il faut qu'elle se reconstruise, et puis qui plus est la méthode pour la reconstruire c'est effectivement de séparer la mère et l'enfant, mais on les sépare et puis on organise les visites, hein, c'est comme ça qu'on fait, hein. C'est-à-dire qu'on place et puis après ça devient régulier.

Psychanalyste, CSST, entretien n° 25.

A la sortie de la maternité, l'observation peut être poursuivie à domicile par la puéricultrice lors des visites de protection infantile. Certaines d'entre elles formulent des observations très fines sur la relation entre la mère et le bébé, ou la mère et les contraintes extérieures, permettant une surveillance discrète mais quelques fois rapprochée. Les puéricultrices à domicile font néanmoins état des difficultés de cette mission, dans la mesure où la situation est par définition déjà problématique et qu'il faut qu'elles restent vigilantes, mais sans avoir réellement de grande marge de manœuvre :

Mais c'est ça qui est difficile parce que on est inquiets à la base et pour tirer la sonnette d'alarme il faut vraiment des choses très concrètes. C'est pas, on peut pas tirer une sonnette d'alarme en disant ben oui, il y a pas un bon portage¹⁰¹, je sens pas de lien entre cette maman et cet enfant, bon il faut vraiment des faits concrets pour faire un signalement. Ben par exemple si l'enfant il est tout seul, ça ce sont des choses très concrètes sur lesquelles on peut s'appuyer pour un signalement par contre quand les choses vont tant bien que mal avec du soutien, on est accueilli, la maman accepte la méthadone, on essaye de maintenir.

Puéricultrice PMI à domicile, entretien n° 20.

De fait, cette puéricultrice ne pense pas qu'elle puisse réellement s'appuyer sur le fait qu'elle pourrait faire un signalement en cas de problème, où alors il faudrait qu'il y ait vraiment une urgence et son seul recours serait la brigade des mineurs. Dans tous les autres cas, elle pense plutôt qu'elle ne pourrait que « tendre le dos » :

Les signalements sont possibles à la maternité, la maternité à des éléments, souvent quand les parents sont, la maman est rentrée à domicile, on est moins, on fait des visites d'une heure, une heure et demi, mais on est pas là tout le temps, on est pas là le week-end. C'est souvent notre inquiétude parce que des parents qui sont pas trop en bon état, il y a des signaux qui nous indiquent que bon, ça va pas trop, on peut pas faire un signalement le jour même, ou ça va durer pas mal de temps avant que ce soit pris en charge et on se dit ben le lundi

¹⁰¹ - Deux éléments importants dans l'observation des puéricultrices sont la façon dont la mère tient (porte) le bébé et si celui-ci regarde sa mère, cherche à capter son attention ou au contraire l'évite.

comment on va les retrouver hein, des moments parfois un peu difficiles en se disant pourvu que ça se passe bien.
Puéricultrice PMI à domicile, entretien n° 20.

On observe un réel sentiment d'angoisse et d'impuissance face à des situations mal maîtrisées, ou finalement la puéricultrice est seule sur le terrain. Elle n'a d'autre recours que de faire un rapport au médecin de PMI, donc souvent après une certaine mise à distance de ses peurs. Cette question de la formation des personnels est évoquée par quelques auteurs dans la littérature scientifique, remarquant que ce sont les professions socio-médicales ayant les études de plus courte durée et le moins d'accès aux formations qui sont finalement en contact direct sur le terrain avec ces parents à problèmes.

Quand une place est disponible ou que la situation paraît plus problématique, l'évaluation peut également être demandée à une structure qui fera l'observation en milieu fermé. C'est le cas des unités mère-bébé, nous les avons décrites en première partie, où un séjour de quelques mois est proposé à la mère sur la demande d'une équipe :

Voilà, au moment du séjour en maternité, il y a eu des situations qui font que l'équipe est en alerte, soit en observant la maman, soit parce qu'il y a des antécédents, soit le secteur avait déjà établi un suivi parce que c'était une maman qui était malade mentale et il y avait déjà un travail qui était fait avec cette maman avant. Donc on nous demande d'analyser la relation mère-enfant, un étayage en vue de, du suivi enfin, ultérieur, soit on est amené à, à trouver, enfin à accompagner la maman pour qu'elle puisse rester avec son enfant, sinon on peut très bien séparer l'enfant de la maman.
Cadre sage-femme, entretien n° 22.

La deuxième période d'évaluation se situe après le signalement, quand le parquet n'a pas pris une ordonnance de placement provisoire, car le danger ne lui semble pas immédiat et que le juge préfère recueillir des renseignements complémentaires.

b) Les enquêtes judiciaires

Après un premier signalement et une transmission au parquet, le juge des enfants est saisi. En l'absence d'urgence, il pourra faire procéder à des investigations complémentaires, en fonction de la qualité des éléments dont il dispose, mais également pour apprécier l'évolution de la situation.

Contrairement à l'enquête sociale, c'est une équipe pluridisciplinaire qui sur six mois, ça peut être quatre mois, mais c'est plutôt six mois, qui sur six mois va rencontrer la famille, l'école, les différentes personnes importantes dans le fonctionnement familial pour savoir ce qui se passe. Donc on aura à la fois l'histoire de cette famille mais également la dynamique familiale, qui fait, comment ça se passe. Ça, c'est très intéressant et je privilégie l'IOE parce que, que l'enquête sociale. Mais parfois l'enquête sociale, c'est indispensable lorsque les gens contestent les termes du signalement, je fais une enquête sociale. Mais les IOE ça a pour intérêt que, on est dans une dimension éducative, quand même il y a un accompagnement et puis ça va tester les capacités, c'est ce que je demande à mes services, les capacités sur la famille, sur six mois on le voit. Est-ce qu'ils sont capables de changer ? Hein, est-ce qu'ils sont capables de réfléchir sur ce qui se passe. Et ça six mois ça me donne des éléments, parfois il se passe des choses. Donc je prends une mesure d'IOE que je confie, alors Paris, c'est formidable, j'ai

une pléiade de services qui interviennent de façon différente, chacun a sa spécificité.

Juge des enfants, entretien n° 38.

Ce juge met bien en évidence la différence entre l'enquête sociale et l'investigation d'orientation éducative (IOE), ce qui explique qu'il puisse y avoir une IOE après une enquête sociale sérieuse des hôpitaux. Ceci répond au reproche souvent formulé par les assistantes sociales qui trouvent que c'est du temps perdu, qu'on refait ce qui a déjà été fait.

Cette durée de l'investigation, de l'instruction du dossier par le juge, peut également être mise à profit pour tester la réaction de la famille à une éventualité plus précise de placement, puisque le juge est saisi et que ce seul fait peut suffire parfois à la mobiliser.

Alors là, c'est quand je considère que le maintien dans le milieu actuel, qui en général est la famille, n'est plus possible. Alors, il faut obtenir l'adhésion des parents. Il est rare que je fasse un placement dès le premier rendez-vous. Je me dis, l'urgence est en général très relative, sauf sur les tout petits, hein, les tout petits, là je fais un placement immédiat. Mais en général quand il n'y a pas d'urgence, je préfère me donner un mois, trois à six mois, pour préparer le placement et faire en sorte que les parents adhèrent à la mesure. Et là, les éducateurs tout de suite sont sensibilisés dès le signalement, je sais que à peu près où je vais, bon. Alors parfois je ne sais pas. Parfois je suis sur une mesure éducative, la situation est un peu tangente, et bien tout dépendra de la capacité d'évolution des parents. S'ils n'évoluent pas beaucoup et si l'enfant reste en danger, je préconiserai un placement.

Juge des enfants, entretien n°38.

Enfin, dans le cadre de ces investigations, le juge peut demander des expertises, souvent pour ne pas affronter directement les familles qui estiment que le dossier est « monté contre elles ». L'expertise, acceptée par la famille, permettra à celle-ci de prendre en compte des éléments éventuellement occultés :

On dispose aussi d'examens psychologiques, on peut ordonner un examen médico-psychologique de l'enfant et de sa famille, des examens psychiatriques de l'enfant, mais également des parents, ce qui est très précieux, lorsque les parents considèrent qu'ils sont toujours très bien, il faut pas être grand clerc pour voir qu'ils sont un peu timbrés ! Une demi-heure de rendez-vous et on se rend compte tout de suite. Mais ensuite, comme on est pas médecin, on peut pas le constater, nous, on peut seulement constater des troubles de comportement à l'audience, mais je dirais c'est la fragilité des gens, donc on ordonne un examen psychiatrique accepté par les gens, on peut le faire, hein, moi je fais en sorte qu'ils acceptent, hein, le moyen de pression est simple, c'est-à-dire que s'ils acceptent pas. .../...

Alors moi je lui dis si vous êtes très bien, moi je veux bien l'entendre, mais faites vous voir par un psychiatre, comme ça vous me prouvez que votre état de santé est satisfaisant. Elle a jamais accepté. Donc dans ce cas-là, c'est pas possible. Je lui ai demandé d'aller voir son enfant dans un milieu médiatisé. Elle a pas voulu non plus. Donc vous voyez c'est un peu dans ce cadre-là moi, s'ils veulent pas voir le psy. En général, ils y vont, parce que c'est la façon pour eux de récupérer l'enfant. Hein si vous voulez voir votre enfant, moi je suis pas médecin, on me dit, c'est-à-dire les médecins dans le signalement, on me dit que vous êtes pas bien, que votre état de santé ne vous permet pas de recueillir, de récupérer votre enfant, et bien écoutez il faut me le prouver, allez voir un expert judiciaire qui

vous connaît pas, qui connaît pas le médecin en question, il est neutre, et alors là ils acceptent. En général, ça confirme toujours, hein ! Enfin, bon !
Juge des enfants, entretien n° 38.

Néanmoins, il faut signaler dès à présent que les durées de mise en place des évaluations ou des mesures en milieu ouvert sont quelquefois longues, ce qui peut éventuellement paralyser la démarche de placement de l'enfant.

c) L'aide ou le suivi impossible

Le signalement est souvent différé, nous l'avons vu, par la mise en place d'un étayage quelquefois complexe permettant de se laisser le temps pour évaluer la situation et de permettre éventuellement à la mère de prouver sa capacité à prendre en charge l'enfant. L'échec de ce soutien informel doit parfois être constaté par les services qui signalent alors la situation, soit à l'Aide sociale à l'enfance qui transmet au parquet, soit directement au juge des enfants.

Ainsi, selon le Guide du signalement du Département de Paris, le refus de l'évaluation ou de l'aide par les parents doit constituer pour les professionnels un signal d'alarme qui fait passer la situation d'un risque de danger à un danger présumé : « *Un enfant estimé en risque de danger et dont les parents ou l'institution qui l'accueille refusent toute évaluation approfondie ou toute proposition d'aide correctement formulées doit, par principe de précaution, être considéré comme un enfant en danger présumé* » (Département de Paris, 2003). Cette nouvelle catégorie de danger doit être relevée, en relation avec nos définitions liminaires : les guides prévoyaient jusque là deux catégories, les enfants en danger et les enfants en risque. Une notion intermédiaire se rajoute donc encore après le risque, mais avant le danger.

Pour les puéricultrices qui suivent les mères à domicile, différents signes sont recherchés, comme la qualité du lien mère-enfant. Dans certaines situations, l'impossibilité d'exercer correctement cette surveillance va aboutir à une remontée du dossier. Voici un signalement PMI parvenu au juge des enfants par l'intermédiaire de l'Aide sociale à l'enfance :

Madame n'est pas venue au rendez-vous les 12 novembre et 3 décembre. Elle ne prend pas contact avec la PMI même pour prévenir de ses absences. Les vaccinations ne sont pas toutes faites et il n'a pas reçu le BCG. Son frère a tous ses vaccins mais le contrôle BCG est négatif. Notre inquiétude s'amplifie pour leur santé. Nous avons reçu plusieurs appels téléphoniques pour nous signaler que Madame avec son dernier enfant ferait la manche dans le métro à St Lazare.

Le 19 novembre 1993, je me suis rendue au domicile de la famille pour rappeler à Madame qu'elle devait venir pour le suivi PMI des enfants. Je suis restée sur le palier, elle a entrebâillé la porte, m'a dit « *Oui j'ai oublié mais je suis occupée, je travaille dans un restaurant à St Lazare* ».

J'ai envoyé une convocation PMI à Madame pour le 3 décembre. Elle ne se manifeste pas.

Signé le médecin de PMI. Dossier d'assistance éducative.

Dans ce dossier, on note que trois signes d'appel distincts vont aboutir au signalement : le mauvais suivi médical des enfants, relevant de la responsabilité directe de la PMI, l'interdiction de l'accès au domicile et des dénonciations téléphoniques de voisins.

De manière générale, pour les intervenants, ce qui est d'ailleurs l'esprit de la loi, le refus de l'aide par la mère est un signe de danger : « *Une mère toxicomane qui refuse toute approche d'étayage peut se révéler plus dangereuse qu'une mère plus déstructurée qui accepte une aide* » (Barraco Martine et Lamour Martine, 2001).

Ainsi, Nora vit avec un homme alcoolique (il n'est pas le père de l'enfant mais il l'a reconnu) et violent qui impressionne défavorablement l'équipe de maternité. Bien qu'elle dispose d'un logement puisqu'elle vit en concubinage avec son compagnon, il n'est pas envisagé un retour un domicile, mais une solution collective pour elle. Les recherches et tractations durent longtemps puisqu'elle reste deux mois ½ en maternité. Voici son récit :

Et donc, à l'hôpital, on m'a demandé si j'avais un appartement, un hébergement pour après l'accouchement, je leur ai dit que oui, que j'avais un appartement qui était à mon nom à [ville], donc j'accouche tout ça. Et comme la personne, le beau-père de ma fille n'inspirait pas confiance à l'infirmière et à l'assistance sociale de [hôpital], alors ils m'ont proposé un foyer pour jeune maman pour moi toute seule, j'ai refusé, je suis restée pendant, jusqu'aux deux mois de ma fille.

[Question : A l'hôpital ?]

Oui, jusqu'aux deux mois de ma fille, parce qu'ils m'ont fait plein de propositions que j'ai refusées, entre autres des foyers, les hôtels tout ça, j'ai refusé. Et là donc euh, la pédiatre m'a dit que si je ne répondais pas à ça et donc ma fille elle serait placée dans une pouponnière. Comme j'ai refusé tout ce qu'ils m'ont proposé, ma fille a été placée en pouponnière jusqu'à ses un an. Après ses un an, on a été au juge, j'ai pu la récupérer tous les week-ends du jeudi au lundi.

Nora, 29 ans, entretien n° 35.

Ici les conditions de logement sont remplies. Le problème identifié par Nora est le comportement de son ami (c'est lui qui vient dormir en maternité). Pour le médecin qui la suit, elle présente par ailleurs une grande fragilité psychique et de graves difficultés pour se prendre en charge « *au moins sa fille de trois ans, elle comprend quand on lui parle* », nous dira-t-elle, sous entendu, Nora non. Par ailleurs, ainsi que nous l'avions déjà souligné, le plus généralement, les solutions qui sont proposées à la mère excluent qu'elle puisse vivre en couple. Ici, elle doit choisir entre son conjoint et son enfant.

Les pratiques vont dans ce sens ; Nora a refusé toutes les solutions proposées et sa fille a été placée, tandis que Brigitte, qui a des problèmes psychiatriques importants, a accepté de multiples aides, y compris des placements provisoires des enfants lors de ses hospitalisations et en a conservé la garde.

d) Le rôle de la pauvreté ou de la précarité

L'attention portée par les services sociaux aux femmes en situation sociale précaire est évidente dans toutes les études publiées. Une raison fort simple en est qu'elles constituent « naturellement » les populations cibles de l'action des travailleurs sociaux : chômeurs, familles nombreuses, mal logés, adultes handicapés, etc.

On sait aujourd'hui, quelques recherches commencent à le révéler, que la consommation des stupéfiants touche toutes les catégories de la population¹⁰², mais que certaines sont « invisibles » parce qu'elles n'ont pas été repérées par les institutions. Ce sont les populations « cachées », celles qui ne fréquentent pas les centres de soins destinés aux toxicomanes, ni les urgences hospitalières, qui n'ont jamais été interpellées par les services policiers et qui n'ont pas de casier judiciaire. Ces personnes ont une bonne gestion de leur consommation de drogue, même si celle-ci est importante ou qu'il s'agit de drogues « dures » et donc ne font pas partie de la catégorie identifiée comme consommateurs problématiques.

Ce constat est, de la même façon, rapporté au Canada : « Il semble plutôt que l'attention des services médicaux et de protection de l'enfance se soit portée sur les femmes et les enfants vivant dans un contexte de pauvreté, ce qui a eu pour conséquence de rendre moins visibles les problèmes maternels d'abus de substances psychoactives chez les femmes de classes moyennes et plus favorisées » (Guyon Louise et al., 1998).

Pour les femmes toxicomanes enceintes ou avec enfants, cette remarque est également vraie. Si les femmes de milieu aisé se font repérer par les professionnels de la maternité lors des accouchements, en grande partie parce qu'elles sont « dénoncées » par le bébé, du fait de son syndrome de manque, l'attitude à leur égard va différer, ce qui les préservera du signalement. En effet, même un simple signalement de la maternité vers la PMI pourra être évité sous prétexte que la clientèle habituelle de la PMI est plutôt d'origine modeste, qu'il s'agit d'un service gratuit, prioritairement destiné aux femmes défavorisées et qu'une patiente aisée ne saurait faire suivre son enfant dans un tel lieu. De même que la mère est « invisible » au regard du travailleur social, l'enfant suivi par un pédiatre en ville, ne sera jamais aperçu de la PMI. D'autant plus que va intervenir la résilience qui va permettre que les séquelles les moins graves disparaissent purement et simplement pour les enfants favorisés, le cas le plus flagrant étant celui de l'alcool (*cf. infra* en quatrième partie).

De fait, tous les dossiers judiciaires examinés se situent dans un contexte de pauvreté voire de précarité extrême. Les récits de vie auprès des femmes le révèlent également. Sandra, suivie actuellement par un centre de soins spécialisé, n'a jamais été identifiée comme « à problèmes » par les services sociaux au moment de son accouchement, car elle avait un emploi (de niveau cadre), un conjoint, un domicile et que le bébé n'a pas manifesté de signes de manque. Elle reconnaissait néanmoins ses difficultés « *tu sais la drogue passe avant tout, même avant le bébé* ». Sandra avait été interviewée deux ans auparavant par Sandrine Aubisson. Il ressort de ses propos qu'elle avait un appartement dont le loyer s'élevait à l'époque à 15 000 francs et aucun problème autre que son usage d'héroïne qu'elle avait réussi à arrêter pendant la durée de sa grossesse.

Nous avons particulièrement insisté sur ce point auprès des professionnels, une femme toxicomane d'une classe moyenne est-elle moins dangereuse pour son enfant ? La réponse est quasiment toujours positive, les arguments donnés étant que le chômage, l'isolement social, la famille distancée, sont des facteurs aggravants lorsque l'on examine le contexte dans lequel vit la mère. De ce fait d'ailleurs, les femmes des classes moyennes ou aisées sont « invisibles » pour les travailleurs

¹⁰² Après une polarisation des recherches sur les toxicomanes de rue et la clientèle des centres de soins spécialisés, l'usage de drogues dures dans des populations intégrées constitue un sujet de recherche en pleine émergence. C'est le cas dans le monde du travail et dans des sous-populations comme les étudiants.

sociaux en dehors du contexte de leur maternité, elles ne sont ni assistées, ni dépendantes de l'aide sociale.

Les femmes rencontrées sont plutôt en rupture au sens qu'en donne Serge Paugam (1991, p. 10) : « Ceux qui font l'expérience de la rupture connaissent un cumul de handicaps (éloignement du marché de l'emploi, problèmes de santé, absence de logement, perte des contacts avec la famille, etc.). Il s'agit de la phase ultime du processus, le produit d'une accumulation d'échecs qui conduit à une forte marginalisation. N'ayant plus aucun espoir de s'en sortir véritablement, ces personnes ont le sentiment qu'elles sont inutiles à la société. Elles ont perdu le sens de leur vie. Elles recherchent alors souvent dans l'ivresse la compensation à leurs malheurs ou défaites. Les travailleurs sociaux qui tentent de les réinsérer soulignent que le problème majeur qu'ils rencontrent est celui de l'alcool ou de la drogue ».

Dans le cas qui nous intéresse, ce même cumul de handicaps est présent, l'ordre des séquences étant éventuellement inversé, la drogue précédant la perte de l'emploi et du logement, mais se trouvant souvent suivie par l'alcoolisme.

La dépendance de l'aide publique qui s'instaure ici, chez une femme jeune et susceptible de travailler peut être mal perçue tant par l'opinion publique que par les travailleurs sociaux. En effet, comme le montrent Luck et al. (2004), pour les Etats-Unis, 50 % des Américains pensent que les bénéficiaires des aides sociales pourraient s'en passer, donc que c'est l'aide qui empêche l'autonomie et conduit à la dépendance économique. Depuis les années 1960, le nombre des mères célibataires assistées a fortement augmenté du fait de la dégradation du marché du travail. Ces femmes non qualifiées n'auraient pas les moyens d'élever leurs enfants avec les seuls revenus de leur emploi (sous qualifiés, à temps partiel) et y renoncent. Celles qui consomment des drogues se ressentent de ce fait doublement dépendantes, du produit et de l'aide sociale et souvent menacées par les travailleurs sociaux de ne plus bénéficier de certaines formes d'assistance si elles ne renoncent pas à la drogue (Luck Philip A. *et al.*, 2004).

D- Rechercher des alternatives ou des relais

L'évolution des vingt et surtout dix dernières années a entraîné les professionnels à ne plus envisager la séparation des enfants et de leurs parents comme étant la meilleure ou l'unique solution. La loi a aussi évolué dans ce sens par la reconnaissance des droits de l'enfant, nous l'avons vu en première partie.

Parce que les problématiques sociales évoluent aussi, beaucoup, énormément. Et il y a 20 ans on ne répondait pas de la même façon à une famille qui est en difficulté éducative que maintenant. Maintenant, on essaye de maintenir l'enfant le plus possible au domicile et de travailler les difficultés éducatives à partir du domicile. Parce que la séparation c'est pas une fin en soi, enfin, c'est pas une réponse.

Cadre socio-éducatif, entretien n° 15.

Quelles peuvent être ces alternatives au signalement puis au placement ? Elles vont en grande partie dépendre du type de difficultés rencontrées par la mère, alors que le placement était plus considéré dans la période précédente comme le remède universel à toutes les difficultés éducatives. Ainsi, certaines structures comme les centres mères-enfants ou les unités mère bébé (UMB, pour la psychiatrie) vont

pouvoir proposer une prise en charge conjointe de la mère et de son enfant. Quand ils sont maintenus au domicile familial, une hospitalisation à domicile, l'aide d'une travailleuse familiale ou un suivi de la PMI pourront apporter un soutien, afin d'éviter la séparation. Des mesures peu spécifiques peuvent compléter cet étayage, comme l'obtention d'une place en crèche ou le relais par des associations qui assurent des haltes garderies. Pour les difficultés matérielles, comme l'incapacité à gérer le budget familial, une tutelle pourra être proposée. Les alternatives décrites dans ce chapitre sont donc, pour la plupart, mises en œuvre avant le recours à des mesures d'assistance éducative proprement dites, que nous avons évoquées au chapitre précédent, comme l'action éducative en milieu ouvert ou le placement.

Cet « inventaire » des ressources citées par nos interlocuteurs montre ainsi que le constat négatif établi par la mission Naves-Cathala sur les alternatives demande à être nuancé. Le rapport relevait en effet deux écueils aux alternatives proposées aujourd'hui en France :

- Que le choix se fait davantage en fonction de l'offre existante que des besoins correctement évalués de l'enfant et de sa famille ;
- Qu'il y a peu de souplesse : le choix est souvent l'AEMO ou le placement, en dehors de tout autre montage.

Le premier point est incontestable, sans doute en l'absence d'un guide des ressources adapté à chacune des problématiques rencontrées sur le terrain (femmes toxicomanes, en situation irrégulière, sans domicile fixe, etc.), chacun de nos interlocuteurs ne connaît que quelques structures autour de lui et travaille à partir d'un carnet personnel plutôt qu'à partir des problèmes de la personne.

Néanmoins, dans le détail des prestations proposées, l'éventail relevé dans le cadre de cette recherche montre plutôt une forte diversification, voire le détournement de certaines prestations non spécifiques au profit des populations concernées, afin tout à la fois d'établir une vigilance et de ne pas stigmatiser la mère et l'enfant.

a) Les foyers mère-enfant ou les centres maternels

L'idée de centre maternel n'est pas neuve puisque de telles structures existent dès la fin du XIX^{ème} siècle, même si elles ne prennent réellement corps qu'au lendemain de la première guerre mondiale. Il s'agit de permettre aux femmes enceintes isolées ou sans ressources de mener leur grossesse à terme puis d'accoucher et d'allaiter l'enfant dans des conditions décentes et anonymes. Le décret de 1939 leur donnera une existence légale « *Pour chaque département, le Préfet désigne après avis conforme du Conseil général, les établissements publics dits « maisons maternelles » qui devront accueillir sans formalités les personnes enceintes d'au moins sept mois et les mères avec leur nouveau-né* ». Dans des descriptions très récentes des aides à la famille, on trouve encore cette notion de centre maternel ouvert à toutes les femmes qui le demanderaient. La réalité et les pratiques sont beaucoup plus complexes, par suite d'une évolution de ces centres vers une prise en charge éducative des femmes qui les sollicitent. Il n'est pas dans notre propos d'en reprendre ici l'évolution¹⁰³, mais de définir ce qui aujourd'hui les rend pour la plupart inaccessibles aux femmes toxicomanes isolées et sans ressources, en dépit d'un texte visant a priori toutes les mères.

¹⁰³ - A ce propos, Donati Pascale et al., 1999.

Les objectifs des centres maternels ont été redéfinis dans le cadre de la circulaire du 24 janvier 1984 relative aux parents isolés, avec des objectifs ambitieux, y compris celui de répondre à l'urgence sociale par des structures assurant une continuité du service, sur le modèle des urgences médicales. A l'évidence, les départements sont très loin d'avoir rempli des objectifs aussi vastes. Quand l'accueil des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants est réalisé par l'ASE, les conditions en sont quelquefois inadaptées, comme le relève le rapport de l'IGAS sur quatre départements, par exemple dans des foyers de l'enfance (Jacquey-Vazquez Bénédicte *et al.*, 2000).

Actuellement, ces établissements sélectionnent très fortement leur clientèle, sur la base d'entretiens de motivation, pour privilégier des femmes ayant des projets d'insertion, la plupart des centres ayant un règlement obligeant les jeunes mères à travailler ou à suivre une formation dès les deux mois de l'enfant (Donati Pascale *et al.*, 1999). Globalement, la situation décrite par tous nos interlocuteurs est celle de centres refusant tous les cas sociaux, les pathologies comme les « simples » problèmes de logement. Les centres maternels ne se positionnent plus comme des structures de simple hébergement, mais comme des structures éducatives :

Les centres maternels en général, eux ils acceptent pas, s'il y a des problèmes de logement, mais ils accueillent s'il y a des difficultés relationnelles entre la mère et l'enfant.

Hum

Donc là, ils essaient bien de faire la différence. Pour eux, c'est pas, ils se décrivent pas comme des centres d'hébergement, qui accueillent des ruptures d'hébergement, ils accueillent des personnes, des femmes qui ont des difficultés, euh relationnelles. Donc là, ils savent bien différencier et ils y tiennent [.../...]

[D'accord, donc ils n'ont pas du tout une mission d'hébergement, donc je dirais des femmes enceintes par exemple ?]

Non, c'est vraiment quand il y a une difficulté relationnelle entre la mère et l'enfant

Assistante sociale polyvalente, entretien n° 42.

Pour éviter de procéder à un signalement et éventuellement un placement, tous s'accordent sur le fait qu'il faut pouvoir proposer une structure suffisamment « encadrante » pour que le risque de danger pour l'enfant puisse disparaître. De telles structures doivent permettre de préserver le lien mère-enfant, tout en offrant des garanties pour la sécurité du nouveau-né. En principe, de tels foyers existent, mais pas forcément sur le département des Hauts-de-Seine :

Mais le problème, nous, avec les mamans, c'est que les centres maternels classiques ben on en trouve pas. Ça, c'est notre gros problème, le centre maternel pour mère toxicomane ça n'existe pas. Et les centres maternels classiques avant prenaient des mamans et ils ont eu tellement de problèmes avec ces mamans-là qui sont assez dans la violence, qui sont agressives, qui cassent tout et maintenant ils ont décidé pour avoir la paix de ne plus en prendre. Donc ce qui est dommage car on a quand même des mamans qui sont tout à fait euh, qui sont substituées donc elles prennent pas de produit, elles ont une substitution, depuis des années, qui se maintiennent bien et qui mériteraient d'avoir leur place dans un centre maternel. Parce que le centre maternel c'est quand même jusqu'aux trois ans de l'enfant, il y a tout un travail qui est fait avec les éducateurs, pour l'insertion professionnelle, la formation ou autre et c'est, nous on a l'exemple d'un maman qui mériterait d'avoir cet accompagnement.

Assistante sociale, entretien n° 3.

On remarquera dans ce propos que, si le signalement judiciaire est considéré comme une sanction pour la mère toxicomane, les alternatives doivent « se mériter » et devraient venir « récompenser » la femme qui s'engage dans un protocole de substitution et par là même se soumet au contrôle social.

De même, pour les femmes qui accèdent à ces structures, les conditions ne doivent pas y être trop bonnes, dans l'esprit des professionnels, du fait de la faute supposée : « *Aujourd'hui encore, les professionnels estiment que l'ancienne représentation de la maternité célibataire est encore prégnante : l'hébergement des jeunes femmes reste inconsciemment punition d'un acte réprouvé, la mère célibataire est mal vue, l'établissement garde un côté « carcéral », l'idée étant que les conditions de vie offertes sont bien suffisantes pour ces femmes* » (Donati Pascale et al., 1999, p. 83).

Dans de telles conditions générales, que dire des femmes célibataires, isolées, sans ressources et de surcroît toxicomanes, ou avec des problèmes de santé mentale ? Précisément, le centre maternel n'est pas toujours reconnu comme une alternative valable par de nombreux professionnels, parce qu'il ne paraît pas adapté à l'accueil d'une mère toxicomane. Les raisons en sont apparemment multiples, tenant tout à la fois à la mission de ces établissements et au psychisme de la femme dépendante, qui l'empêche d'en respecter les règlements ou contraintes.

Ben, les centres maternels, mais c'est vrai que les centres maternels, quand il y a une problématique de toxicomanie, c'est extrêmement compliqué quand même, hein, c'est pas... c'est pas facilité d'emblée l'admission d'une mère toxicomane en centre maternel, c'est vrai que le centre maternel, l'objet c'est quand il y a une difficulté relationnelle entre la mère et l'enfant. La toxicomanie, c'est pas source de difficultés relationnelles. [.../...] Ils sont très, très réticents à l'accueil de mères toxicomanes ça c'est évident, parce qu'en plus ce n'est pas un accueil individuel, c'est un accueil collectif. Qu'est-ce que ça va impliquer pour les autres mamans cet accueil d'une mère toxicomane, hein, dans le centre maternel. Et moi j'ai rarement vu d'admission de mères toxicomanes en centre maternel. Peut être, il y a des centres qui existent après, qui sont spécialisés dans l'accueil des mères toxicomanes mais je sais pas, moi j'ai pas connaissance sur la région Ile-de-France de tels lieux d'accueil.
Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

Ainsi le règlement intérieur de ces centres prévoit le plus souvent que toutes les consommations de substances psychoactives (sauf le tabac) sont prohibées, la règle de l'abstinence étant la plus courante dans les établissements dépendants du secteur sanitaire et social. De même, il est bien évident que les actes de petite délinquance comme les vols ne peuvent y être tolérés.

Pour une femme dépendante, dans une toxicomanie encore active, il est clair que l'arrêt tant de la consommation de drogues que d'éventuelles façons frauduleuses de se procurer de l'argent, restent deux objectifs difficilement accessibles. De plus, en cas de problèmes, elles sont bien évidemment beaucoup plus souvent soupçonnées que d'autres, comme nous l'a mentionné Christine relatant son expérience d'un tel centre « *Il y a eu des vols, et je comprenais que j'étais parmi quelques uns, mais d'autres non, mais je me suis fait renvoyer* ».

Or, le risque que les situations de tolérance des consommations entraîne des dérapages est loin d'être théorique, les personnels y ont été confrontés, ce qu'évoque cette auxiliaire de puériculture pour justifier que les centres maternels n'aiment pas prendre des femmes toxicomanes :

Est-ce qu'ils n'ont pas peur aussi, de faire rentrer de la drogue dans un établissement ?

[Question : La propagation ?]

Ben nous on a eu un gros problème, avec du cannabis, ça fumait partout dans les étages, il y avait du trafic, donc des mecs qui venaient, euh, en plus dans le quartier il y avait un réseau, donc ça devenait presque, le centre maternel, là où on pouvait se fournir dans le [numéro de l'arrondissement], donc ben euh. Est-ce qu'il y a pas cette crainte là aussi avec la drogue ?

Auxiliaire de puériculture, entretien n° 44.

Or, le renvoi de la mère d'une telle structure implique souvent le placement de l'enfant. Celui-ci est alors confié à l'Aide sociale à l'enfance, tandis que la mère est abandonnée à son sort. Dans de telles conditions, la suite la plus habituelle, l'histoire de Christine l'illustre, est la disparition de cette mère, qui retombe à une vie de rue et replonge dans une consommation de drogue. De fait, afin d'éviter d'en arriver à de telles situations, les centres maternels développent diverses stratégies, y compris de déplacer les cas difficiles :

Ah mais il y en a qui se font virer oui, quand elles se battent, enfin il y a des avertissements

[Question : Virées, donc ça veut dire l'enfant placé ?]

Virées, non, ça peut être dans un autre centre maternel, ils font des échanges vous savez, comme les prisonniers, on a vu ça nous, c'est un peu, on en rigolait mais c'est un peu. Bon ben alors là il y a un échange on prend madame qui vient de je sais pas où et... A un moment il y a un gros conflit entre des femmes et on en enlève une parce que c'est elle qui a sorti son couteau la première bon ben on la vire donc. Non, si elle est virée ça peut être aussi en hôtel social et en, après il y a tout qui se met en place, la puéricultrice de secteur, enfin j'espère quoi. Mais ils virent pas comme ça quand même, il y a un premier avertissement, mais c'est des cas extrêmes. Elles se sont battues à coups de couteau, ou alors insultes à un professionnel, ou elles essayent de taper sur le professionnel.

hum

C'est ce qui nous arrive de temps en temps à la crèche...

Auxiliaire de puériculture, entretien n° 44.

Ce décalage entre la demande institutionnelle, liée aux exigences de la vie collective, et les possibilités immédiates de ces mères toxicomanes, explique que leur présence est plus avérée dans les lieux d'accueil de très court terme, comme les foyers d'urgence ou les Boutiques¹⁰⁴, que dans des centres de moyen ou long séjour.

b) L'hospitalisation à domicile (HAD)

Les services de maternité manifestent souvent une inquiétude par rapport au retour à domicile d'une mère et de son bébé, c'est-à-dire un isolement sans regard extérieur. Les solutions permettant un accès au domicile ont donc leur faveur, que ce soit une hospitalisation, un suivi à domicile par une puéricultrice ou l'aide d'une travailleuse familiale. Pour ce qui est des soins à domicile, la présence de l'infirmière est généralement assez facile à « imposer » à la mère parce qu'elle est formulée comme une aide, voire une nécessité médicale pour le nouveau-né.

¹⁰⁴ - Structures à bas seuil (c'est-à-dire où l'abstinence n'est pas demandée) offrant des services (douche, vestiaire, café, préservatifs, etc...) à des populations toxicomanes qui ne fréquentent pas les centres de soins. Des détails sont donnés sur l'une de ces structures en deuxième partie.

Ainsi, un centre hospitalier parisien utilise de manière habituelle l'hospitalisation à domicile du nouveau-né (HAD pédiatrique), lorsqu'il a fait un syndrome de sevrage ou qu'il est prématuré ou de faible poids. De fait, cette proposition est formulée comme une alternative à un séjour prolongé en maternité, généralement pénible pour la mère.

Ça peut aboutir à un retour au domicile, avec des choses qu'on met en place, qu'on met en projet, si le bébé a un syndrome de sevrage il y aura HAD pédiatrique, euh, travailleuse familiale, on organise des rendez-vous à la PMI au retour à domicile, il y a plein de choses qui peuvent être faites en fait mettre, toutes les conditions sociales de façon optimale pour qu'il y ait un retour au domicile. Bien. C'est-à-dire laisser la mère montrer ses capacités à s'occuper de son enfant.

Infirmière CHU, entretien n°27.

Dans cette organisation, l'idée conductrice est toujours la même : se donner le temps d'observer, d'évaluer la façon dont la mère s'occupe de son enfant et de pouvoir accéder au domicile, donc l'acceptation d'un contrôle social. On est bien là toujours dans le risque de danger qui ne nécessite pas une action immédiate.

c) Le suivi par la PMI

Le suivi par la PMI ne peut concevoir que pour des femmes ayant un domicile fixe. A l'extrême limite, il peut être mis en place chez une grand-mère ou dans un foyer où résiderait la mère. Mais la première condition est que la mère ait une adresse relativement stable. De même, si la mère est hébergée en famille d'accueil, elle pourra être suivie par la PMI du domicile de cette famille.

Nous avons vu que, quelquefois, pour un service de maternité, la condition préalable à la sortie de la mère sans signalement judiciaire est qu'elle accepte un suivi d'une puéricultrice à domicile, qui peut constituer une forme d'intrusion dans sa vie privée. Bien que des travaux datant d'une dizaine d'années aient montré que le suivi mis en place était peu effectif (Durning Paul *et al.*, 1993), il semblerait que la pratique du travail en réseau ait permis de renforcer ce type d'accompagnement.

Les puéricultrices rencontrées nous ont affirmé que dans le cas d'une femme toxicomane ou dans une situation préoccupante, le suivi allait être effectif et très rapproché, la puéricultrice se rendant à domicile au moins une fois par semaine au cours des premiers mois. Par ailleurs, d'autres points de rencontre sont proposés à la mère, comme les visites au médecin de PMI ou des groupes d'activités mère-enfant. Un véritable travail est mis en place autour de la mère pour tenter de stabiliser la situation sans avoir à recourir à des mesures de signalement.

Les mères toxicomanes étant souvent bien conscientes des enjeux, car elles courent un risque accru de signalement judiciaire, vont accepter ce type de mesure, d'autant plus que cela leur est présenté comme faisant partie d'une transaction globale :

Complètement, alors tout à fait, on a pas le droit [de leur imposer une visite à domicile], alors on peut expliquer. Alors bien entendu, dans le cadre je dirais des jeunes femmes toxicomanes, qui sont déjà dans une démarche de soin, etc. on leur dit que c'est TRES important, euh, pour la suite des événements et pour le bébé, qu'elles acceptent ça et généralement c'est bien accepté. Parce que ça c'est la condition, pour que, bien évidemment, j'imagine qu'un certain nombre a du disparaître dans la

nature, parce que si elles partent à Marseille ou je sais pas où chez leur sœur, là ça va devenir compliqué. Mais sinon elles l'acceptent je dirais pas trop, trop mal, pas trop, trop mal. Et puis je dirais qu'elles sont, à la limite, euh, un peu paumées et qu'elles sont assez demandeuses là aussi de conseils, d'aide et de soins.
Cadre sage-femme, entretien n° 16.

Certaines femmes ressentent néanmoins cette mesure, qui leur est proposée comme une aide, comme un contrôle à leur encontre, un « flicage » pour reprendre leur expression. Les professionnels en sont bien conscients.

Les puéricultrices à domicile tiennent un dossier de suivi pour chaque situation¹⁰⁵, en notant à chaque visite, l'évolution du bébé, mais également l'état général de la mère, l'ambiance familiale, etc. Un médecin de PMI nous a lu quelques dossiers afin de nous en montrer la teneur. Voici ce qu'a rédigé la puéricultrice, au sujet d'un bébé né le 27 février et sorti le 3 mars de maternité, entrecoupé des réflexions du médecin :

Visite à domicile le 4 mars : Madame et bébé sont absentes depuis le matin. A 18 h elles ne sont pas encore rentrées. Le bébé a subi une journée dehors.

Alors vous voyez ça commençait, hein. En mars, il devait pas faire très chaud.

Le 7 mars : madame laisse faire tout et reste dans son fauteuil, n'a pas bougé du fauteuil tout le temps de la visite. Je fais un soin de l'ombilic, le cordon tombe. Madame a les mains qui tremblent beaucoup et laisse à sa mère le soin de répondre aux questions et de rhabiller N. L'attitude et l'aspect général de Madame sont vraiment assez impressionnants. Madame est très fluette et fragile, sur tous les plans. N. a 8 jours, bébé petite mais très éveillée déjà, regard très adressé, C'est bien fait, cette puer [puéricultrice] elle est très fine, moi j'en ai une en ce moment qui m'arrache les cheveux...

Visite à domicile le 8 mars : Madame semble plus éveillée, prépare le bain et l'exécute devant moi, N. se laisse faire, prend les choses avec plaisir, bien détendue. Madame se débrouille très bien et communique normalement. Les soins du visage sont OK, le bain donné avec Madame. Portage à soutenir, tendance à ne pas soutenir la tête de son enfant.

Médecin PMI, entretien n° 8.

La puéricultrice verra ensuite la mère et l'enfant une fois par semaine ; des visites à la PMI sont intercalées afin de peser l'enfant. Le 19 mars, une synthèse est faite à l'hôpital. Les visites sont espacées à partir du 9 avril, tous les quinze jours, puis ensuite une fois par mois. Entre-temps, la mère s'est vue proposée de se rendre à des séances de jeux collectifs avec d'autres mères, à la PMI et s'y rend une fois par semaine.

Quelquefois, la situation peut avoir été sous-évaluée et le suivi mis en place par la PMI peut se révéler insuffisant malgré la volonté de l'équipe du service de prendre en charge cette mère toxicomane :

Certaines fois la PMI a un travail très affectif avec les familles et les familles toxico. Enfin, j'ai l'exemple d'une, c'est toujours la même, ils l'ont beaucoup portée, beaucoup encadrée au moment de la naissance du bébé, là, la dernière. Et ce qui fait qu'au bout d'un moment ils n'en pouvaient plus parce qu'ils étaient complètement bouffés par cette mère, qui venait, qui réclamait des couches, le lait, qui venait deux fois par semaine dans le service, euh, elle voulait tout. Et eux ils s'étaient vraiment engagés, la pauvre femme, le pauvre bébé et tout ça et donc, au bout d'un moment ils étaient complètement essouffés et ils pouvaient plus...

Puéricultrice association, entretien n° 5.

¹⁰⁵ Il s'agit d'une expression utilisée dans la plupart des entretiens par nos interlocuteurs à la PMI, comme à l'Aide sociale à l'enfance.

D'autres cas de situations mal évaluées nous ont été décrits, souvent l'issue en est finalement un signalement judiciaire et l'incompréhension du juge sur sa saisie tardive.

L'intervention des puéricultrices à domicile constitue un temps d'observation de la situation de la mère ou du contexte familial et peut être poursuivie tout en recourant à un signalement judiciaire quand la situation semble trop problématique pour être laissée en l'état. La recherche d'autres partenaires est privilégiée de façon à « contenir » la mère :

Exactement, tout à fait, j'ai une maman toxicomane que je suis actuellement qui elle est dans le truc compulsif de médicaments en tous genres, calmants, tout ce qu'elle peut, Valium, tout ce qu'elle peut...

[Question : Donc elle est très mal ?]

Oui, elle est très mal. Elle est en dépression. Elle a des ressources, bon elle a été suivie en psychiatrie, elle a été hospitalisée à [autre ville], une jeune femme qui a beaucoup de ressources, mais qui est complètement calfeutrée. Et alors là, on vient de la recevoir pour lui dire qu'on avait fait un signalement au juge et que c'était pour la, pour la protéger. Heureusement là on a un relais des grands-parents et donc elle se rend compte qu'elle peut pas s'occuper de son bébé et les grands-parents sont là.

[Question : C'est-à-dire qu'ils vont accepter le placement chez les grands-parents ?]

C'est-à-dire, elle est sans domicile fixe, avec un ami sans domicile fixe. Elle retournait chez ses parents de temps en temps et quand elle a accouché, alors elle retournait chez les grands-parents, alors elle logeait chez eux et les grands-parents ont accepté la mère et l'enfant. Donc il y a pas de placement chez les grands-parents puisque depuis le début la situation était possible.

Puéricultrice PMI à domicile, entretien n° 20.

Ce récit montre bien que le « seuil de tolérance » vis-à-vis des situations maternelles est très variable d'un service à l'autre. Dans le cas ci-dessus, il est envisagé de manière assez sereine de suivre une mère et son bébé, présentant à la fois une consommation de produits, une absence de domicile, des problèmes psychiatriques et une pathologie du lien, sans recourir au signalement, alors même que la plupart des équipes nous ont cité chacun de ces critères comme une raison suffisante pour envisager un placement.

Malgré tout, ce suivi à domicile de situations difficiles constitue un défi pour les personnels de la PMI qui vivent avec la crainte permanente de ne pas identifier comme il convient un danger effectif pour le bébé, qui engagerait leur responsabilité professionnelle.

Les situations les plus inconfortables c'est quand on subodore, je dirais, quand on se dit ben peut être bien que, dans quel état ils sont, est-ce que l'enfant, est-ce que ce week-end... ils vont pas prendre trop, est-ce qu'ils continuent leur suivi, est-ce que... et ça, c'est l'état des parents qui est tellement fluctuant, alors une fois on les voit en bon état, on reprend espoir, on se dit c'est bien, on va pouvoir travailler ensemble, ça va aller mieux et puis crac... c'est difficile pour eux.

Puéricultrice PMI à domicile, entretien n° 20.

Cette puéricultrice fait part ici de ses angoisses, mais en même temps ne s'implique pas totalement dans ce propos, car on aurait plutôt attendu une conclusion du type « c'est dur pour moi », alors qu'elle essaye non seulement de faire « avec » mais encore de se mettre à la place des parents. Elle montre ici une empathie vis-à-vis de ces parents en souffrance, alors même que son métier et sa formation la prédisposent plutôt à considérer en premier lieu la sécurité de l'enfant.

Peu des femmes rencontrées nous ont parlé de ce suivi PMI, alors que, de fait, le plus souvent, elles en avaient fait l'objet. Carole, a néanmoins évoqué cette question, en reconnaissant qu'elle a toujours réussi à « se défilier » en mettant la puéricultrice en tort sur l'exactitude de ses rendez-vous :

Tu y es allée spontanément, où c'est à l'hôpital qu'ils t'ont dit d'y aller ?

Non, oui, c'est à l'hôpital, hein ! parce qu'ils avaient peur !

[Ils avaient peur ?]

Oui, par rapport à ma fille. Donc en premier, il y a eu une hospitalisation à domicile, parce que comme elle était prématuré, il fallait un lait spécial, donc on m'apportait ça une fois par semaine, on la pesait tout ça, tous les jours, moi j'ai encore la peseuse à la maison parce que j'ai oublié de la rendre

[Hum, eh, bon, et puis après, il y a eu une puer de la PMI ?]

Voilà, et puis d'ailleurs là on se voit pas et c'est dommage parce qu'elle était adorable

[Et elle venait beaucoup ?]

Ouais, elle a un fils à peu près de mon âge... Non, on s'est vues qu'une fois et puis on s'est kiffé et tout,

[Ah bon !]

Ouais on a échangé des mots et tatati et tatata et puis les autres jours, elle est arrivée en retard, alors moi je suis ponctuelle,

[Hum]

Bon là j'étais en retard parce que je suis malade, mais normalement je suis hyper ponctuelle

[Mum]

Je supporte pas les retards, gros problèmes psychologiques ! (rires) donc là, quinze minutes, je me suis tirée, et puis après à midi je suis rentrée, elle m'avait laissé un petit mot. Ben je lis, c'est pas grave, je repasse demain matin, dix heures. OK, dix heures, je l'attends, parce qu'il faut qu'elle soit ponctuelle ! Une demi-heure, là je dis, j'attends pas plus (elle tape dans ses mains), je suis repartie. Donc en fait (rires), on s'est pas vues...

Carole, entretien n°39.

Carole, on le voit, retourne la responsabilité sur la puéricultrice du fait qu'elles ne se soient vues qu'une seule fois. Son assistante sociale quant à elle, nous affirmera qu'elle est incapable de respecter un rendez-vous, qu'elle se trompe de jour, etc. Néanmoins, cet évitement ne portera pas à conséquence parce que par ailleurs elle se rend à la consultation de la PMI régulièrement et que le médecin a pu ainsi constater que le bébé grossissait normalement.

d) Les crèches et associations

Plusieurs associations ont été citées par nos interlocuteurs comme des lieux d'observation du lien mère-enfant, outre celles permettant de trouver des solutions de dépannage. Ainsi, une unité hospitalière et une crèche font partie des ressources de certaines maternités ou de services de PMI du même secteur :

Il n'y aura pas de placement, il n'est pas question de placement, il est question de travailler avec cette maman avec les services psychiatriques et [service hospitalier] parce que là aussi pour nous une maman toxicomane c'est le travail du lien mère-enfant, donc on est soutenu aussi par le [centre hospitalier] qui s'occupe plus du lien mère enfant avec pédopsychiatres etc. Si vous voulez nous le premier, la première chose, c'est essentiellement d'orienter la maman vers [structure] quand il y a un problème de prise en compte de l'enfant...

Puéricultrice PMI à domicile, entretien n° 20.

Une autre possibilité a été évoquée, d'une part en PMI, d'autre part par une assistante sociale polyvalente, qui consiste à intervenir pour obtenir une place en crèche, ce qui permettra de mettre l'enfant « à l'abri » pendant une part notable de la journée. Cette solution rassure les professionnels, en particulier quand leurs craintes ont trait à la mauvaise alimentation de l'enfant, car dans leur esprit, cet enfant sera ainsi bien nourri au moins sur les repas principaux. La surveillance qui s'exerce de cette façon est une façon de lutter contre l'angoisse que suscite la situation.

Voilà, peut être une façon aussi de se dire, consciente ou inconsciente suivant les travailleurs sociaux, mais de se dire, bon il y a un professionnel qui a quand même un regard régulier sur l'enfant, qui peut voir son évolution, son comportement avec les autres enfants, en société, qui peut relever s'il y a quand même des difficultés, que vu de l'extérieur, si nous on reçoit les personnes et quand l'enfant est dans un autre endroit, c'est vrai que c'est deux visions différentes aussi, qu'il y a aussi, oui, oui, une certaine façon de sécuriser le professionnel dans son travail donc par rapport à la famille, sûrement, sûrement, sauf que je pense que c'est pas conscient chez tout le monde

[Ouais, et bon parce que c'est quand même, les places, dur pour les crèches. Et si, vous assistante vous demandez, vous faites une demande à la PMI en disant une mère en difficulté, il faudrait peut être une place à la crèche, ça va actionner, ça va être possible ?]

On pourra faire ce qu'on appelle un appui crèche, donc auprès de la directrice des crèches, mais en relation aussi avec la PMI, ceci dit c'est aussi en général, quand on a bien parlé de la situation, qu'on a organisé des synthèses qu'on voit si c'est opportun quand même, mais ils sont la PMI, à l'écoute par rapport aux difficultés de cette famille, et puis je pense que même pour elles, avec leur action de protection de l'enfance de 0 à 6 ans, en PMI, c'est aussi quelque chose de bénéfique pour elles aussi, donc euh

Assistante sociale polyvalente, entretien n° 42.

Dans l'explication que donne cette professionnelle, on retrouve aussi l'idée que peut être la femme cherche à dissimuler, ne donne à voir que ce qu'elle veut bien, quand il s'agit de rendez-vous ponctuels et que la surveillance permanente de l'enfant sera une garantie, pour ne pas passer à côté d'indices importants.

Pour cette professionnelle, toute mère peut vouloir être soulagée des soins aux enfants. L'expression « très prenant » est répétée à deux reprises. C'est encore plus vrai pour la mère toxicomane qui est fragilisée et souvent surmenée. La crèche n'est donc pas une punition. Le contraste est intéressant à noter, car dans les classes moyennes, la crèche est une solution éminemment souhaitable et les mères déplorent plutôt ne pas y avoir accès. Ici, pour des familles précarisées et sans revenus suffisants, c'est une forme de déchéance que d'accepter une telle solution, un jugement de valeur négatif sur les capacités parentales, ce que cette assistante sociale nous montrera pour une autre famille. Sur un autre secteur visité, la crèche est une solution qui est révoquée, car les disponibilités locales permettent un accueil associatif dans des familles d'accueil spécialisées :

[Question : Et là, euh, généralement vous ne choisissez pas une solution type crèche ?]

Pas là, nous on a [association].

[Question : Donc elle ira la journée c'est ça ?]

Oui et puis ce sera avec une nourrice. La relation avec une nourrice, pour ces enfants qui sont un petit peu éparpillés, c'est bien d'avoir la nourrice. Et puis la maman peut très bien, ça peut être fragile, la maman peut très bien couper les

ponts avec ses parents, on sait pas qu'est-ce qui va se passer avec l'idylle suivante, si elle se retrouve avec le père. Et bien là, [association] pourra s'occuper, même quelquefois pendant plusieurs mois, ils gardent l'enfant, sans que la mère mette les pieds chez la nourrice. Voilà, bien sûr que là il y a un signalement au juge et que des mesures sont prises à la fin, mais quelquefois on peut, on peut passer trois mois, que la maman ne soit pas du tout en contact avec le bébé, pour les toxicomanes, c'est justement ce qui arrive, hein, on perd trace des mamans, pendant ce temps, enfants présents s'occupe des enfants et on les a pas placés à la pouponnière, et quand la maman revient, on peut retravailler.

[Question : Donc, c'est des nourrices qui les prennent pas uniquement dans la journée, c'est 24 heures sur 24 ?]

Voilà avec l'équipe [association], qui sont au téléphone de garde 24 heures sur 24. Médecin PMI, entretien n° 8.

Chacun des professionnels a donc des arguments pour justifier que la solution dont il dispose est la plus adaptée aux situations envisagées. Leur représentation de la « bonne solution » est donc directement issue de leurs possibilités pratiques sur leur secteur : quand il n'y a pas de familles d'accueil, la démonstration est que la crèche est beaucoup moins stigmatisante, quand cette solution est proposée, c'est beaucoup plus adapté pour un enfant issu d'une famille ayant des difficultés relationnelles. Comme nous l'avions déjà souligné, la solution proposée à un moment donné à une mère dépend moins de sa propre situation que de la configuration disponible ou des possibilités qui peuvent être mobilisées dans le plus court délai.

e) Les travailleuses familiales

Les travailleuses familiales peuvent être une aide à domicile proposées aux femmes enceintes ou récemment accouché, financées sur divers budgets, dont les allocations familiales ou l'Aide sociale à l'enfance.

Là aussi, outre l'aide de la femme dans l'accomplissement des tâches ménagères, l'idée est d'avoir un regard à l'intérieur du domicile, quelqu'un pouvant observer en continu comment se passe l'accueil de l'enfant et donc, si nécessaire, susceptible de signaler une dégradation de la situation ou une anomalie.

Il y a aussi mis, mais là ça a été un échec, la mise en place d'une travailleuse familiale à son domicile, euh seulement la travailleuse familiale venait seulement que une fois par semaine, par rapport à ses disponibilités, euh, madame ça lui a pas convenu parce qu'elle trouvait que c'était trop peu, donc elle a préféré mettre fin à cette travailleuse familiale

Hum

Qui pour nous, était quand même un moyen d'avoir un suivi régulier et une personne qui puisse un peu nous tenir informés s'il y avait des difficultés dans la gestion du temps au quotidien de madame, donc c'était un peu une personne qui nous paraissait intéressante, mais on a respecté le choix de madame qui a souhaité mettre fin. Parce que c'est pas une obligation, ça reste encore un choix, donc euh.

Assistante sociale polyvalente, entretien n°42.

Ici, la femme dont il s'agit est une nouvelle fois Carole, qui met en échec toutes les tentatives pour mettre en place une surveillance à son domicile, la PMI, puis la travailleuse familiale. Comme le mentionne l'assistante sociale, c'est un choix, car on ne peut pas imposer une telle mesure, même si elle rassure les travailleurs sociaux. Les travailleuses familiales peuvent également faire partie des ressources des services

sociaux éducatifs, qui mettent en œuvre les mesures en milieu ouvert, comme nous l'a précisé un chef de service.

Néanmoins, les statistiques nationales sur l'emploi de ces travailleuses familiales montrent que très peu de familles en bénéficient. Pour la ville de Paris en 2003, 239 familles (flux, soit un stock de 122 familles au 31 décembre 2003) ont bénéficié de telles interventions, soit une hausse régulière. Quatre associations se chargent de ces mesures qui de ce fait sont concentrées sur des familles résidant dans cinq arrondissements (71 % des mesures concernent des familles habitant le 12^e, 13^e, 18^e, 19^e ou 20^e arrondissement). L'âge moyen des enfants concernés est de sept ans. Le coût de cette mesure est estimé à 611 000 €. On voit bien que ces mesures, citées au plan national, ne sont pas disponibles dans toutes les réalités locales.

f) Les familles d'accueil et les communautés thérapeutiques

Une dernière alternative possible, mais apparemment encore plus rare, sera de mobiliser une famille d'accueil, sur les réseaux toxicomanie ou psychiatrie. Dans ce cas, il s'agit non pas de séparer l'enfant de sa mère, mais de les accueillir conjointement dans une famille. Cette solution, qui paraît en quelque sorte « miraculeuse », pour certains intervenants, a de nombreuses limites dont la première est la rareté des familles d'accueil prêtes à prendre en charge une personne toxicomane déjà, et de surcroît chargée de famille, d'autant plus s'il y a plusieurs enfants.

Si les familles d'accueil en toxicomanie existent depuis la loi de 1970, leur développement est resté très résiduel, pour ne pas dire invisible au long des trente dernières années. Au niveau national, vingt réseaux sont actifs employant 215 familles d'accueil pour un total de 348 personnes accueillies. La moyenne est de seulement deux enfants accueillis par réseau (Duburcq Anne *et al.*, 2001).

En dernier lieu, les communautés thérapeutiques doivent être évoquées brièvement. Elles ne sont pas officiellement une solution disponible dans le paysage français. Il est ainsi caractéristique qu'aucune circulaire ou aucun des plans de lutte contre la toxicomanie qui présentent l'offre de soins ne mentionnent cette alternative pendant plus de trente ans. Elle existe néanmoins sous la forme des centres du « Patriarche », qui fonctionnent en partie sur des fonds publics. Les communautés thérapeutiques, comme la méthadone, ont longtemps été refusées par les intervenants en toxicomanie français, au nom d'une éthique libertaire (Bergeron Henri, 1999).

Une enquête européenne sur quelques 300 femmes toxicomanes réparties dans cinq pays montre que la moitié d'entre elles est accueillie dans des centres résidentiels. L'accueil dans ces centres permet, entre autres, à ces femmes, de développer une meilleure image de soi, en particulier quant à leur capacité de prendre en charge un enfant (Stocco Paolo *et al.*, 2002). Néanmoins, nous avons déjà relevé par ailleurs les difficultés de la vie collective pour les femmes toxicomanes.

Les mesures évoquées dans cette partie sont donc peu spécifiques, à l'exception des associations très spécialisées dans l'observation des liens mère-enfant. Elles constituent à la fois une aide pour la mère, souvent isolée, et une garantie pour les travailleurs sociaux ayant en charge le dossier, ainsi rassurés par une présence autour de la dyade.

Comme pour les mesures éducatives en milieu ouvert, la question qui peut se poser est de savoir si malgré tout, ces actions ne sont pas un peu inconsistantes pour certaines d'entre elles, y compris du fait des stratégies d'évitement des femmes, ou si au contraire elles ne constituent pas un maillage trop dense autour de certaines. Ainsi, le travail en réseau qui nous a été décrit, amène certaines femmes à être étayées, pour ne pas dire encadrées, par une multitude d'intervenants, dont les rôles ne sont pas toujours clairement définis.

3) Comment signaler ?

Le travail que l'on observe aujourd'hui, de prise en charge globale des femmes enceintes toxicomanes résulte d'une évolution qui s'est opérée sur une dizaine d'années. Dans chaque équipe soignante, des pionniers ont affronté les réticences liées à cette stigmatisation des femmes toxicomanes, conscients de la gravité des dégâts engendrés par les pratiques antérieures. Interrogée sur les pratiques de son équipe, une cadre sage-femme se situe d'emblée dans cette évolution :

Oui, ben là je dirais qu'il y a presque autant de façons que d'équipes médicales. Il y a des endroits où finalement elles sont acceptées, je dirais pas prises en charge dans le bon sens du terme parce que, c'est pas simple, il a fallu quand même faire un vrai travail quand je vois ici le chemin parcouru depuis dix ans maintenant quand au départ, on était deux sages femmes à le demander, une formation pour la prise en charge des toxicomanes, non mais j'ai cru qu'on demandait, on nous a dit non mais ça va pas, les toxicomanes, mais qu'est-ce que c'est que ça, ils n'ont qu'à pas se shooter etc. on a autre chose à faire que de s'occuper des toxicomanes. Après on nous a dit, non mais ça va pas, ça va se savoir elles vont toutes rappliquer. Bon, on en a entendu ! [.../...]

Parce que là non plus c'est pas évident il a fallu rassurer, alors il y a des infirmières effectivement qu'on sent bien dans l'accompagnement dans la compassion, d'autres qui ont un petit peu plus de mal, qui disent ouais franchement moi m'occuper d'une patiente malade ça va, mais toxicomane, c'est parce qu'elle l'a bien voulu. Ben oui, parce que quand elles sont débordées, crevées et fatiguées, elles se disent, franchement bon.

Cadre sage-femme, entretien n° 16.

Dans ce récit, relatant l'histoire de la prise en charge dans un grand CHU de la région parisienne, se retrouvent tous les éléments déjà évoqués. Par deux fois, il est question de la responsabilité voire de la culpabilité de la femme toxicomane, « elle n'a qu'à pas se droguer », c'est elle qui se met dans une telle situation, ne suscitant pas la compassion. Si l'évolution sur ce point est perceptible, que les représentations sont un peu moins tranchées aujourd'hui, cette cadre sage-femme ne peut s'empêcher de reconnaître que ce sont des réactions retrouvées chez les infirmières. Elle éprouve néanmoins le besoin de les excuser, en précisant qu'elles ont de telles réactions, quand elles sont débordées ou fatiguées, ce qui sous-entend qu'à d'autres moments, les choses sont peut-être un peu plus faciles.

L'autre argument développé, encore totalement d'actualité, est que si un service de maternité se spécialise en quelque sorte sur ces questions, cela provoquera un afflux de ces femmes toxicomanes, ce qui engendrera des difficultés supplémentaires. Nous avons vu que, de facto, les femmes toxicomanes échangent entre elles des adresses de

lieux tolérants à leur égard, et qu'il est évident que les services « spécialisés » prendront en charge même celles qui n'habitent pas dans leur secteur.

Enfin, la différence fondamentale avec la période précédente, il y a une dizaine d'années, situation qualifiée d'atroce par notre interlocutrice, est que ces femmes vont moins souvent disparaître en abandonnant le bébé. Cette disparition, nous l'avons évoqué, est sans doute l'une des caractéristiques des femmes toxicomanes que les équipes de maternité se sentent le moins à même de supporter.

A- De la pyramide au réseau : orienter plutôt que garder

La structuration des réseaux¹⁰⁶ périnatalité¹⁰⁷ et ARES92¹⁰⁸, la formation des personnels et la collaboration étroite avec la PMI ont permis l'émergence d'autres solutions comme alternative à des mesures plus lourdes :

On garde quand même quelque chose d'autoritaire malgré tout, même si on demande plus au juge de faire preuve d'autorité, moi j'ai l'impression que, ça glisse un petit peu, avant quand on avait une mère toxicomane, on signalait au juge et le juge disait vous faites ci ci et ça, vous faites quoi, maintenant nous on glisse un peu parce qu'on fait des propositions parce qu'on a des choses à proposer voilà à cette population, c'est-à-dire que quand on dit la travailleuse familiale, la visite de la puéricultrice du secteur, on a la chance ici de bien travailler avec le secteur, PMI hein, bon ben y a eu le réseau aussi périnat qui a été mis en place, le réseau ARES et tout ça aide, le réseau en partenariat aide, donc c'est vrai que on impose des choses avant les sorties de ces mères toxicomanes ou substituées, ben on va dire déjà substituées.
Assistante sociale, entretien n° 3.

On retrouve ici l'idée que le recours au juge peut souvent être fait a contrario, c'est-à-dire en l'absence d'une autre solution. De plus, l'évolution du travail, comme la mise en place des différents réseaux et les partenariats qu'ils nécessitent, à partir de l'expérience du sida, ont permis de rechercher d'autres ressources, d'autres voies à ce signalement judiciaire trop long à mettre en place.

a) Le choc du sida

La modification du regard porté sur la toxicomanie et la volonté de trouver d'autres façons de travailler ont pris corps lorsque les personnels des maternités comme les intervenants en toxicomanie ont été confrontés à l'épidémie de sida, à des femmes séropositives, désirant, malgré tout, avoir des enfants, malgré les risques de transmission et l'absence de traitements. Au départ, la stigmatisation de ces femmes a été très marquée, parmi les personnels de maternité, car l'idée même qu'elles puissent faire des enfants était choquante. Elles sont d'autant plus tenues pour responsables que le mode de contamination concerne des pratiques individuelles, la sexualité mais surtout la toxicomanie.

¹⁰⁶ - L'émergence du travail en réseau se rattache essentiellement à la lutte contre le sida. Le travail en réseau se base sur un partenariat actif qui va bien au-delà de la simple juxtaposition de moyens.

¹⁰⁷ - Les Hauts-de-Seine disposent de deux réseaux consacrés à la périnatalité, nord et sud, avec pour objectif principal d'améliorer le suivi des grossesses.

¹⁰⁸ - ARES est un réseau du nord des Hauts-de-Seine, sa compétence actuelle est sida-toxicomanie-précarité.

Avec le recul, le changement de politique sanitaire (la réduction des risques) et l'atténuation de la létalité, la situation a évolué. Mais les professionnels en place depuis plus d'une dizaine d'années ont tenu à m'expliquer comment cette épidémie avait profondément bouleversé leurs représentations comme leurs pratiques. Ainsi, le décloisonnement de l'Aide sociale à l'enfance, la remise en question de ses pratiques, s'expliquent pour cette responsable par l'impact de l'épidémie, comme dans les centres de soins spécialisés pour toxicomanes, il y a eu une nécessité impérieuse de se rapprocher des équipes médicales :

Mais on a eu une période très, très compliquée, et c'est pas facile, pour des équipes, hein, parce qu'on est pas des soignants, on a à accompagner le lien, tout en sachant que le lien, il va s'interrompre. [...]

Mais j'avoue qu'on a bien bossé avec les équipes soignantes, j'avoue qu'il y a eu un travail de lien, vraiment, dans quelque chose de très complémentaire très porteur, pour le parent et son enfant. Si on s'était abstenu de travailler avec l'extérieur, je pense qu'on aurait fait des dégâts. Et c'est peut être aussi tout ce travail qui a ouvert l'Aide sociale à l'enfance sur l'extérieur hein.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 19.

Comme dans les services judiciaires spécialisés dans les accompagnements de longue durée (application des peines), la perspective de travailler avec des personnes malades et disposant d'une très faible espérance de vie, alors que le but de la prise en charge était la réinsertion professionnelle, a amené de profonds remaniements dans la conception de l'aide à apporter (Simmat-Durand Laurence, Toutain Stéphanie, 1999).

b) La structuration des réseaux

Les femmes enceintes et toxicomanes sont la préoccupation de deux réseaux sur le nord des Hauts-de-Seine : le réseau périnatal Nord 92 financé par le Conseil général en partenariat avec la PMI et qui regroupe treize communes (voir carte en annexe) et le réseau ARES92 dont la tête de pont est le CHU et spécialisé sur les questions de toxicomanie et de précarité.

Le réseau Périnatal a pour vocation de lutter contre les grossesses mal suivies. La plaquette de présentation définit trois objectifs : favoriser l'accompagnement médico-social des familles avant, pendant et après la grossesse, favoriser l'accès aux soins pour toutes les femmes enceintes, prévenir les troubles de la relation précoce parents-enfants et leurs conséquences à long terme. « *Le principe de base est d'améliorer la coordination et la communication entre les différentes structures de prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés ; ces structures existent et jouent déjà, depuis longtemps, un rôle majeur dans ce domaine, mais souvent sans qu'il existe entre elles des liens structurés* » (Lejeune Claude, 2001). Les principaux partenaires du réseau périnatal sont les professionnels des maternités publiques et privées, les professionnels des services de néonatalogie ou de pédiatrie, les médecins et sages-femmes libéraux, l'hospitalisation à domicile (HAD), les centres de protection maternelle et infantile (PMI), l'Aide sociale à l'enfance, les centres de santé, les centres maternels, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les associations, les autres réseaux, la caisse d'Allocations familiales, l'Assurance maladie, etc.

Le réseau ARES92 a été créé en 1992 autour de l'hôpital et a, dès le départ, intégré les centres de soins pour toxicomanes du département et organisé une consultation conjointe toxicomanie et maladies infectieuses, par une convention avec un centre de soins. En 1994, la deuxième circulaire sur la création des réseaux toxicomanie a entraîné l'élargissement du réseau : au départ, en 1994, un médecin coordinateur, puis une infirmière en 1996, une psychologue et une assistante sociale en 1999. En 1999 toujours, le réseau a de nouveau été élargi à la précarité. Ce qui donne aujourd'hui une structure ville-hôpital-sida-toxicomanie-précarité qui fonctionne grâce à des subventions de la DDASS, du Conseil général et de l'AP-HP. Ce réseau regroupe des professionnels hospitaliers, des centres de soins spécialisés aux toxicomanes, des travailleurs sociaux, des médecins libéraux, mais également des pharmaciens.

L'idée globale des réseaux est que les professionnels travaillent ensemble, mais pas de la même façon. Ainsi, le réseau créé autour du centre de soins parisien observé vise à ce que chacun connaisse les autres partenaires, travaille avec eux, mais sans perdre sa spécificité, et sans adhérer à une norme commune, comme l'explique le médecin psychiatre qui anime l'une de ces structures :

Essayer de trouver des partenaires, essayer de construire un objet commun sans qu'il y ait consensus, voilà le but c'est qu'il n'y ait pas de consensus, et qu'il n'y ait de langage commun, l'idée c'est que chacun reste bien sur sa compétence, parce que le conflit est à un moment donné inévitable. Parce que sinon les gens qui protègent l'enfant ne protègent plus l'enfant, les gens qui soutiennent l'adulte ne soutiennent plus l'adulte. Or, les deux choses sont indispensables. C'est plutôt comment on articule les conflits et comment on peut travailler sur l'idée que le conflit est salutaire. [.../...]

Mais bon, petit à petit, on a commencé à créer cet objet un peu virtuel de travail. On a fait des groupes de travail, des formations sur site, on a fait tout ce qu'on pouvait faire pour travailler auprès des gens, c'était assez intéressant même si c'était un peu aride. Parce qu'évidemment comme ce n'est pas une institution, mais un espace en fait creux, les gens nous oublient en fait très vite, donc il faut tout le temps réactiver.

Psychiatre CSST, entretien n° 34.

Certains ne nous ont pas caché les difficultés liées à l'existence même du réseau et à la multitude d'intervenants sur une même situation, souvent sans qu'il existe un « référent » mais plusieurs partenaires, dont certains s'occupent de l'enfant, d'autres de la mère, d'autres encore des liens entre eux :

Donc c'est vrai que le plus embêtant peut être dans ces situations c'est de délimiter un petit peu les missions de chacun, et c'est pour ça que c'est intéressant d'organiser des synthèses et des réunions pour savoir qui fait quoi, faire aussi la part des choses entre la théorie, ce qui est dit dans les textes au niveau des missions de chacun, parce que les missions de la polyvalence elles sont quand même très, très larges, et les missions des organismes spécialisés tels que [CSST] et aussi essayer de travailler en harmonie, essayer d'aller dans le même sens, et puis si c'est pas le cas, essayer de comprendre pourquoi c'est pas le cas, et comment justement dans l'intérêt de la famille on peut aller quand même dans un chemin commun et ne pas s'évader, si on est pas clair entre nous, on pourra pas être clair auprès de madame, donc ça c'est notre rôle. Là je pense que c'est la plus grande difficulté.

Assistante sociale polyvalente, entretien n° 40.

Ainsi, l'assistante sociale d'un établissement de soins spécialisés pour toxicomanes aura des missions très larges de réinsertion de la personne, qui, en pratique, interfèrent sur les missions « normales » de la polyvalence, mais sans pouvoir s'y substituer totalement. De fait, pour les personnes concernées, le rôle de chacune des assistantes sociales sera mal défini, avec une tendance à l'évitement de l'une ou l'autre.

Le partenaire le moins bien positionné dans ces différents réseaux est l'Aide sociale à l'enfance. Selon sa responsable, cela tient au fait qu'elle n'est pas perçue par les autres intervenants comme relevant de la prévention, alors que c'est le thème fédérateur des réseaux.

Oh ils nous contactent en bout de chaîne, c'est le problème avec ces équipes-là, c'est vrai qu'ils essayent de maintenir ce lien mais ils pensent pas que l'ASE aussi ils peuvent être là pour un partenaire

[Question : Donc vous êtes pas identifiés comme un partenaire possible de la chaîne ?]

Voilà

[Question : Et pourquoi ?]

Parce que, parce que on a toujours une représentation de la DDASS, le placement et tout le travail qu'on peut mener en prévention avec d'autres partenaires, ça ils en ont, c'est pas encore approprié. Et avec d'autres, pas tous seuls, sur des problématiques particulières, euh, la toxicomanie, la prostitution, on travaille beaucoup avec [association], hein !

Cadre ASE, entretien n° 15.

Enfin, la collaboration entre les différents réseaux n'est pas évidente : « Bien que ces deux réseaux puisse être amenés à se rencontrer et à collaborer, tout semble se passer comme si nous avions d'un côté les réponses relatives à la période de gestation, de l'autre, celles relatives à des conditions de vie précaires. Une femme enceinte SDF aura alors plus de chances de trouver les réponses à son itinérance au sein du réseau Arès92, celles inhérentes aux conséquences de la précarité sur sa grossesse dans le réseau ville-hôpital Périnatal... L'organisation de la prise en charge par le biais des réseaux met également en évidence une apparente séparation entre ce qui relève de la maternité et ce qui relève de la précarité » (Planche Maelle, 2004). Ces observations rejoignent notre constat concernant la séparation déjà évoquée entre grossesse et toxicomanie, dont les prises en charge sont souvent incompatibles.

c) La « concertation locale enfance » (CLE)

Chaque service territorial de l'Aide sociale à l'enfance a mis en place une organisation permettant que soient examinées les situations des familles pour lesquelles une mesure semble nécessaire. A partir d'un signalement émanant de l'un des acteurs de terrain, professionnels socio-médicaux, personnels scolaires, etc. une décision collective est élaborée, aboutissant à une mesure administrative ou à un signalement judiciaire.

Sur ce département, des groupes de travail rassemblant les différents partenaires institutionnels ont été mis en place, afin de croiser les points de vue sur les situations. En effet, chaque professionnel n'a accès qu'à un aspect très limité de la vie d'une mère et/ou de son enfant, ce qui pourrait l'amener à prendre des décisions inadaptées à la globalité de la problématique. On retrouve là d'ailleurs la définition du signalement élaborée par l'Aide sociale à l'enfance, d'un rapport multi-partenarial et disciplinaire.

Ces cellules ont pour nom « concertation locale enfance » dans les Hauts-de-Seine et « concertation petite enfance » à Paris. Les partenaires n'étant pas exactement les mêmes dans les deux départements, nous développerons uniquement celle qui a été mise en place dans les Hauts-de-Seine, qui constitue l'essentiel de notre recherche.

L'idée est d'intervenir le plus précocement possible, de façon à éviter, dans la mesure du possible, que la situation ne fasse l'objet d'un recours judiciaire. Ainsi en 2002, 279 concertations locales ont examiné « 607 situations familiales préoccupantes » (Conseil général des Hauts-de-Seine, 2003). Sur cet ensemble, dans seulement un peu plus d'un tiers des cas, l'orientation finale sera un signalement judiciaire.

L'Aide sociale à l'enfance, dépendant directement du Conseil Général est, actuellement, l'organisme le plus directement impliqué dans ces concertations, puisque finalement c'est elle qui a, en dernière instance, le pouvoir de décision, comme nous l'indique l'un de ses cadres :

Oui, on anime les CLE nous, ce sont les cadres socio-éducatifs de l'Aide sociale à l'enfance qui animent ces instances, hein de CLE, avant c'étaient les responsables de circonscription, maintenant ça a été remis à l'Aide sociale à l'enfance. Alors moi je participe pas aux CLE mais par contre, je les vois toutes, enfin c'est moi qui prend toutes les décisions à la suite des échanges en CLE, hein et des propositions qui sont formulées.

[Question : Donc la CLE vous fait des propositions ?]

Voilà, au responsable, et moi ensuite je prends la décision en fonction des débats contradictoires, de tous les éléments qui sont apportés en CLE. A 80 %, les décisions sont prises en fonction des orientations, quand même.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

Ainsi, pour cette responsable, le milieu scolaire identifie beaucoup mieux l'ASE comme le partenaire auquel on s'adresse en cas de difficultés que les professionnels médicaux, qui auront, pour leur part, plutôt tendance à s'adresser directement à la justice. Leur angle de vue est en effet différent, l'école étant davantage formée à la prévention et au dépistage des troubles chez l'enfant, alors que les hôpitaux, par exemple, seront plus souvent saisis par des situations de maltraitance donc bien en aval d'un dispositif de prévention.

Le fonctionnement de ces instances de renvoi montre de manière très explicite une volonté claire d'entendre tous les protagonistes, avant une transmission au juge des enfants. Par contre, comme la plupart de nos interlocuteurs nous l'avait commenté, les délais en sont d'autant allongés, puisque le juge demandera une enquête sociale supplémentaire. De fait, dans ce dossier, huit mois se sont écoulés entre la réunion de la concertation et le prononcé du jugement. Quelques semaines voire plusieurs mois seront ensuite nécessaires pour que la mesure d'AEMO se mette en place.

Dans ces conditions, on comprend assez bien que certains interlocuteurs, et en particulier les médecins, préfèrent saisir directement le juge, en ne suivant pas la voie hiérarchique normalement prévue qui passe par l'Aide sociale à l'enfance, et ce, d'autant plus que l'assistante sociale qui a fait le rapport de départ, a le sentiment que son travail n'est pas reconnu par l'ASE :

Alors je sais pas si c'est bien ou mal, mais moi je vois cette famille que je connais depuis 10 ans, je vois l'AS du SSE qui a fait l'enquête sociale, bon, m'a passé un coup de fil, je lui ai donné deux trois impressions, mais un peu comme le rapport

qu'elle avait sous les yeux, mais c'est tout. Donc on peut se dire que peut être pour elle c'est important d'avoir peu d'éléments et de pouvoir se faire son opinion, mais c'est vrai qu'elle a pas du tout essayé d'en savoir plus, [Y a quand même l'exécution d'une mesure judiciaire qui peut justifier que quelque part, il faut qu'elle soit ni dans l'affectif ni dans...]
Voilà c'est pour ça, on peut le prendre comme professionnel et stratégique et le prendre comme tel, mais euh,
Assistante sociale, entretien n° 9.

Dans ce propos, la raison déjà évoquée par les juges des enfants, pour expliquer que toute l'enquête soit reprise, quelle que soit la consistance du travail préparatoire, est qu'une fois que le juge est saisi, la phase judiciaire de la procédure se met en place, et que des services de justice doivent remplir leur mandat, enquête sociale ou Investigation d'orientation éducative (voir en deuxième partie).

d) Le partage des informations

La multiplicité des intervenants auprès d'une même femme ne facilite pas forcément le respect de la vie privée. Selon les besoins, la confiance qui s'instaure entre elle et un intervenant, la femme pourra confier différents aspects de sa vie privée. Ces intervenants sont tenus au secret professionnel, mais tout à la fois à une obligation de dénoncer les faits propres à révéler une situation de danger pour l'enfant. La question du partage des informations est donc un point important dans le cadre de ces concertations multi partenariales, bien que peu des personnes interrogées l'aient explicitement abordée :

On sent quand même que suivant le partenaire, on a pas toujours les mêmes informations. Peut être pas les mêmes informations, mais pas toutes les informations, elles en ont certaines j'en ai d'autres. [.../...] Ben aussi pendant les synthèses, nous on va pas obligatoirement tout raconter

[Tout déballer]

Tout déballer parce qu'il y a des choses qui ne sont pas utiles à la synthèse, ou par rapport à l'évolution, que la personne nous a confiées, donc on est pas obligés de tout partager. Bon parce que le secret professionnel partagé légalement n'existe pas, mais il est pas interdit, il est pas autorisé, c'est une pratique qui se fait, seulement il faut savoir partager les bonnes informations et pas tout déballer

Hum

Quand on s'aperçoit qu'il y a des choses qui n'ont pas été dites et qui ne sont pas forcément utiles à la synthèse, bon on se sent pas obligés de les répéter si ça n'apporte rien.

Assistante sociale polyvalente, entretien n° 42.

Pour ces professionnels, il s'agit de trouver un compromis entre le respect de la vie privée et celui des bonnes relations de travail.

Conclusion de la troisième partie

Aucun entretien ne met en avant la question de l'emploi ou de l'activité professionnelle de ces femmes. Or, l'accès au logement implique un emploi car les revenus de l'assistance sont insuffisants. Ces femmes sont classées dans la catégorie des assistés et sont perçues comme mères de famille ou au foyer, d'où la difficulté pour leur accès aux places de crèche, soit perçues comme inaptes à l'emploi, bénéficiaires de l'AAH plutôt que du RMI. Cette norme de la femme, comme

appartenant au « dedans », présente à l'intérieur du logement, rend la question de l'emploi secondaire. Le fait qu'une femme soit assistée ne choque pas particulièrement les personnes rencontrées. Les solutions proposées ou envisagées par tous les travailleurs sociaux sont ici du domaine de l'aide ou de l'assistance, les soins aux enfants sont la seule activité envisagée.

Seules quelques bribes de récits des femmes montrent que quelques associations tentent de leur trouver des formations. Aucun de nos interlocuteurs n'a pourtant justifié ce choix de l'exclusion du monde du travail, comme lié à la toxicomanie, donc au fait qu'une activité professionnelle ne serait pas envisageable. Or, l'argument social principal de la politique de substitution est de permettre une disponibilité pour l'accès à l'emploi.

Les risques qui sont évoqués trouvent leur origine dans les images de la mauvaise mère : ne pas s'en occuper suffisamment ou trop, ne pas lui donner à manger ou trop le nourrir, l'abandonner ou l'étouffer, avoir une vie dépravée, prostitution, toxicomanie, délinquance. La gestion de ces risques dépend des disponibilités locales, à un moment précis de la trajectoire de la femme, souvent lors de l'accouchement. Si le risque peut devenir un danger, parce que la mère n'est pas coopérative, il peut aussi le devenir si aucune solution alternative ne peut être mobilisée, correspondant à l'analyse qui est faite de la situation. Le placement faute d'autre solution et le placement dans le doute se superposent souvent, le doute, donc la peur de choisir la mauvaise solution étant renforcé par l'absence de ressource.

PARTIE IV : LE VÉCU DU PLACEMENT

1) Du signalement au placement

Le plus souvent le signalement au parquet comporte les mesures préconisées par le service à l'origine de l'évaluation, une action éducative en milieu ouvert ou un placement et éventuellement les modalités de ce dernier, chez la grand-mère, en internat scolaire, etc. La personne ou l'équipe qui transmet le signalement doit donc faire le diagnostic et prescrire une solution.

A- Obtenir l'adhésion du parent

Pour le placement administratif, l'accord de la mère ou des parents est indispensable, nous venons de le voir. Dans le cadre du placement judiciaire, la loi précise que le juge doit rechercher l'adhésion du parent à la mesure, afin que celle-ci se déroule dans les meilleures conditions, et éviter ainsi les situations extrêmes, d'enfants arrachés à leur mère par des services de police. L'accord ainsi manifesté par les parents a évidemment ses limites, dont ont bien conscience les juges :

C'est-à-dire qu'une décision prise autoritairement a moins de chances d'être productive, qu'une décision qui est acceptée. Donc l'acceptation, on sait bien que c'est une acceptation dans un cadre contraint, c'est évident, vous arrivez devant le juge, ils sont moyennement acceptants, mais en tous cas, c'est important d'obtenir l'acceptation au moins devant nous. On sait être convaincants, on sait expliquer, je crois que de ce côté-là, on obtient quasiment toujours l'acceptation, bien sûr contrainte, mais c'est important.
Juge des enfants, entretien n° 38.

Pourtant dans les cas extrêmes, la force va rester nécessaire, soit sous forme de chantage, comme l'avait raconté Farida (menace de faire intervenir la police), soit par des mesures plus contraignantes envers la mère (internement psychiatrique). Ces placements violents étaient également envisagés dans le film de Ken Loach par une scène où l'on voit les services sociaux venir chercher l'enfant à la maternité et l'infirmier entrer avec une seringue à la main pour « piquer » Maggie qui vient de se mettre à hurler.

Cette réflexion peut d'ailleurs être étendue aux mesures administratives. Aucun de nos interlocuteurs ne niait que bien souvent, la mère est obligée d'accepter une AEMO ou un placement administratif, sous « menace » d'un signalement judiciaire.

a) La méfiance et la peur du placement

La plupart des mères toxicomanes sont bien conscientes du risque de placement de leur enfant et ont beaucoup de mal à faire confiance aux services sociaux. La plupart des intervenants en conviennent :

Elles ont peur du placement, bien sûr, elles sont pas folles, hein ! On leur a dit partout qu'on allait leur enlever...
Puéricultrice PMI, entretien n°6.

Pour les femmes qui ont connu le placement, ou qui l'ont expérimenté dans leurs relations, la défiance vis-à-vis des services hospitaliers s'exprime un peu différemment ; elles ne peuvent pas ne pas faire suivre leur grossesse, ce qui serait perçu comme le premier acte de maltraitance, mais elles évitent de rencontrer les intervenants qui leur paraissent les plus « dangereux ».

L'assistante sociale, c'est le placement de l'enfant, il y a une certaine connotation hein, pour les femmes qui ont déjà vécu auparavant des placements d'enfants, l'assistante sociale c'est la loi, c'est la justice, c'est... C'est le premier maillon vers, hein, hein, la psychologue moins.
Cadre sage-femme, entretien n° 10.

La méfiance est généralement totale vis-à-vis des services perçus comme « captateurs d'enfants », en particulier l'Aide sociale à l'enfance et le service éducatif qui assure le suivi des mesures en milieu ouvert. Voici deux extraits de l'interview de Brigitte, qui montre bien cette angoisse permanente, nécessitant de se composer un rôle et de veiller à être « conforme » lors des entrevues avec l'éducatrice qui la suit :

Non, je la connais moins bien. Et puis, c'est plus, c'est plus réservé quoi. Avec [assistante sociale], je m'exprime clairement, tandis qu'avec cette dame-là je prends quand même des pincettes, je fais attention à ce que je dis quoi,
- Ah vous avez une méfiance ?

Oui, j'ai une méfiance vis-à-vis d'elle

- Pourquoi, parce qu'elle vous voit dans le cadre d'une mesure judiciaire ?

Tout à fait madame,

- D'accord. Et comment vous percevez son rôle, elle est, vous la jugez plutôt comme quelqu'un qui vous surveille ?

Non, je la juge comme quelqu'un qui, comment on pourrait dire, qui surveille à ce que tout se déroule bien, pour les enfants.

- D'accord, elle vérifie que ça se passe bien pour les enfants ?

Voilà, qu'ils manquent de rien, qu'ils aient leurs petits soins quotidiens, leur équilibre,

- Et alors, qu'est-ce qui se passe, vous lui amenez les enfants, elle vient à domicile ?

Non, elle vient à domicile, elle vient me voir ou on va manger au Mc Do¹⁰⁹, elle m'invite souvent au Mc Do, manger une glace, euh, et puis on discute comme ça, gentiment, quoi. Oui elle est très gentille en plus.

- D'accord. Mais quand même vous la percevez comme quelqu'un...

Ben je fais attention parce que euh, je sais que, si, il se passe quelque chose, ils seraient capables de me les retirer mes enfants, et puis alors là ben j'en mourrais. J'en mourrais.

- Vous pensez toujours ça ? Vous pensez toujours qu'on risque de vous les retirer ?

J'ai peur qu'on me les prenne .../...

J'ai cette réticence parce que c'est l'administration, c'est l'administration et ils sont fermes et stricts, et je peux pas leur exposer des problèmes psychiatriques aigus, quand je me mets à délirer, des choses comme ça, que je me retrouve hospitalisée, euh, j'ai toujours peur qu'on me les enlève, parce que dans ces cas-là, je peux plus m'en occuper.

Brigitte, entretien n° 10.

Le dialogue avec la mère, ou les parents, est indispensable pour les intervenants, et, en cas de besoin, ils n'hésitent pas à employer « *la manière forte* » quand cela est impossible. Ce dialogue se veut le plus clair possible, il n'est pas question d'approuver la toxicomanie, ni d'en minimiser les implications comme certaines mères tentent de le faire en banalisant totalement leur consommation.

On les entoure avec leur accord et la compréhension, on leur dit que voyez c'est forcément fragilisé. En fait, mon principe, c'est de dire que j'ai bien entendu qu'ils étaient toxicomanes, et que je considère que c'est un danger pour l'enfant enfin quand même et que, quand ils peuvent aller mal, là ils me montrent qu'ils vont bien, mais je sais très bien qu'ils vont aussi très mal quand ils se piquent, ils se piquent et que l'enfant est.. et je le dis.

[Question : Et ça ils l'entendent ?]

Ils en sont conscients.

Puéricultrice consultation PMI, entretien n° 6.

Pourtant, aussi bien dans les récits des femmes que dans ceux de certains intervenants en toxicomanie, l'incompréhension et le poids des normes chez certains intervenants sont tels que le placement paraît, à chaque nouvelle naissance, inéluctable, et s'inscrit dans une sorte de spirale sans fin.

¹⁰⁹ - Il est impossible de prévoir des rencontres régulières dans les services de l'ASE par manque de place et d'activités pour les enfants. Les éducateurs proposent des rendez-vous dans des lieux publics, squares, zoos, etc. ou dans des fast-foods où ils peuvent laisser les enfants jouer, observer la mère et le comportement en public des enfants.

b) Le déni

Pour qu'il soit possible de travailler avec les parents, en obtenant leur accord sinon leur adhésion au projet, les intervenants considèrent qu'il est indispensable que ceux-ci reconnaissent leurs difficultés et le fait qu'ils mettent en danger leur enfant, mais c'est loin d'être toujours le cas.

Non, c'était des parents qui étaient suivis en assistance éducative, en milieu ouvert, et qui jouaient pas avec nous, qui étaient pas tout à fait franc jeu quoi, c'est-à-dire que bon on savait qu'ils étaient toxicomanes mais eux ils étaient un peu dans le déni, ils faisaient comme si tout allait bien, ils faisaient comme si...
Juge des enfants, entretien n° 18.

Le déni peut également être formulé sous la forme d'une injustice dont serait frappée la femme, en particulier quand elle se compare à d'autres, qu'elle estime dans des situations plus graves que la sienne. Ce fut le cas de Sophie, rencontrée en centre de soins, qui n'était pas en état d'accepter un entretien, mais avec laquelle j'ai pu échanger quelques minutes dans le couloir (elle était très vindicative). Mes notes de terrain me permettent de reconstituer le dialogue, en grande partie avec les termes qu'elle a utilisés, que j'avais notés aussitôt après :

Oui, les autres c'est des vraies camées, on leur laisse leur enfant. Moi c'est des salauds. La prochaine fois je leur dirais rien, je vois pas le médecin, j'accouche seule chez moi et ils pourront pas me le prendre.
Sophie, notes de terrain

Sophie se compare à d'autres femmes suivies par le centre, telles qu'elle les percevait. Les « vraies camées », ce sont celles qui prennent de la drogue. Elle, prend de la méthadone, mais consomme de manière non contrôlée de l'alcool (elle sent très fortement l'alcool lors de notre rencontre) et des médicaments. De plus, elle est en voie de clochardisation, elle est pieds nus au mois de mars, avec un très vieux manteau de fausse fourrure, non lavée, d'une maigreur extrême, les dents abîmées. Sa voix est pâteuse et, de fait, il est impensable d'envisager un enregistrement qu'elle refuse de toute façon avec colère, en disant que ça ne servirait à rien. Elle a une fille de trois ans, placée.

c) « C'est mieux pour lui »

Une autre forme du déni consiste pour la mère à reconstruire la solution du placement comme la meilleure pour l'enfant, puisqu'elle même n'était pas capable de s'en occuper. Souvent d'ailleurs, les femmes interrogées quelques années après déclarent avoir elles-mêmes demandé le placement, sans que l'on puisse vérifier s'il ne s'agit pas d'une reconstruction rendant acceptable cette séparation d'avec l'enfant. Dans les recherches sur les prostituées, on retrouve cet élément, quelques années après les femmes affirment avoir elles-mêmes demandé le placement de leurs enfants (Pryen Stéphanie, 1999) ; (Doitteau Nolween et Damant Dominique, 2005).

D'autres reconstruisent leur histoire, soit en trouvant une raison plausible qui ne les remettent pas trop en cause, soit en supposant que la famille d'adoption sera une meilleure famille. Ainsi, Christine, après avoir choisi de présenter le placement de son aîné comme une conséquence directe de sa séropositivité (ce qui ne l'implique pas

compte tenu des circonstances de sa contamination), conclut sur le fait qu'il a sûrement une vie meilleure, dans la famille d'accueil :

Et ça m'a fait mal. Quelque part il a un papa et une maman et je préfère qu'il ait l'amour d'une mère et d'un père, de parents qui...

[Intervention : C'est des gens qui généralement ont voulu très fort un enfant]

Et puis il faut avoir quand même un budget pour pouvoir adopter un enfant, je me dis, je préfère qu'il soit avec eux, qu'il ait une vie, pas celle-là.

Christine, entretien n° 12.

La reconstruction acceptable pour Christine, dont l'enfant a été déclaré judiciairement abandonné parce qu'elle avait fugué du foyer mère-enfant qui l'accueillait, est que l'enfant lui a été retiré parce qu'elle était séropositive, avec donc une faible espérance de vie, et que les services ont préféré placer tout de suite l'enfant pour qu'il soit adopté. L'argument de la vie meilleure dans une famille plus aisée est le même que celui retrouvé dans les études portant sur les petits mots accompagnant les enfants abandonnés.

d) L'épreuve de force

Dans la mesure du possible, les services essaient de négocier avec la mère leur demande d'ordonnance de placement provisoire. La mesure, pourquoi elle est demandée et qu'est-ce qui va se passer est expliquée, mais bien sûr elle engendre des conflits et peut ne pas être du tout acceptée.

Quelquefois, la demande de placement provisoire est imposée à la famille, quitte pour le service à « jouer le rôle du méchant » et celle-ci est mise à distance :

Oui, bon les placements, ce qui est, ce qu'on veut éviter, dans la mesure du possible, c'est les placements décidés arbitrairement, sur des bons arguments, et arbitrairement par l'équipe et refusé par les parents, non acceptées par les parents parce que là c'est des situations conflictuelles quoi qu'on ait rarement un fusil, et surtout ça aggrave la situation familiale qui est vécue comme une sanction, comme ils en ont connues auparavant, hum on est vécu comme des équivalents de flics, et de justice, enfin

[Question : et les parents ils acceptent ce genre de décision ?]

Non, la plupart du temps c'est très conflictuel et on leur dit maintenant c'est le juge, voilà pourquoi on a décidé ça, ça peut aussi être un dialogue où on se comprend. [.../...]. Ils peuvent aussi venir de façon violente et l'emporter. C'est, ça m'est arrivé une fois dans toutes ces années, enfin c'est rarissime et c'est le juge, le juge pour enfants va, après cette OPP d'urgence, va instruire le dossier, recevoir les parents, faire faire une enquête par la brigade des mineurs ou par le SSE, se faire une opinion. Enfin et on dit aux parents, écoutez, maintenant ce n'est plus nous qui décidons, on n'a même plus le droit de transférer d'urgence votre enfant ailleurs, de signer la sortie, maintenant, négociez avec le juge.

Médecin, entretien n° 1.

Cette épreuve de force peut se manifester à n'importe quelle étape de la procédure, dès l'hôpital, quand l'équipe manifeste son intention de faire un signalement, comme au cours de la procédure judiciaire.

Dans un dossier judiciaire, une AEMO a été prononcée puisque les deux parents étaient présents, mais tous deux toxicomanes. Le niveau de danger encouru par les enfants augmentait rapidement. La même famille avait fait l'objet de deux nouveaux signalements après la saisie du juge et la mesure en milieu ouvert, les parents étant partis dans l'errance. Finalement, le juge prononce une ordonnance de placement provisoire, mais qui n'est pas exécutable car la mère a disparu avec les enfants. L'enquête de police n'aboutit pas, la mère ne loge plus dans son hôtel précédent, la chambre qu'elle a laissée est décrite comme un taudis par les policiers qui y ont accédé. La police signale quelque temps après qu'elle a été interpellée à la gare St Lazare faisant la mendicité avec son dernier bébé¹¹⁰. Le juge rend alors une ordonnance aux fins de recherche et de conduite. La mère est interpellée et les enfants immédiatement conduits à l'Aide sociale à l'enfance.

2) La violence du placement

Ce premier tour d'horizon autour de cette problématique resterait incomplet en ignorant que le sujet abordé n'est pas facile émotionnellement, et que l'on ne traite pas de ces « *souffrances autour du berceau* »¹¹¹ de manière neutre et bienveillante.

La plupart des rapports récents sur la question de la protection de l'enfance abordent cette question, ou du moins ne l'évitent pas, renvoyant en miroir la souffrance des familles et celles de professionnels : le placement de l'enfant est une épreuve subie et partagée. Voici les propos du rapport Roméo : « *Advienne la séparation de l'enfant avec sa famille et le champ de la protection de l'enfance peut se transformer en cercle vicieux de la maltraitance : la maltraitance familiale subie par l'enfant se doublant parfois, à l'intérieur même du dispositif cette fois, d'une négligence voire d'une maltraitance institutionnelle subie ou agie, en tout cas vécue par les enfants, les parents et les professionnels eux-mêmes, tous victimes d'une violence autant réelle que symbolique* » (Romeo Claude, 2001), p. 13.

Certains de nos interlocuteurs, ont explicitement exprimé leurs sentiments à ce propos, souvent une détresse face à ces situations difficiles. Le placement d'un enfant est vécu comme un échec de leur travail, même s'ils sont sûrs de faire au mieux. La plainte la plus récurrente était le non retour sur les situations dont ils se sont occupés, ne leur permettant pas réellement d'appréhender la suite ou simplement d'avoir des nouvelles, après un investissement souvent effectif, parfois long.

Nous avons pu observer une tendance des équipes à prendre fait et cause pour la mère ou pour l'enfant, selon que leur fonction les conduit à prendre en charge l'un ou l'autre. Mais dans tous les cas, leur implication peut les entraîner dans un investissement affectif non maîtrisé. Voici comment l'expliquait une psychiatre, en montrant que le conflit était assez inévitable entre les différents protagonistes :

Nous avons pour principe que le conflit puisse vivre et s'exprimer comme tel. Que la question que j'ai, ou que je n'ai pas d'ailleurs est que les pouponnières ce sont des abris pour les petits enfants, donc tout ce qui peut faire mal aux petits enfants est hostile à la pouponnière. Ça, c'est commun à l'obstétricien qui déteste que les femmes toxicomanes accouchent de petites crevettes qui pèsent 1kg200 et qui

¹¹⁰ - Sur une information à la PMI d'une autre jeune mère, qui la connaissait et l'avait reconnue dans les couloirs du métro.

¹¹¹ - Par référence au titre de l'ouvrage de Martine Lamour (1998).

sont en manque. Pour un obstétricien, c'est insupportable, d'aider à mettre au monde un petit enfant qui souffre, donc il en veut à la maman. Parce que sinon il aurait décidé de faire un autre métier ! Hein ! C'est-à-dire que je crois qu'il y a des moments où les choix professionnels des gens, on va appeler ça les vocations, sont attaquées par ce que les gens vivent. Alors je dis pas que c'est bien d'en vouloir à la maman,

C'est,

Çà ne peut pas en être autrement. C'est une attaque personnelle ! Moi, je suis une puéricultrice et je vois une maman raide défoncée et le bébé qui est à moitié par terre comme ça et je m'énerve, parce que j'ai décidé d'être puéricultrice. Quand j'ai décidé d'être psychiatre et de m'occuper de toxicomanes je suis morte de rire, parce que je ne suis pas puéricultrice, j'ai décidé d'être psychiatre et je la trouve follement drôle cette nana, d'accord ! En revanche je vais en vouloir à l'obstétricien qui est méchant avec la petite dame que j'aime tellement et que je suis depuis dix ans, et qui a fait tellement d'efforts déjà.

[Ben oui !]

Ben oui, et je pense qu'il faut comprendre pourquoi a un moment donné l'autre est attaqué, repérer qu'il a été attaqué et lui donner un peu de temps pour se reprendre.

Hum

Parce qu'il y a quelque chose de fondamental en nous, et c'est pas la même chose pour la pouponnière, hein, qui va être entamé, et c'est là, ce respect de l'autre professionnel, qui n'a pas les mêmes choix que moi. Moi j'ai décidé de parler avec des fous, c'est pour ça que je suis psychiatre, mais les autres ils en ont peur... C'est pas le même métier et donc on est pas sur les mêmes voies.

Psychiatre, entretien n° 34.

Les femmes rencontrées, comme les professionnels, ont au fil des entretiens exprimé leurs difficultés face à cette mesure qui, même lorsqu'elle n'implique pas une séparation définitive, est difficile à vivre.

A- Le vécu du placement par les mères

Le placement, quant bien même serait-il négocié ou préparé, constitue pour les mères une épreuve et surtout une atteinte très forte à leur estime de soi (souvent déjà défaillante, nous l'avons évoqué). En effet, outre la séparation d'avec l'enfant, vécue par certaines comme un deuil, puisqu'elles ont des difficultés à se projeter dans l'avenir, c'est leur capacité à être mère qui est ébranlée. Et souvent, pour surmonter cet échec, la seule ressource qu'elles auront sera de refaire un autre enfant, dans une tentative de réparation de la douleur imposée.

a) La violence et le discrédit

Tous les rapports relatifs au placement, tous les intervenants qui donnent la parole aux parents d'enfants placés rendent compte de ce que les familles le perçoivent comme étant une violence institutionnelle. « *De fait, même si globalement les dossiers d'assistance éducative sont bien tenus et les juges des enfants font sérieusement leur travail, tous les parents rencontrés ont décrit cette intervention comme violente, impression renforcée par le fait d'être seuls, et sans droits, ou « victimes de préjugés », face à une machine juridico-administrative* » (Naves Pierre et Cathala Bruno, 2000). Une des premières violences faites à ces familles est de les priver de l'accès aux écrits les concernant, et ce, jusqu'en 2002. Bien que les choses

commencent à s'améliorer lentement, l'absence de contradiction¹¹² dans ces procédures contribue à cette impression d'être laminés¹¹³ par une administration toute puissante (cf. *troisième partie*).

Oui ais, ben mes enfants ils me connaissent, surtout mon fils, ils savent que je suis une enragée et que, ben je les lâcherais pas ça c'est sûr, mais je suis une enragée vis-à-vis de l'Etat, j'ai la rage, même si je fais tout ça là, j'ai la rage, parce que je me dis ils ont fait une faute qu'ils auraient pas dû faire, ils auraient du me mettre au pied, mais pas ça. Je te jure faire même un troisième trou au cul, je t'assure ce qu'ils veulent mais pas ça, ça c'était mon cœur, c'était ma chair, t'imagines pas, j'ai mis deux ans à remonter, deux ans ! Mon fils il me voyait comme ça, je pleurais, Après ils disaient, attend, il faut qu'elle voit ses enfants c'est un traumatisme, les gamins ils voyaient leur mère, (elle hurle) tu vois, après obligée de me dire, Carole, tu verras plus tes enfants si tu pleures, c'est comme ça. Mon fils, il me disait maman tu viens aux toilettes tu pleures dans mes bras, il faut pas pleurer devant ces gens-là. Mon enfant qui disait ça, qui est plus fort que moi et qui monte là-haut, pour pas me dire au revoir et qui va pleurer dans son coin ! Et qui le console ? Qui ? Quoi, tu vois j'ai la rage, parce que je suis impuissante. J'avais juré à mon fils que personne ne toucherait, et voilà. Tu vois, j'ai juré et...

Carole, entretien n° 39.

Les professionnels médico-sociaux rencontrés n'abordent pas dans l'ensemble la question de la violence qui est vécue par les femmes lors du placement. Pour eux, c'est quelque chose qu'il faut faire et sur lequel on ne glose pas, un moment désagréable, motivé par le bien de l'enfant. Aucun d'entre eux n'a exprimé de compassion directe à l'égard de ces femmes, dans les récits de cas qui nous ont été livrés, à l'exception d'une auxiliaire de puériculture très marquée par la violence de ces mesures (cf. *infra*). Par contre, les intervenants en toxicomanie, plus dans l'écoute de la femme, ont généralement décrit le placement comme un acte de violence. C'est le point de vue que développe également un ancien juge des enfants :

C'est tellement dur que, parce que bon, ces femmes-là n'ont que cet enfant-là quelque part comme point d'accroche à la vie, et on leur enlève ça quoi. C'est finalement ce qui est assez pénible et douloureux, chez ces familles pauvres, qui n'ont d'autre richesse que leur propre enfant, on leur enlève cette richesse-là, et on leur enlève une part d'elles-mêmes, pour ces femmes là, et là, là on sent, enfin il y a des situations. Moi, j'ai eu moins de situations lourdes comme ça à [ville], enfin j'en ai eues, mais alors dans les zones rurales où j'étais avant, il y avait beaucoup d'alcoolisme et c'était très, très, très dur, perçu comme un acte de violence quoi, et alors là c'est pas évident, c'est pas évident. Et alors certaines, certaines oui, c'est pas évident de travailler. Nous ce qu'on faisait, c'était, comment travailler quelque chose qui est de l'ordre de la place du parent...

Magistrat, ancien juge des enfants, entretien n° 17.

Bien que les textes prévoient que dans la mesure du possible le placement soit préparé entre les équipes et la mère, de fait, dans une situation analysée comme une urgence, une ordonnance de placement provisoire va être obtenue en quelques heures auprès du parquet et les services vont empêcher la sortie de l'enfant.

¹¹² -Au sens juridique de ce terme, de la contradiction des débats : en présence des deux parties (ici la mère et l'administration).

¹¹³ - Au sens figuré : diminuer jusqu'à détruire, ruiner la santé de quelqu'un, ses forces physiques ou psychiques (Larousse).

La loi de 2002 exige maintenant qu'en cas d'ordonnance de placement provisoire prise par le parquet, le juge soit saisi dans les huit jours et la famille convoquée par celui-ci dans les deux semaines. Cela fait trois semaines pendant lesquelles la mère, ou la famille, n'a plus accès à l'enfant, les visites lui étant refusées, par crainte d'un enlèvement. Ce délai pouvait être beaucoup plus long, précédemment, en France, comme dans les autres pays européens. Ainsi, dans une affaire portée devant la Cour de justice européenne, des parents allemands se sont vus privés brutalement de leurs enfants pendant six mois et ont ensuite obtenu un droit de visite d'une heure par mois¹¹⁴ (Laurent Catherine, 2004).

Dans ces conditions, la mère se retrouve impuissante à négocier les conditions de la séparation et ressent celle-ci comme un chantage. Voici le récit de Farida sur cet épisode :

L'ASE est venue en voiture, top, madame s'il te plaît donne-moi le bébé, non moi je te donne pas le bébé et après lui m'a dit vas y, vas y ça vaut mieux il vient la police, ou il vient, en voiture il est venu, je connais pas le SAMU social je sais pas comment les couleurs, par contre l'ASE...

[Et il y avait pas de juge ?]

Si, non, après, après

[Après ?]

Après l'a dit, madame faut qu'on travaille ensemble. Pour l'instant ça va pas toi ta tête, alors ton enfant on le prend pas définitif, tu fais ta vie, on travaille ensemble et voilà c'est ça, nous on travaille ici, ton enfant y dort là, par contre toi tu dors. Pour les contacts quand tu veux ton enfant, toi tu travailles avec nous.

Farida, entretien n° 32.

Bien que le placement soit présenté comme une aide à la famille, au moins à l'enfant, la majorité des mères rencontrées au cours de cette recherche, l'a ressenti comme une punition. Elles culpabilisent d'autant plus qu'elles se considèrent comme responsables de ce qu'elles imposent ainsi à leurs enfants (une séparation brutale, souvent une vie collective), d'autant plus quand elles ont, elles-mêmes, été placées ou abandonnées. Une recherche sur les placements en général montre également que les parents projettent leurs sentiments sur les enfants, qu'ils imaginent ressentir cet abandon : « *Cet épisode est lié à un sentiment de perte, souvent signifié en terme d'effondrement, en particulier au moment de l'annonce. De plus, les parents vont souvent faire un rapprochement entre ce qu'ils ressentent et la douleur qu'ils imaginent à leur enfant : leur peur d'être oubliés par l'enfant rejoint le sentiment d'abandon qu'ils lui prêtent* » (Mackiewicz Marie-Pierre, 1998).

Zohra exprime très bien ce sentiment, en imaginant des moments de détresse de ses enfants où elle n'est pas là pour les consoler :

Et euh, et c'est vrai que ben, aussi de voir tous les autres enfants, j'ai vu une petite une fois avec son nounours, qui se balançait dans les escaliers et qui pleurait parce que euh, elle attendait son papa et qu'il est pas venu, et me souvenir que mes enfants ont pu vivre, ils ont eu des moments comme ça, et oh ! Voir à quel point ça a été difficile pour eux, aussi... parce que je crois que ça a été difficile

¹¹⁴ - Ce sont des fermiers ayant un élevage de poules. L'assistante sociale a estimé qu'ils étaient trop frustes pour élever convenablement des enfants. Ils s'étaient signalés à son attention car, conscients de leur faible niveau d'éducation, ils avaient sollicités de la mairie une aide aux devoirs (l'aîné ayant six ans). Ce sera un élément essentiel de la décision de la juridiction leur ayant rendu leurs enfants que de constater qu'ils avaient eux-mêmes essayé d'améliorer la condition de leurs enfants. L'autre argument étant, que pour avoir réussi à saisir cette Cour, donc après tous les autres recours nationaux, ils ne devaient pas être si attardés que ça !

pour eux, et ce qui est difficile maintenant c'est quand on leur demande, on demande à des enfants en pleine construction d'accepter, alors qu'ils sont eux-mêmes en pré-adolescence, dans le stade de la construction, c'est un peu dur ! Je crois que c'est un peu difficile !

Zohra, entretien n° 33.

Le placement est également pour la mère une très forte disqualification, la preuve de son incapacité à être mère, la non reconnaissance de sa place de parent. Beaucoup de récits décrivent la honte ressentie, les difficultés avec le voisinage, etc. Comme le montre S. Paugam, cette preuve de ce que l'on n'est pas à la hauteur est réactivée par chaque visite au travailleur social (Paugam Serge, 1991).

Pour Carole, le placement est d'autant plus une punition qu'elle a commis un délit et que dans son esprit, ce sont ses enfants qui ont été punis, et qui le sont encore, même si elle ne reconnaît pas qu'elle était violente également avec eux.

En plus, je n'accepte pas du tout cette séparation-là, c'est de ma faute, c'est moi qui devait aller en prison et c'est eux qui sont enfermés

[Ah tu vois ça comme ça ?]

Et les enfants ils le voient comme ça aussi

[Et il y a pas de moyens de demander une famille d'accueil ?]

Non, non j'ai pas confiance

[T'as encore moins confiance dans une famille d'accueil ?]

Moi, j'ai été placée à l'ASE et à l'époque c'était les orphelinats, comme j'étais un enfant dur c'est passé jusqu'en Suisse, et je suis allée dans une famille d'accueil, j'ai été séparée de ma sœur jumelle, et là j'ai été dans une famille d'accueil, qu'on m'a battue, battue hein ! Au bout de dix ans, je les ai tapés, j'avais 14 ans, je les ai tapés les deux, je suis revenue en France. Et là je suis partie en famille d'accueil super, hein !

Carole, entretien n° 39.

Les deux éléments sont présents dans ce dialogue avec Carole. Tout à la fois, elle ressent le placement comme une punition, pour elle mais surtout pour ses enfants. Et puis, cela la ramène à sa propre histoire, sur laquelle elle fonde son refus d'une famille d'accueil pour ses enfants. Même si sa deuxième expérience de famille d'accueil, comme celle de sa sœur dont elle me parlera aussi, est plus positive, le placement réactive ce passé.

Il ressort de nombreuses études, comme des propos que nous ont tenus les femmes rencontrées que le deuil de la perte des enfants, y compris lorsqu'elle est temporaire, ne peut pas se faire et que la culpabilité est énorme. Voici ce que relèvent les auteurs d'une recherche sur des femmes prostituées et toxicomanes : « *Les raisons expliquant la perte de l'enfant sont comprises mais mal acceptées. Ainsi, le deuil ne semble pas être fait. Cette perte est un élément central du discours de ces femmes* » (Doitteau Nolween et Damant Dominique, 2005).

Etre mère est pour ces femmes bien souvent le seul statut social auquel elles pouvaient prétendre, en l'absence d'emploi et de vie de couple. La perte de ce statut, par le placement des enfants, est une disqualification d'autant plus violente, les renvoyant à ne se percevoir de nouveau que comme toxicomane. Or, comme le remarque Olivier Bonnin : « *En somme, les atouts spécifiques aux femmes pour faire face à la précarité renvoient finalement à des rôles très traditionnels. Ce n'est pas en tant que travailleuses qu'elles ont le plus d'espoir de s'en sortir – mais bien plutôt en tant que mères... Mais dans le même temps c'est en adoptant des rôles traditionnellement dévolus aux femmes qu'elles peuvent le mieux espérer reprendre*

piéd dans la société »¹¹⁵. Certaines vont perdre pied à la suite du placement comme nous le montrent leurs trajectoires.

b) Les grossesses de remplacement

A peu près tous nos interlocuteurs évoquent la répétition des grossesses chez les femmes dont les enfants ont été placés, elles gardent l'espoir qu'en faisant évoluer leur situation elles gagneront le droit d'en garder un. Leur désir d'enfant, qui bien souvent était à l'origine de la grossesse n'est pas satisfait et émerge inlassablement.

Des fois il y a une incapacité réelle à s'occuper de l'enfant, qui permet à cette situation de... et puis ensuite, les femmes elles refont un enfant et puis ainsi de suite (rires). Voilà en gros.
Médecin, entretien n° 4.

La même problématique est évoquée concernant les femmes séropositives, l'évolution des mentalités, de l'accueil par les services, les possibilités thérapeutiques et les traitements de substitution ont manifestement amené un assouplissement des pratiques de signalements de la part des soignants et donné à nombre de femmes l'espoir de pouvoir avoir un autre enfant dans de nouvelles conditions. On assiste alors à des grossesses répétées ou au contraire, à de nouvelles grossesses, plusieurs années après que les enfants aient été placés. Quelquefois il s'agit également d'un nouveau couple que la femme a pu construire et qui lui permet d'envisager qu'elle pourra être mère dans ces nouvelles circonstances :

Ah non, parce que le VIH si finalement j'entends le discours des médecins de médecine générale s'ils disaient avant il faut recourir à l'interruption de grossesse, maintenant la position même avant qu'il y ait les traitements, donc 94-95, a été finalement autant qu'elles le gardent parce que être enceinte c'est vouloir un enfant, donc on leur fait faire une IVG et elles se retrouvent enceintes trois ans plus tard avec une maladie encore plus évoluée et c'est encore plus grave pour elles et pour l'enfant. Donc, il y a eu cette évolution-là avant l'évolution du traitement. Moi j'avais constaté ça. L'évolution aussi parce qu'on disait de toute façon une fois qu'elles ont fait une fois une grossesse, le désir d'enfant est là.
[Oui au fur et à mesure qu'elles avancent en âge]
Moi je que je constate aussi dans les mères positives VIH et toxico, elles sont pas jeunes ici, elles ont, j'ai envie de dire 35-38 ans. Un certain nombre d'entre elles a déjà un premier enfant qui a entre 10 et 15 ans, qui est placé, et placé bien sûr.
Assistante sociale, entretien n° 3.

En même temps, d'après les professionnels, les femmes prennent un certain recul vis-à-vis des mesures précédentes de placement de leurs enfants, elles tentent ainsi de reconstruire quelque chose :

Oui, et ces femmes souvent sont très critiques par rapport à leur première maternité. Elles n'envoient pas du tout la faute à tous ces gens qui ont placé l'enfant. Rarement elles me disent elle était méchante l'assistante sociale, mais peut être qu'elles me le disent pas à moi, encore que généralement ceux qui nous aiment pas ils se gênent pas pour nous le dire. Mais souvent elles disent, je pouvais pas à l'époque, maintenant ça a changé, c'est un peu un rêve, hein.

¹¹⁵ - Olivier Bonnin, « Femmes au bord de l'exclusion sociale », in *Interdépendances* n° 57, dossier l'exclusion au féminin, 2^{ème} trimestre 2005.

Oui mais elles pourraient jeter la faute sur les autres, justement, elles pourraient dire, on m'a pas comprise, on m'a pas laissé ma chance, et rarement c'est ce discours là. Et maintenant, je sais que ça va bien se passer.
Assistante sociale, entretien n° 3.

Pourtant pour certaines de ces femmes, l'évolution qu'elles perçoivent dans leur vie ne réussit pas à infléchir les décisions. Nous avons déjà évoqué l'impression d'une lourde machine lancée sur ses rails et que l'on ne peut arrêter, avec des histoires de mères ayant eu cinq voire six enfants qui leur sont tous retirés. Les soignants sont très conscients de ce risque de dérive, qui consiste à ne pas méjuger les autres services sociaux en prenant une décision différente.

Ce qui est plus difficile je dirais moi, me semble-t-il, c'est essayer d'éviter la répétition, c'est-à-dire une femme à qui on aurait déjà retiré un premier enfant, euh, là c'est plus difficiles pour celles-là parce que je dirais qu'elles sont déjà un petit peu dans le collimateur, eh oui et souvent celles-là elles nous disent, pas toutes, mais j'ai fait un effort, etc. vraiment c'est pas possible quoi, qu'on m'enlève celui-là. Alors on essaye d'être tout à fait positif et de leur dire que ce n'est pas systématique mais qu'il va falloir drôlement qu'elles nous prouvent qu'elles sont compétentes entre parenthèses, pour ne pas reproduire là aussi le, ce placement.

Cadre sage-femme, entretien n° 16.

Avec cette sage-femme, nous avons évoqué à ce moment de la discussion le film *Ladybird*¹¹⁶ qui montre le tragique de cette répétition, les services sociaux ne prenant pas en compte la situation au moment de la nouvelle décision mais inlassablement des analyses, anciennes, erronées, sur l'incapacité de cette femme à être mère. Cette femme n'est par ailleurs ni toxicomane ni alcoolique, mais a eu à un moment de sa vie un conjoint violent. Elle a le courage de fuir mais c'est pour se retrouver dans un foyer de l'assistance sociale, dans une chambre avec quatre enfants. C'est là que l'accident arrive, elle laisse les enfants quelques heures et la chambre prend feu, un enfant est brûlé dont on lui retire immédiatement la garde. En désespoir de cause, elle retourne chez son ex conjoint, précipitant les événements pour qu'on lui retire les trois autres. Quelques années plus tard, alors qu'elle a un nouveau conjoint et un appartement décent, on lui retirera encore deux autres enfants. Au final, après le placement de six enfants, elle parviendra avec son nouveau conjoint à en garder trois. Il lui aura fallu neuf grossesses pour assouvir son désir de construire une famille.

Plus proche dans le temps, dans la cohorte des femmes substituées étudiées en 1998-1999, une mère accouche de son dixième enfant, les huit précédents étant placés (Lejeune Claude, Simmat-Durand Laurence, 2003). Voici les éléments dont on dispose à partir du recueil de données effectué pour la recherche « grossesse et substitution » :

Il s'agit d'une femme née en 1964, donc âgée de 34 ans au moment de son accouchement, observé en 1998. Elle est de nationalité sénégalaise. Il s'agit de sa dixième grossesse, après une IVG et 8 enfants nés vivants. Deux sont dans sa famille et six placés. La personne qui a rempli le dossier a inscrit « père souhaitait l'IVG. Rupture avec la maman en début de grossesse. Rupture de contact au cours de l'hospitalisation (la suite est illisible) ». Avant l'accouchement, elle sera de ce fait hospitalisée en UMB (pour dépression). Elle indique consommer des opiacés (héroïne sniffée) depuis l'âge de 29 ans (après un accouchement) et a commencé un traitement de substitution au troisième trimestre de cette grossesse (Subutex,

¹¹⁶ Film de Ken Loach, voir en annexe.

prescrit par un CSST). Elle consomme également du Neocodion et de l'Antalvic en automédication. Après 19 jours d'hospitalisation de la petite fille née à terme pour syndrome de sevrage, la mère et l'enfant réintègrent l'UMB.
Lejeune Claude et Simmat-Durand Laurence, 2003, questionnaire.

Le dossier peut paraître atypique, l'origine ethnique de la femme pouvant être perçue comme une cause suffisante pour les grossesses répétitives (du fait d'un pays d'origine au nombre d'enfants par femme élevé). On peut également penser que la culture de cette femme l'amène à souhaiter une famille nombreuse. Par contre, il n'est pas possible de repérer ici la cause du placement des enfants précédents.

Pour d'autres femmes, même si les grossesses peuvent être conçues comme un remplacement de l'enfant qu'elles n'ont finalement pas eu, ces répétitions peuvent aussi montrer un rapport difficile à leur corps. Elles refont des enfants sans espoir de les garder (ou en l'absence de contraception ?), tout en disparaissant dès la naissance.

Parce que là ce bébé a été abandonné, purement et simplement, hein !

[Oui, pas sur la voie publique mais...]

Oui à l'hôpital, alors que la maman, elle a su téléphoner une fois quand même, donc elle sait où est son enfant, elle sait qu'elle peut venir. Mais je pense qu'elle sait aussi qu'elle a pas les moyens, c'est toujours un peu dramatique parce qu'en même temps c'est une grande souffrance chez ces femmes et que la drogue c'est aussi un moyen de se mettre des œillères sur la réalité, mais cette réalité elles l'ont pas oubliée.

C'est des mamans qui ont d'autres enfants, hein ! Cette maman-là, dont le bébé est là, a déjà deux petits garçons... placés. La maman dont je vous ai parlé qui a pu être récupérée par la grand-mère paternelle, euh, elle aussi avait déjà trois enfants placés, de pères différents à chaque fois. Vous voyez, c'était son quatrième enfant...

Assistante sociale, entretien n° 3.

Enfin, la grossesse de remplacement peut être, à un moment donné, l'unique moyen pour tenter de ne pas sombrer totalement après la douleur causée par le placement des enfants. C'est dans ce sens que Carole a conçu sa troisième grossesse, comme une ultime tentative, après l'errance et la drogue, pour reconstruire quelque chose :

Oui, j'avais envie d'un bébé, et j'avais envie d'un bébé

Oui, c'était la seule solution puisque le mec ne suffisait pas. Puis, plus j'allais voir mes enfants, plus j'allais mal.

Carole, entretien n° 39.

L'assistante sociale du secteur avait bien repéré la finalité de ce projet de grossesse, ainsi qu'elle nous l'a exposé :

Quand je lui ai demandé si cet enfant était désiré et dans quel esprit il était arrivé, elle m'a dit que c'était que le fait de lui avoir retiré les deux enfants était un déchirement pour elle, c'était justement pour elle un moyen de sortir de la dépression et une compensation par rapport au placement des deux autres enfants.

Assistante sociale polyvalente, entretien n° 42.

En écho à cette souffrance des mères séparée de leurs enfants, la souffrance des professionnels pour qui ce dénouement est un échec montre également le vécu douloureux de ces mesures.

B- La souffrance des équipes

La peur du placement est également une réalité pour les équipes, pour qui cette mesure représente un échec de leur travail. De ce fait, sont sélectionnées à l'entrée de certaines institutions, les personnes pour lesquelles le travail devrait aboutir de façon positive. Les femmes toxicomanes étant repérées comme une sous-population dans laquelle les échecs sont nombreux, certains centres maternels par exemple, préfèrent ne pas tenter la prise en charge.

Mais au-delà du placement en tant que tel, c'est tout le processus de décision que le rapport Naves met en cause : « Au total ce qui a frappé la mission c'est l'**absence de prise de risque éducatif** à laquelle s'autorisent les professionnels. Parquetiers, juges des enfants, inspecteurs de l'enfance, travailleurs sociaux et éducatifs ont à la fois **peur** du placement, peur de mal faire, peur de la dégradation de la situation familiale, peur de la violence des parents et des mineurs, peur de leur éventuelle mise en cause pénale... Les assistantes maternelles, quant à elles, ont peur que si elles parlent des difficultés qu'elles rencontrent avec le jeune accueilli on leur retire l'enfant qu'elles accueillent » (Naves Pierre et Cathala Bruno, 2000).

Ainsi, selon cette mission, c'est la solitude du professionnel dans ce travail qui engendre sa souffrance et lui donne un sentiment d'insécurité, qui lui-même sera susceptible d'aboutir à une réponse inadaptée. De plus, depuis une quinzaine d'année, la crainte des conséquences juridiques d'un défaut de signalement de mineur en danger s'est développée.

L'un des médecins psychiatres évoquait les événements traumatiques (le plus souvent le décès du bébé) pour lesquels les équipes n'étaient pas « réparées » et qu'elles ne se sentaient pas capables d'affronter de nouveau. La position consiste alors à éviter les situations pour lesquelles le risque paraît trop important. Une auxiliaire de puériculture, dans un centre maternel, nous a ainsi expliqué le traumatisme subi par l'équipe quelques mois auparavant, un enfant a été brûlé dans sa chambre, sa mère l'ayant laissé seul en fermant la porte à clé, les secours ont été trop tardifs. A ma question, « *avez-vous reçu une aide psychologique, enfin, l'ensemble du personnel, après cet événement ?* » elle m'a répondu que non. J'ai insisté, du fait que la structure dispose de deux psychologues et assez surprise elle m'a dit « *non, c'est pour les patientes* ». Cette maltraitance institutionnelle des personnels est frappante, alors qu'aujourd'hui il est clair que tout événement traumatisant comme un décès dans une école entraîne la mise en place de groupes de parole ou d'aide psychologique pour l'ensemble des écoliers, parents et professionnels.

Une enquête du Conseil supérieur du travail social, ayant reçu plus de 20 000 réponses, exprime ainsi cette violence ressentie dans le cadre du travail : « *Ce qui semble alors le plus insupportable pour les travailleurs sociaux, ce qui les touche le plus directement, c'est la dévalorisation qu'ils peuvent ressentir sur le plan de la reconnaissance professionnelle : être en incapacité de répondre correctement à l'utilisateur (16 %), vivre un sentiment d'impuissance (13 %), ne pas se sentir reconnu dans son travail (11 %), se sentir coupable (10 %) et être atteint dans l'estime de soi (7 %)* » (Conseil supérieur du travail social, 2002), p.116.

En revenant en boomerang, ces peurs et ces représentations négatives des personnels vont amener des passages à l'acte, dans un souci de protection immédiate, avec des retraits d'enfants précipités, sans dialogue avec les parents.

a) L'investissement à perte et l'impuissance

Un thème qui est repris dans plusieurs entretiens est le sentiment qu'ont nos interlocuteurs d'un investissement « à perte », pour des situations qui ne changent pas vraiment, ou en tout cas qui ne se dénouent pas sur la durée de la prise en charge. Ce sentiment amène parfois à considérer ces femmes comme décourageant cet investissement. En voici deux formes, dans deux contextes différents. Tout d'abord, une sage-femme qui veut rationaliser cette impression par le caractère particulier des femmes toxicomanes : elles sont attachantes et donnent envie de s'investir, dit-elle, mais c'est un leurre, une duplicité vis-à-vis des équipes qui s'y laissent prendre (voir en deuxième partie, les représentations des femmes toxicomanes).

Un second exemple est fourni par les propos d'un cadre socio-éducatif de l'Aide sociale à l'enfance, marquée par quelques expériences éprouvantes auprès de femmes toxicomanes, psychiatriques ou décédées du sida.

Çà, c'était une maman qui était très psychiatrique, et qui nous a fait courir ! ils ont un potentiel ces parents à nous faire courir (rires) parce qu'ils sont tellement dans le déni que, quand elle était hospitalisée à [hôpital psychiatrique] elle m'appelait pour que j'aille la sortir, que j'aille la chercher, elle supportait pas, elle supportait pas, alors elle, elle a tout fait, la prison, l'hôpital général, la réa, l'hôpital psychiatrique, toujours dans le déni, arrivant même, moi j'ai du appeler les pompiers quelquefois, en plein entretien, dans un déni le plus total, mais une femme pathétique, je m'en souviendrai tout le restant de mes jours, toutes ces femmes d'ailleurs, on les a tellement accompagnées, on était tellement auprès d'elles et de leurs enfants que, mais ils sont très imprévisibles, donc leur parole, c'est une parole du moment, c'est jamais une parole inscrite dans le temps, c'est compliqué, hein !, pour accompagner parents et enfants dans un, dans une relation comme ça, très, très compliqué.

Cadre socio-éducatif, ASE, entretien n° 19.

La confrontation avec des situations très pénibles, un vécu douloureux dans le travail, ne peuvent à la longue qu'entraîner lassitude et usure. « *Ceci interroge la capacité des personnels à se confronter sur des temps longs à des difficultés graves, parfois à la violence, sans être eux-mêmes « détruits » et sans désinvestir leur travail* » (Conseil supérieur du travail social, 2002), p. 117. Pour reprendre l'expression d'un professionnel rencontré, « *ce ne sont pas des situations où on voit le fruit du travail* » :

Ils sont dans une crainte, oui, crainte oui, parce que ça fait un peu peur hein, une mère toxicomane. Quand j'attribue un dossier à quelqu'un, il voit pas bien sûr d'un bon œil,

[Question : C'est pas l'enthousiasme ?]

Non, non, pas trop, parce que, euh, ben ils ont les échos de leurs collègues qui ont suivi des familles toxico, et puis bon on en parle, de façon pluridisciplinaire, donc ils entendent les difficultés qu'on a à travailler avec, ces familles

Hum

Ils sont pas tellement réjouis, mais bon, ça fait partie du travail

[Question : Mais, c'est parce qu'ils n'ont pas de savoir faire ? ou c'est des dossiers difficiles ?]

C'est pas parce qu'ils ont pas de savoir faire, c'est parce que ce sont surtout des dossiers très difficiles, et je veux parler surtout de l'implication de la famille toxicomane, ce qu'on a pu remarquer c'est qu'ils sont tout le temps de bonnes intentions, mais pschitt, c'est pas, oui, oui, je vais venir et puis ils viennent pas, par moment ils viennent, donc c'est quelque chose où il y a beaucoup d'inertie de la part de la famille, mais dû à leur problématique, et ça on le sait, mais effectivement ce ne sont pas des situations où on voit le fruit du travail qui se met en place rapidement, et les travailleurs sociaux, ils sont terribles pour ça, parce qu'ils travaillent dans une situation, mais il faudrait que deux mois après leur intervention ça y est, il y ait déjà...

Chef de service SSE, entretien n° 43.

De fait, dans certaines situations, l'équipe n'arrive pas à renoncer à son projet bien qu'il ne soit pas très satisfaisant (par une forme « *d'acharnement thérapeutique* »). Quand, en bout de course, le juge des enfants est saisi, comme tiers médiateur, il est étonné de n'avoir pas été averti beaucoup plus tôt.

On me fait le signalement, tout le monde est d'accord, on me fait des synthèses tous les deux mois. Tout le monde est d'accord, l'hôpital dès le départ, la travailleuse familiale, l'AEMO administrative, [association], le médecin de, tout le monde est d'accord pour me demander le placement, en disant que la mère est incapable sur la durée d'élever son enfant, j'en suis convaincue.

Et je leur dis pourquoi vous m'avez pas fait un signalement plus tôt, parce que c'est la veille où il va aller à l'école que vous me faites le signalement. C'est pas cohérent parce que quand même, il est moins en danger quand il est à l'école que quand il est dans sa famille. Alors c'est vrai que dans la journée, il est quand même à [association], c'est une association qui accueille des enfants à la carte, c'est assez bien comme système ils peuvent accueillir à la journée ou la nuit, ils peuvent faire un accompagnement aussi, éducation des parents, il peuvent faire à la carte, c'est assez intelligent (...)

Mais au bout de trois ans, l'enfant va avoir trois ans le 2 juillet, alors je dis ils auraient pu faire ça plus tôt pour moi, c'était plus facile.

Mais les gens, cette femme était tellement attachante, effectivement à l'audience c'était un peu pathétique, que ils ont cru pouvoir travailler. Parce que cette femme elle entend les consignes, elle veut bien faire, elle est capable d'entendre, mais elle entend pas dans la durée. Et dès qu'on est plus là, hop ça y est, l'enfant a déjà du retard, de langage, de tout. Mais on sent que tout le monde a voulu l'aider.

Alors que moi, intervenant, bien sûr sur leur signalement, je me dis, mais moi j'aurai fait le placement beaucoup plus tôt, parce qu'on voit sur la durée. Alors je leur ai dit, alors ce que j'ai cru en recevant votre signalement c'est que vous souhaitiez préserver cette relation, l'attachement précoce, c'est peut être ça. Ils m'ont dit peut être, on sait pas trop. Mais la responsable de cette association que j'ai appelée, m'a dit oui c'est vrai que j'ai été aussi, j'avais l'équipe éducative qui en voulait tellement, c'est vrai qu'on aurait dû faire un placement plus tôt. Mais enfin, le placement s'est fait, mais pas de façon autoritaire.

Juge des enfants, entretien n° 38.

Nous avons évoqué en début de travail la situation où une équipe se retrouve impuissante face à une situation signalée à la justice mais qui n'a pas de suite. Les personnes se retrouvent dans une situation d'impuissance totale, alors que l'enfant leur semble en danger et qu'elles ne trouvent aucun interlocuteur :

Oui mais je vous assure que, mais alors en revanche il y a des moments où moi je suis vraiment, comment je pourrais dire ça, c'est pas scandalisé parce que c'est pire que ça, je suis dans une très grosse colère, parce que les temps de réponse de

la justice sont parfois terriblement longs et pendant ce temps-là l'enfant il reste dans un milieu extrêmement délétère pour lui

[Question : Oui, les enquêtes, etc.]

Voilà, et là ça c'est passé il y a pas très longtemps et, il a fallu que, moi j'ai passé ma journée à envoyer des fax au procureur, au juge pour enfants qui connaissait l'affaire, comme ça bougeait pas, j'ai envoyé au substitut, j'ai téléphoné, une situation qui aurait pu se régler, ça a failli capoter d'ailleurs, qui aurait pu se régler en deux trois heures, ça a mis 48 heures à... et pendant ce temps-là il y avait un enfant tout seul, avec un type qui le connaissait pas, un bébé de quatre mois, quand même, c'est pas le père, il nous téléphonait, on l'a soutenu par téléphone après on a, on est allé le voir, on a essayé de le soutenir, mais, j'ai rencontré le procureur, j'ai rencontré le juge, le président du tribunal pour enfants, j'ai discuté avec l'ASE, tous me disent il faut suivre les procédures, donc...

Psychiatre, CSST, entretien n° 23.

Cette frustration pour faire reconnaître une cause qui paraît légitime va sans doute toucher quelque chose de sensible chez les personnes amenées à se sentir totalement impuissantes dans le cadre de leur activité, à résoudre une situation qui les angoisse. Ce psychiatre le reconnaît volontiers :

[Question : Ça aussi c'est dur pour les équipes, quand ça bouge pas du tout ?]

De temps en temps, c'est extrêmement difficile, et puis ça met certaines personnes dans des situations de détresse personnelle, ça fait écho en chacun d'entre nous à des choses que l'on ne soupçonne pas toujours, tout le monde n'a pas fait une psychanalyse pendant six ans, hein ! Donc si vous voulez, ici très souvent, euh

On est dans une espèce d'impuissance alors qu'on a essayé de faire tout ce qu'on pouvait. C'est-à-dire que cette mère, ça fait partie, cette mère-là, une de celles qu'on a plus vues après, qu'on a perdue de vue complètement. Mais elle nous a fait beaucoup souffrir cette situation-là. Je crois qu'il y a une méconnaissance terrible, d'ailleurs je trouve moi, des tutelles et de certains des autres partenaires, pas tous hein, de la souffrance que cela renvoie dans les équipes. Chacun d'entre nous emporte ça, c'est terrible, je trouve.

Psychiatre, CSST, entretien n° 23.

Ce sentiment d'impuissance est entretenu par l'absence de retour sur le devenir des femmes prises en charge. Les assistantes sociales et sages-femmes n'ont souvent de nouvelles que si la situation se dégrade et qu'on leur demande de préciser leur rapport précédent. Comme le remarque un psychiatre, elles ne sont jamais informées du bien-fondé de leur décision, ou alors n'ont des nouvelles que dans le cadre de « retours sur catastrophes », ce qui entraîne de l'amertume.

Je pense à un échec, il y a deux ans ici, assez épouvantable, donc une jeune patiente qui était dans ce cadre là, donc non suivie, non connue, qui a débarqué, qu'on a gardé pendant très longtemps, ça aussi c'est un gros problème parce qu'on sert d'hôtel pendant six semaines, quand on sait les problèmes de lit etc. mais nous en tout cas, il est clair pour nous qu'il est pas question qu'on la mette à la rue ou en tout cas qu'on la pousse vers la sortie avant d'avoir essayé de travailler quelque chose. Et c'est vrai que là le personnel infirmier, de puériculture, etc. tout le monde avait vraiment, vraiment beaucoup investi et, euh, ça a été vraiment très, très douloureux pour l'ensemble du personnel, d'apprendre que une semaine je crois après la sortie on avait retrouvé donc la petite fille dans, dans la rue. Qui avait donc été déposée par sa mère.

[Elle l'avait abandonnée ?]

Oui, oui, oui. Voilà. Déposée, dans un... enfin déposée, on a su, on a fait le lien avec l'hôpital après parce qu'elle l'avait enveloppée dans un drap qu'elle avait dû

piquer ici pendant son séjour, donc voilà comment on a pu remonter la filière. Ça a été très douloureux. On a pas eu de nouvelles, en tout cas, moi j'en ai pas eu. Donc bon, c'est un échec.

C'est notre faute aussi bon peut être, notre faute dans le sens où nous on avait sûrement peut être pas eu la bonne distance professionnelle, on avait trop cru que c'était gagné parce qu'on l'avait entourée etc. pendant six semaines, c'est un échec, ça on peut pas. On est pas tout puissant, et là il faut qu'on accepte ça et c'est pas facile parce que vraiment là les infirmières, l'une avait acheté, bon elle est repartie d'ici avec quasiment une layette, plein de choses, on s'était dit vraiment faut qu'on fasse un maximum pour cette jeune femme. Ça fait partie des échecs, il faut aussi accepter, ça fait partie,

[Et aussi ça prouve que ce sont des problématiques qui sont difficiles]

Oui, mais on a été naïfs, hein ! de penser qu'en six semaines on allait, voilà

[S'il y a pas un relais avec des équipes toxico derrières, il n'y a pas...]

Non, complètement. Mais là, il y avait la mise en place, sauf qu'elle est très vite sortie si vous voulez du circuit qui avait été mis en place. Elle s'est tenue pendant une semaine ou dix jours je sais plus, ça veut dire que c'était pas possible pour elle. Ça veut pas dire qu'on réussira pas la deuxième fois, hein, mais en tout cas là c'était pas possible, bon enfin c'est comme ça.

Cadre sage-femme, CHU, entretien n° 16.

Cette description illustre bien les différents propos qui nous ont été tenus, sur l'aspect douloureux des histoires qui « tournent mal », sur l'implication du personnel, plein de bonne volonté pour essayer d'aider, mais de fait en sortant de son rôle (acheter des cadeaux de naissance, etc.), ce qui rend l'échec encore plus cuisant (« *on a été naïfs* »).

b) Les conflits

Les choix qui sont faits à un moment donné par une équipe peuvent impliquer d'autres personnels qui vont considérer qu'il est injuste que ce soit à eux de « *faire le sale boulot* ». Il en est ainsi au sein des structures hospitalières, mais également dans le cas de structures extérieures comme la PMI, une puéricultrice nous ayant souligné combien il est souvent difficile pour elle de mettre en œuvre la décision de l'hôpital de laisser l'enfant avec sa mère en prévoyant un suivi à domicile. Pour une assistante sociale hospitalière, certaines équipes de PMI sont plus « solides » face à de telles situations :

Alors on est souvent quand même avec des situations qu'est-ce qui fait qu'on sépare ? ou ça sort à domicile avec un risque qu'on évalue plus ou moins. Tout dépend de l'équipe à domicile qui va réceptionner. Les équipes à domicile, celles qui réceptionnent, y en a qui sont à l'écoute, qui vont entendre, qu'ont pas peur entre guillemets, parce qu'il y a ça aussi, il y a tout le phénomène de dire oui c'est ça vous la laissez sortir, vous vous en fichez, c'est pas vous qui allez vous en occuper, euh, c'est nous qui sommes à domicile, c'est pas vous qu'êtes dans l'urgence, va y avoir un pépin... ça c'est le problème institutionnel, c'est les gens aussi, la formation des gens, donc euh voilà.

Assistante sociale CHU, entretien n° 7.

Même, si nous l'avons vu, les conflits peuvent paraître inévitables, leur répétition peut nuire aux conditions de travail de certains groupes professionnels. Si les relations sont systématiquement difficiles, que l'action est systématiquement critiquée ou incomprise, la démotivation ou le repli sur soi paraissent inévitables.

Ainsi, on peut également aboutir à une stigmatisation de l'institution ou de façons de faire jugées « archaïques » par les partenaires.

Les propos qui nous ont été tenus sur l'ASE étaient globalement négatifs, les personnels de cette institution ne peuvent pas ne pas le ressentir. Certains, parmi les plus jeunes, sont ouvertement critiques, ce qui est une autre façon de se protéger. Un fait est extrêmement révélateur : l'ASE ne fait pas partie des réseaux de prise en charge constitués sur le département étudié, elle n'est pas un partenaire de la prévention et de la concertation. Les actions où elle est impliquée, les CLE, sont des instances d'évaluation pluridisciplinaire mais ne sont pas des réseaux. En effet, un réseau doit fonctionner sur le mode horizontal, en partenariat, sans rapports hiérarchiques, donc verticaux. Or, à l'évidence, pour les CLE, il est indiqué que les différents membres se concertent et transmettent une proposition au chef de service de l'ASE qui prend seul la décision. C'est la preuve qu'il ne s'agit pas d'une forme de réseau mouvante (avec des partenaires différents suivant les situations), puisque que la décision n'est pas collégiale mais verticale.

La mise en œuvre du réseau doit ainsi « éviter qu'un ou plusieurs professionnels n'en mettent un ou plusieurs autres en souffrance en leur dictant ce qu'ils ont à faire et en stigmatisant gratuitement leurs pratiques. Le travail en réseau rate son objectif de prise en charge concertée des toxicomanes s'il sert à « attendre au tournant » tel ou tel partenaire concernant sa philosophie de travail et ses interventions » (Hachet Pascal, 2004).

Néanmoins, il arrive bien évidemment que les partenaires n'aient pas la même appréciation de la situation, en particulier de la situation présente, ce qui entraîne des divergences, en particulier avec les services chargés d'appliquer les décisions judiciaires :

Les informations en général on a pratiquement la même chose, la vision de la famille est quelquefois différente, quelquefois différente, euh, parce qu'on a des collègues, qui ont quelquefois des a priori sur la famille, qui restent sur les éléments d'information qu'ils ont par rapport au passé,

[D'accord]

Et qui ne prennent pas en compte la réalité, au moment de l'intervention. Donc on reste là dessus, et c'est très difficile. Parce qu'on a quelquefois dans certains situations, notamment de toxicomanes, où euh, le médecin de PMI est quelqu'un de très véhément qui dit il faut placer les enfants, il faut placer, le moindre signalement, enfin le moindre petit détail où on est inquiets nous, le juge de toute façon, parce qu'on est inquiets, parce qu'on a pas cette perception, cette inquiétude, donc on essaye de travailler quand même parce qu'autrement je vois pas l'intérêt qu'une mesure d'AEMO soit prise si le placement se justifie. Je crois que le magistrat sait ce qu'il fait, si vraiment il y a des éléments inquiétants, enfin [juge] surtout, prend la mesure de placement. Mais si elle met une mesure d'AEMO c'est qu'elle a suffisamment de recul pour dire on peut tenter quelque chose avant d'en arriver au placement, si placement il y a...

Chef de service SSE, entretien n° 43.

Si le juge est souvent l'arbitre dans les situations qui donnent lieu à divergence de points de vue entre les professionnels, la mise en œuvre de sa décision peut encore prêter à discussion. Ainsi dans cette affaire, le responsable du service d'AEMO est obligé de justifier la décision du juge (le magistrat sait ce qu'il fait), pris entre l'application de cette décision et les pressions du médecin de PMI. Dans ces atmosphères tendues, on a vu précédemment que la moindre défaillance de la mère,

ou tous ses faux pas seront consignés pour essayer de remettre en question la décision judiciaire.

La question du droit à l'erreur du juge pour enfants est également posée. Entre l'application de la loi et les éléments du dossier, son analyse de la situation peut s'avérer inadéquate et là aussi, les gros échecs marquent les mémoires plus que les petits succès au quotidien :

Non, c'est pas évident. C'est pas évident du tout, mais bon c'est vrai qu'on. Par exemple on a eu aussi un décès d'une petite fille, c'était dans le cadre d'une IOE c'était autre chose, en 95 quand je suis arrivée. C'est une maman qui était dans l'errance, pareil, qui était entre le 78, le 95, le 92, déjà cela interroge. Dès qu'elle était signalée, pof, elle s'éparpillait la maman. Et en fait, le juge d'ici n'a pas voulu le placement, parce que, c'est pas une décision qu'il a prise, il a pris une mesure d'IOE, donc d'investigation et d'orientation éducative avec la CME, donc la PJJ de [ville] et dans le temps de l'IOE, la maman a tué sa petite fille. Donc là il y a eu tous les services sociaux qui ont été interpellés, même le juge a été convoqué, enfin a été audiencé aux juges.

Pour qu'un juge des enfants soit audiencé aux Assises, c'est quand même... C'est pas courant hein ! Et puis là bon.

Et pourtant les services sociaux avaient bien signalé, avaient bien demandé le placement et la séparation, qu'il y avait une relation très mortifère entre la mère et l'enfant. Donc ils ont pas été mis à mal, les services sociaux, là c'est la justice. Alors la décision rendue a fait que...

Cadre administratif ASE, entretien n° 15.

Enfin, les conflits sans doute les plus inévitables sont ceux des professionnels du secteur social avec les familles, difficiles à vivre également. La réputation de « voleur d'enfants » de l'Aide sociale à l'enfance n'est pas facile à assumer pour les éducateurs qui y travaillent. Souvent leur moyen de défense consiste à situer les parents dans l'abandon, la fréquence du recours à cette notion par nos interlocuteurs montre bien qu'il s'agit d'un rempart : ils sont vécus comme enlevant les enfants, mais en fait, ils le font parce que ces enfants étaient abandonnés :

Avec des parents qui des fois sont dans des phases de lucidité, sont soucieux de son état de santé... mais avec quand même des périodes de mise en danger quoi. C'est de l'abandon quelque part, de l'abandon. Tout fait qu'on est dans l'abandon, c'est peut être un mot fort, mais pour nous c'est de l'abandon ce qui fait qu'on peut pas travailler. Et puis avec souvent des parents qui viennent comme ça, un peu dans l'urgence, alors c'est vrai que nous on est un peu cadrants, hein, on travaille dans un cadre bien défini donc il faut qu'on le mette en application, donc c'est pas simple. Et puis on est souvent vécu comme des voleurs d'enfants, hein quand même.

Educatrice spécialisée, ASE, entretien n° 13.

Malgré cette reconstruction, les enfants sont abandonnés, même si ce n'est que par intermittence, ce qui nécessite qu'ils soient protégés et il est indispensable que l'ASE assume de « prendre les enfants », cette même professionnelle reconnaît un peu plus loin qu'il est difficile pour ces parents toxicomanes de comprendre cette décision :

Mais est-ce que ? Un parent qui est maltraitant bon, l'enfant est placé. Quelque part, il sait bien qu'il a, qu'il a mal fait, ben il sait bien que c'est inadmissible, de toucher l'enfant et tout, donc même, s'il ne supporte pas le service, il fait avec, parce qu'il a pas les moyens de... Alors que un parent toxicomane, qui ne maltraite pas l'enfant, pense être un bon parent et doit avoir beaucoup, beaucoup plus de problèmes pour pour...

[Accepter le placement ?]

Pour l'acceptation, c'est-à-dire l'accepter, le comprendre, l'intégrer.
Educatrice spécialisée, ASE, entretien n° 13.

L'idée de punition du parent qui a mal fait est retrouvée ici, mais avec la nuance que sans doute le parent toxicomane ne sait pas de quoi il est puni. De fait, les conflits sont encore plus inévitables avec les travailleurs sociaux parce que la punition semble injustifiée. Un peu plus loin d'ailleurs, cette professionnelle tentera de modérer ses propos en rajoutant qu'il y a peut être des négligences. En tout cas, elle relève bien cette ambigüité d'un placement en l'absence de danger pour l'enfant.

c) La disqualification

Enfin le dernier danger qui guette les professionnels est de ne pas pouvoir faire face à la multiplicité des demandes, y compris affectives, émanant de ces femmes et, de ce fait, de ne pas réussir à faire correctement leur travail.

Quand vous avez une puéricultrice qui va à domicile et qui est sensée venir s'occuper du soin de l'enfant, d'enseigner à cette mère sur la question des besoins de l'enfant, et comment elle peut y répondre, etc. etc. et qu'elle se retrouve à gérer des situations de détresse de la mère, il y a des choses qui très vite dérapent, et qu'elle ne voit même plus, il y en a même qui au bout d'un moment ne voient même plus l'enfant.

[Oui, elles savent plus ce qu'elles font là]

Elles savent plus ce qu'elles font là et c'est normal, elles sont happées par ce que cette femme leur montre. Et que si il n'y a pas une possibilité pour elles d'avoir un soutien, et ben, elles vont se disqualifier toute seules, hein, alors que si au contraire il y a un appui, elles reprennent leur place et on peut traiter l'ensemble de la situation.

Psychiatre, CSST, entretien n° 23.

Pour éviter le placement ou l'aide éducative que la mère refuse, les centres de soins peuvent essayer de mettre en place un étayage, qui finalement va les déborder ou les sortir de leur rôle, les placer en porte-à-faux, ils ne sont plus dans le soin mais dans l'assistantat :

On protège, on protège. Et d'ailleurs ça a été formulé de cette façon-là. A un moment, l'éducatrice nous a rappelés qu'il y avait un deal, que ça se passait à peu près comme ça, vous vous êtes du côté de la patiente, donc vous gérez les problèmes de la patiente et tout, et nous on est du côté de l'enfant. (...)

Donc effectivement, on a dérapé, on a fait des prêts, on a voulu faire, on a... on leur a donné raison.

Educateur, CSST, entretien n°26.

De même, confrontés à cette clientèle difficile, beaucoup des intervenants estiment n'avoir pas la formation nécessaire pour faire face aux situations de conflits. Le sentiment d'impuissance et de frustration est alors inévitable, même s'il est attribué à cette insuffisance de savoir-faire :

C'est difficile de poser des questions comme ça. Ici on a des gens dans un état épouvantable qui arrivent lors de crises, de par ma fonction, quelquefois. L'autre fois, j'ai eu une dame aussi ça m'a pris plus d'une heure pour la calmer. J'ai appelé [médecin], il m'a dit je viens dans cinq minutes, il a pris une demi-heure pour venir. Quand il est arrivé, elle était bien calme, je l'avais calmée. C'est

difficile, je sais pas ce que font les psychiatres, je pense qu'ils ont des techniques pour calmer les gens, moi, non. Et je vois vraiment, je ne pouvais plus, je ne pouvais plus.

Assistante sociale, CSST, entretien n° 30.

La difficulté pour les personnels médicaux, en particulier ceux de l'obstétrique et de la petite enfance est d'avoir une vision d'une maternité trop idéalisée, qui va les entraîner à trop exiger de ces mères ou à projeter leurs attentes en interprétant de manière erronée les demandes de la femme. Pour l'un des psychanalystes interrogés, les déceptions éprouvées par les personnels soignants sont « *le signe le plus évident d'une mauvaise orientation du travail* » ; de son point de vue, la déception vis-à-vis d'un patient n'est pas concevable :

De toute façon, dans un travail de soignant ou d'accompagnement, quand on est déçu, par le patient, c'est le signe le plus évident qu'on s'est complètement planté.

On ne peut pas être déçu par un patient, ou si on est déçu c'est qu'on s'est complètement mis en porte à faux dans son travail.

Psychanalyste, CSST, entretien n° 25.

Voici un autre exemple, à propos des femmes accouchant dans le secret, ayant ignoré leur grossesse ou désiré tuer l'enfant, déclarant ne pas vouloir l'enfant, refusant au moment de l'expulsion de le toucher ou de l'entendre, mais demandant finalement à le voir. « *Certains membres du personnel hospitalier, méconnaissant la présence de contenus fantasmatiques violents, peuvent interpréter autrement le désir de revoir l'enfant. Il faut savoir qu'il ne s'agit pas pour elles de revenir sur leur décision, **mais de constater qu'elles ont préservé la vie de l'enfant*** » (Bonnet Catherine, 1996). Ainsi, cette demande réinterprétée comme un éveil de l'instinct maternel va exposer l'enfant au meurtre ou à des maltraitements.

Certaines femmes qui tentent d'exprimer qu'elles ne veulent pas de leur enfant, ne sont pas entendues dans cette demande, qui heurte les professionnels de l'obstétrique. Ainsi, de l'exemple donné par cette auxiliaire de puériculture :

[Donc elle est pas en centre maternel ?]

Elle y a été trois ans en fait, elle est arrivée enceinte, au départ elle voulait pas garder l'enfant, et elle l'a gardé,

[Pourquoi ?]

Parce qu'à la maternité, apparemment, à la maternité ils le lui ont mis sur le ventre et elle a pas pu s'en détacher, alors qu'à la base elle voulait le, parce que je crois que c'était un enfant, elle avait été violée, donc en Afrique et elle voulait absolument pas le garder, donc après il y a eu tout un, cheminement à faire, pendant trois ans

[Et ça c'est pas une forme de violence aussi ?]

De ?

[De la part des professionnels, ils ne peuvent pas entendre qu'une femme ne veut pas un enfant ?]

Ah non, mais moi je trouve ça... je trouvais ça dur, parce qu'en fait on forçait un peu la mère à, devenir mère, enfin moi je l'ai vu comme ça, en fait, on la force à devenir mère et à la fin des trois ans on lui dit ben, vous avez pas rempli votre contrat, vous l'aurez que le week-end quoi.

Auxiliaire de puériculture, centre maternel, entretien n° 43.

Un intervenant en toxicomanie est beaucoup moins nuancé sur le risque que prennent les équipes en n'étant pas assez à l'écoute des sentiments négatifs de la

femme à propos de sa grossesse ou de l'enfant. Pour lui, ce type d'attitude est en soi une violence qui risque de déboucher sur une catastrophe :

Alors là, c'est presque évident. Si on se met à vouloir créer une relation qu'une mère au départ ne veut pas, entendre, supporter, vivre, pour des raisons qui ne sont pas nécessairement liées à l'héroïne, mais à l'arrivée de cet enfant dans un contexte où elle sait pas, elle a pas pensé cette arrivée, elle a pas pensé cet enfant, il y a pas eu d'enfant imaginaire. Elle se retrouve avec un bout de, et sans avoir construit l'enfant imaginaire, comment cette femme pourrait supporter ces braillements qui, et ce à quoi ça peut la renvoyer. Alors là, le problème de ces structures qui racontent ça, c'est qu'elles ont un prototypes de bonne relation à la mère, hein et que elles voudraient, elles croient que ça vient de l'extérieur et qu'on peut le soutenir, l'étayer. Mon idée est plutôt qu'on peut accompagner une mère à exprimer son impossibilité, sa difficulté et donc à trouver, si elle peut exprimer son impossibilité elle peut découvrir là où elle peut. Faire ce qu'elle peut,

[Donc c'est peut être des équipes qui sont pas capables de laisser une mère exprimer ça ?]

C'est des équipes dangereuses oui, ça me paraît évident.

Psychanalyste, CSST, entretien n° 25.

Enfin pour finir sur cette souffrance des professionnels face à ces situations difficiles, quelques mots¹¹⁷ sur leur perception ou leurs représentations de la souffrance des enfants. Celle-ci renvoie chacun des professionnels à ces propres souffrances en tant qu'enfant, donc les entraîne dans une implication personnelle.

A plusieurs reprises, la question de l'abandon a été évoquée. Les professionnels paraissent constamment osciller entre différentes conceptions de ce qu'est ou n'est pas l'abandon de l'enfant. La crainte de l'abandon a semblé guider l'action qui vise la protection de cet enfant en risque. Pour nos interlocuteurs s'occupant des femmes dans les centres de soins, les cas dont ils peuvent se souvenir sont toujours ceux de mères laissant leur enfant à la garde d'un service hospitalier, donc les confiant à l'institution plus que les abandonnant. Pour les professionnels de l'Aide sociale à l'enfance, confrontés aux enfants eux-mêmes, la difficulté de pouvoir leur expliquer la disparition de leurs parents est essentielle et l'incertitude semble le plus difficile à gérer :

Mais il faut quand même que régulièrement nous aussi on puisse informer l'enfant, ben qu'on a pas de nouvelles, qu'on sait pas, que, mettre des mots sur cette absence quoi, et qu'effectivement il y ait un accompagnement effectivement pluri-disciplinaire de l'enfant parce que c'est vrai que quand le parent n'est pas là, il peut imaginer à loisir, ben, des choses ou idéales ou terrifiantes aussi, hein, penser que son parent est mort, et puis c'est quelquefois la réalité, hein.

Hum

Parce que c'est vrai que c'est des grandes, grandes absences, des grands vides hein, c'est même plus de l'absence c'est du vide, ça peut devenir de l'absence si nous on peut y mettre des mots, mais quand nous-mêmes on ne sait pas, je pense que, pour nous travailleurs sociaux, de se dire mais où elle est quoi ?

Educatrice spécialisée ASE, entretien n° 13.

¹¹⁷ - Nous disposons d'un grand nombre de témoignages sur cet aspect, mais ce sujet nous paraît trop s'écarter de notre propos, plutôt centré sur les aspects de la prise en charge. Cette représentation de la souffrance de l'enfant est pour ces personnes un aspect essentiel de leur façon de concevoir leur rôle ou de mener leur mission.

Il faudrait sans doute approfondir cette question de l'abandon (mais cela sort du cadre direct de cette recherche). Les professionnels définissent tour à tour ce qui est ou n'est pas de l'abandon. Mais il semblerait que cette notion puisse être liée à l'action entreprise pour la justifier. Quand la décision choisie est l'adoption de l'enfant, la mère est réputée l'avoir abandonné ; Quand au contraire, une décision de tutelle a été prise, parce que l'enfant était trop âgé par exemple, même une disparition de quinze ans est décrite comme n'étant pas de l'abandon.

3) Et ensuite ?

Ce qui se passe ensuite, quand il y a eu ou non placement, est moins souvent évoqué par les professionnels, mais davantage par les mères qui, soit restent dans l'attente d'un changement dans leur situation, soit considèrent cette période comme un mauvais souvenir de leur histoire, car elles ont finalement récupéré leurs enfants.

A- Le risque du non signalement

Le signalement, nous l'avons vu constaté, surtout quand il est judiciaire, est une solution désagréable pour beaucoup de nos interlocuteurs, quelque chose qu'il faut éviter, voire un échec dans leur pratique professionnelle par culpabilité de n'avoir pas trouvé d'autre solution, maintenant la mère et l'enfant ensemble. Mais a contrario si les choses évoluent mal par la suite, les équipes culpabilisent tout autant sur le fait que peut être le signalement aurait permis de changer le cours des choses.

Pierre Verdier déplore également ce recours au signalement et surtout au placement (la solution la plus coûteuse et la plus dommageable à long terme) parce qu'il protège aussi les équipes, et qu'il s'agit de la mesure la plus facile à obtenir (par rapport à une aide financière ou une travailleuse familiale) et que c'est également une forme de pouvoir (les équipes décident du devenir de l'enfant) (Verdier Pierre, 1997).

a) La négligence ou la maltraitance non prévenues, la responsabilité professionnelle

Le principal risque pour les professionnels qui ne font pas le signalement est bien évidemment qu'il y ait finalement une mise en danger de l'enfant et qu'on puisse leur reprocher d'avoir eux-mêmes été négligents. La négligence administrative fait alors écho à la carence éducative des parents. C'est par exemple ce qui s'est passé dans l'affaire du petit Jason frappé à mort par le compagnon de la mère ; la presse indique immédiatement que la famille avait été signalée et que les services sociaux n'avaient rien fait.

Ainsi l'étayage proposé à la mère conforte l'équipe dans le fait d'avoir pris des mesures adéquates pour stabiliser la situation ou du moins empêcher qu'elle se dégrade :

Donc des mamans qui acceptent d'avoir un suivi, y en a que c'est la condition sine qua non pour qu'elles gardent leur enfant. Si c'est pas, si vous voulez c'est trop fragile, on peut pas, assumer sciemment, connaissant la situation, le parcours, les

risques, euh laisser partir une maman comme ça et fermer les yeux, c'est bon, y a notre responsabilité et euh, ça peut avoir des conséquences.
Assistante sociale, entretien n° 3.

Les histoires de vie autour de ces enfants sont souvent complexes. Voici un extrait d'entretien un peu long, relatant l'une de ces « paniques » d'une équipe ayant laissé sortir une mère avec son enfant, avec une AEMO et une mesure non spécifique, une HAD (hospitalisation à domicile) :

Moi j'ai le souvenir d'une famille où les deux parents étaient toxicomanes, VIH, très malades, ils étaient pris en charge par [centre de soins pour toxicomanes], une association à [ville], ils avaient un appartement thérapeutique. La femme a accouché, je sais pas à domicile, ah non, non, non, excusez-moi elle a commencé à accoucher à 26 semaines, un grand prématuré, elle a fini par accoucher ici. L'enfant s'est retrouvé en néonatal, en réa puis en néonatal. Euh, l'enfant a été contaminé par le VIH, et la mère euh., les parents voulaient absolument récupérer leur enfant, étaient très difficiles, vivaient de l'AAH [allocation adulte handicapé, ndr], bon difficiles à cerner, ne venaient pas aux rendez-vous, enfin, une fois sur deux. Quand ils venaient, ben ils allaient bien quand ils venaient, on trouvait qu'ils étaient bien, mais les fois où ils venaient pas on savait qu'ils étaient mal donc on s'est rencontré avec le pédiatre, puéricultrice, travailleuse familiale, association [], enfin etc. on a fait tout un étayage, euh, AEMO, etc et puis on a laissé sortir l'enfant en HAD et puis la famille a joué le jeu et puis un jour l'éducateur est allé à domicile, ils avaient déménagé à la cloche de bois, ils étaient barrés avec l'enfant. Et puis, eh ben tout le monde a un petit peu paniqué, et là on s'est vraiment posé la question qu'est-ce qu'on fait, est-ce qu'on envoie la brigade des mineurs pour une recherche nationale, récupérer cet enfant, le placer, etc. en se disant bon ils sont tous les trois malades. Finalement, ils ont été repérés en province, des épisodes avec la police, l'hôpital psychiatrique, enfin je vous en passe, mais l'enfant toujours ou pris en charge par le père ou pris en charge par la mère, on avait la chance d'avoir des parents qui allaient mal chacun à leur tour mais c'est souvent le cas dans les couples. Quand il y a un couple, c'est souvent le cas... (rires).

Et finalement, ça c'est très mal fini pour la mère parce qu'elle a fini par décéder d'une overdose, au domicile, elle avait l'enfant avec elle. Avec un père qui avait pas le droit de rentrer au domicile, qui allait voir la police en disant les volets de ma femme sont fermés il faut faire quelque chose, ils lui disaient on vous connaît vous êtes des emmerdeurs. Ce père a fini par casser les volets, une nuit et il y avait, enfin il a trouvé son enfant près du corps de la mère, et donc il a repris son enfant. Et donc au jour d'aujourd'hui cet enfant a donc quatre ans, il va avoir quatre ans cet été, ils sont, il est toujours en province, le père c'est lui qui a la garde de son enfant, ça se passe plus ou moins bien. Il va en PMI, à l'école maternelle, elle est à [ville de province] ; Et le père vient toujours faire suivre son enfant pour le VIH ici, il a tellement peur qu'ailleurs, quelqu'un qui va mettre le doigt sur... et voilà comment ça se passe, alors avec des épisodes, excessivement difficiles, excessivement douloureux, alors est-ce que c'est bien pour cet enfant tout ce qu'il a vécu, est-ce qu'il aurait pas été mieux en placement ? Ou en famille d'accueil ? Moi, je le vis pas comme un exploit, hein ! comme quelque chose qui s'est passé. Maintenant quand on voit ce papa avec cette petite fille...

Assistante sociale, entretien n° 3.

Comme l'a relevé la mission Naves-Cathala à propos des travailleurs sociaux, dans le même temps, la perception d'une crainte des conséquences juridiques d'un défaut d'information concernant un enfant en risque de danger s'est développée. Les professionnels veulent à la fois se prouver, et pouvoir prouver, qu'ils ont mis en place un dispositif d'évaluation adéquat.

b) L'exclusion de la mère

Le signalement judiciaire, parce qu'il implique une confrontation des différents protagonistes est également une protection des droits de la mère vis-à-vis de son enfant. Cet aspect, peu mentionné dans la littérature qui relève plutôt la tendance à la judiciarisation des procédures, a été particulièrement développé par l'un des médecins rencontrés. Celui-ci regrettait que dans les cas de prise en charge de l'enfant dans la famille élargie, la mère puisse être écartée de son enfant :

C'est souvent les grands-parents, maternels ou paternels. Alors là aussi, moi quelquefois j'ai regretté de n'avoir pas fait le signalement...

Parce que a posteriori c'est les familles qui se débrouillent toutes seules, qui gèrent toutes seules. Alors du coup, ça peut faire que des mères soient complètement exclues de la relation avec leur enfant, parce que les grands-mères et les grands-pères ont pris la place de.. Et comme il y a pas de tiers, et que bon etc, personne n'est situé justement, il y a peut être pas d'intervenants extérieurs, les gens règlent tout ça entre eux et c'est des situations très, très difficiles. Finalement le lien mère-enfant il est souvent, il est souvent altéré parce c'est souvent le lien grand-mère-enfant que mère-enfant, quoi. Il y a peu de place pour ces mères. Il y en a toujours comme ça, mais il y a des cas où c'est comme ça et on se dit a posteriori qu'on aurait peut être du faire un signalement au moins pour que quelqu'un, pour qu'il y ait un intermédiaire dans ces situations-là.

[Question : Mais parce que le juge peut faire un placement dans la famille. Est-ce que cela change quelque chose ? Si vous aviez fait par exemple un signalement judiciaire demandant le placement dans la famille, est-ce que ça aurait changé quelque chose ?]

Et bien ça aurait changé qu'il y aurait eu, à mon avis, un œil sur cette famille. Un œil extérieur et aussi un interlocuteur pour les mères, pour faire respecter leurs droits. Parce que souvent elles ne vont pas le faire a posteriori...si c'est elles qui le demandent a posteriori, et bien elles peuvent avoir des représailles des grands-parents, qui disent qu'ils vont plus s'occuper de l'enfant. Elles ont pas le choix. Elles ont très peur des juges. De toute façon, elles sont pas en bonne posture pour demander quelque chose au juge puisqu'elles sont coupables, donc, elles vont pas demander quoi que ce soit au juge. Donc c'est vrai que, je pense qu'on est dans une situation qui est un petit peu un revers de bâton, de tout ce qu'on a vécu auparavant, parce qu'avant on signalait tout, maintenant on signale beaucoup moins, mais en même temps on met pas forcément en place des choses pour l'avenir qui permettent de, d'aider des situations complexes. Alors je sais pas si c'est un signalement ou si c'est une autre procédure, c'est vrai qu'on sait pas très bien ce qu'on peut mettre en place comme procédure. Parce que le signalement ça paraît tout de suite très lourd, tout de suite un juge, etc. et donc pour les gens c'est insupportable.

Médecin, entretien n° 4.

De même, cette substitution de la grand-mère à la mère est vécue par cette dernière comme une dépossession de son enfant. Voici un récit, tiré des interviews réalisées par Sandrine Aubisson. Il s'agit d'une femme de 42 ans, rencontrée à Marmottan. Elle a eu deux fils qu'elle a gardés jusqu'à 6 et 8 ans. L'aîné a ensuite été élevé par sa mère (la grand-mère maternelle) tandis que le plus jeune était pris en charge par la famille du père de l'enfant :

Et en fait, ils m'ont dépossédée, dépossédée complètement puisqu'elle se fait appeler maman aussi. Donc quand il appelait maman, je savais pas s'il me parlait à moi ou s'il parlait à ma mère. Je trouve que là, elle a été trop loin. Elle était

mamie c'était déjà suffisant. Il paraît que pour son équilibre c'était mieux que ce soit sa mère. Donc, mon père, puisqu'il est toujours là, il continue à l'appeler papa. Moi-même j'appelle mon père papa. Donc c'est à la fois mon frère et mon fils.

(Aubisson Sandrine, 2002b, p. 84)

L'exclusion est d'autant plus probable que l'enfant a été confié à la belle-mère (au sens large, car souvent il n'y a pas de mariage) et que par la suite des difficultés de couple ont entraîné une séparation. Le recours de la mère auprès de sa belle-mère est tout à fait improbable et elle est à la merci de son ex belle-famille pour pouvoir accéder à l'enfant.

Donc, en fait, la mère, elle, pour la resituer, quand les enfants étaient placés dans la famille paternelle, au début elle avait des contacts de temps en temps, au dire de la mère, quand elle allait dans la famille paternelle, c'était un peu du registre « t'as vu ta mère comment elle est », quoi. Donc elle a tenu quelques temps et puis, en plus comme elle était toxico, elle chourait [ndr : volait] apparemment dans la famille, donc assez vite ça a été terminé. Elle a eu des contacts un petit peu, mais c'était plus avec le père, qui voulait pas passer les enfants.

Assistante sociale, ASE, entretien n° 14

Face à ce genre de situations, quelques rares mères n'hésitent pas à aller en justice pour faire reconnaître leurs droits, engageant ainsi un procès contre leur propre mère. D'autant plus que la substitution des grands-parents à leurs enfants, pourrait entraîner une répétition trans-générationnelle des problématiques familiales, ce qui est un sujet d'inquiétude pour les intervenants :

Vous savez que quand elles nous racontent leur histoire, effectivement. Quand elles nous disent oui moi, ma mère élève mon premier gamin mais elle m'interdit de le voir par exemple, il a huit ans mais bien. Alors ça effectivement on se dit qu'il faut travailler là dessus parce que c'est pas normal. Oui, moi, elle m'accepte pas parce que je suis toxicomane, bon, euh, mais voilà elle élève mon gamin que j'ai pas revu depuis x années. Non, là il y a tous les cas de figure. Ben ils jouent un rôle important, dans la mesure où ils sont présents très souvent, alors après bien etc. ça c'est encore autre chose, parce que ça effectivement, si c'est pour répéter les mêmes choses c'est un petit peu, oui, compliqué.

Cadre sage-femme, entretien n° 16.

Cette question de la substitution n'est sans doute pas propre à la toxicomanie, mais elle est récurrente à son propos. A l'inverse, dans la recherche sur les liens familiaux dans le contexte du sida, l'attitude contraire avait été mise en valeur, les grands-parents s'interdisant, sur la base de principes moraux de « remplacer la mère ». Les liens impliquant une absence de distanciation par rapport aux rôles de parents et grands-parents avaient cependant également été repérés, mais comme des attitudes moins fréquemment observées (Dumaret Anne-Camille et Donati Pascale, 1999).

B- Le maintien du lien

La construction et la préservation du lien entre la mère et l'enfant ont été intégrées dans les éléments faisant partie de la sécurité de la naissance par le plan périnatalité de 1994. Les personnels de maternité sont maintenant bien informés de l'importance de ces liens précoces, ce qui les rend soucieux des implications éventuelles de leur décisions qui pourraient amener à une rupture du lien :

On est dans la séparation, là, c'est-à-dire un couperet et quand on travaille en maternité on sait ce que cela signifie, hein, quand on fait une séparation mère-enfant dès la naissance, on sait ce qu'on fait, parce qu'on fait des dégâts, parce qu'on sait que la relation qui va pas être établie dès le départ, fatalement, elle aura du mal à se mettre en place et en tous les cas il faudra un sacré accompagnement pour qu'elle se mette en place, donc ça on en est conscients, tout du moins il faut en être conscient, hein !

Mais à la fois il y a aussi le danger, la notion de danger, la responsabilité, qu'on engage, professionnelle, à dire oui elle sort ou non elle sort pas, euh, tout ça c'est une question que je veux dire que il faut se reposer moi je crois, ça j'insiste beaucoup qu'il faut se reposer à chaque situation et à chaque fois il faut se donner les moyens de réévaluer correctement les situations

Assistante sociale maternité CHU, entretien n° 7.

Cette professionnelle montre bien que les équipes sont « prises entre deux feux », la notion de danger ou de risque de danger pour l'enfant et le risque que la décision prise n'entraîne la disparition de la mère et la rupture des liens, encore plus préjudiciable pour l'enfant.

Le but du placement, nous l'avons évoqué à plusieurs reprises, n'est jamais de séparer les parents et les enfants. Son aspect éducatif, dans la législation française, nécessite que les droits des parents soient préservés et que le but ultime soit de réunir à nouveau la famille biologique, affirmée comme un droit pour l'enfant.

La Cour européenne des droits de l'homme a une jurisprudence constante dans ce sens et limite fortement les possibilités pour les Etats de recourir aux placements. Quand le placement a lieu, l'autorité publique doit pouvoir prouver qu'elle a tout fait pour mettre en œuvre un rapprochement des parents et des enfants. Ainsi, la limitation des droits des parents est elle-même limitée : « *Le but d'une prise en charge, le but d'un placement doit être, et la Cour l'a dit à de multiples reprises, « d'unir à nouveau le parent et l'enfant ». C'est un point décisif et qui fait peser, sur les autorités, une exigence forte. Si une mesure de placement a lieu, est-ce que toutes les mesures ont été prises pour faciliter le regroupement de la famille, toutes les mesures que l'on pouvait raisonnablement exiger des autorités ?* » (ATD QUART MONDE, 2002)

a) Des droits impossibles à exercer ?

La jurisprudence de la Cour de Strasbourg a posé le principe selon lequel, le placement ne pouvait être que temporaire, passager et tendre vers la réunification de la famille (Laurent Catherine, 2004). Pour que le lien se maintienne, surtout sur le long terme, les parents doivent pouvoir exercer deux attributs fondamentaux de leur autorité parentale, le droit de visite et le droit d'hébergement. La Cour européenne vérifie dans chacune des affaires qui lui sont soumises si les Etats ont bien tout mis en œuvre pour que les droits des parents soient effectifs. Il est ainsi constaté que « *De nombreux pays ne semblent pas en conformité avec cette exigence, dont la France, où la pratique montre que les placements d'enfants se font dans des familles ou des établissements éloignés des parents rendant difficile le maintien des liens familiaux* » (Laurent Catherine, 2004).

Or, comme cela a été montré précédemment, des contraintes administratives fortes sont opposées au droit de visite des parents : horaires de l'institution, éloignement du

lieu de placement, etc. Les personnels de l'ASE en ont bien conscience, et certains le reconnaissent explicitement :

Parce que le département des Hauts-de-Seine a des agences, quatre ou cinq, Blois, Parmain, Montluçon, ensuite je sais plus où, c'est des équipes de travailleurs sociaux qui gèrent le placement familial et donc nous, on va se situer pour la situation familiale et le suivi du placement, mais il faut pouvoir y aller à Blois, il faut pouvoir y aller, hein, donc c'est vrai que, [.../...]

Que nos services ne fonctionnent pas le week end...

[Il n'y a pas de visite les week ends, nulle part ?]

Si, ça peut se passer dans les établissements, elles peuvent venir, quand on est dans du placement familial qui se passe bien, euh, ça peut se passer entre la famille d'accueil, mais on est vigilant quand même, parce que ça peut mettre l'enfant, et le placement familial en situation difficile. [.../...] Sur le fond, ça aurait du sens complètement qu'un service comme le nôtre, fonctionne euh

[Oui, j'étais en train de penser, la justice fonctionne sept jours sur sept !]

Alors au niveau de la prise en charge ça fonctionne, mais au niveau de nos interventions à nous, alors sauf si on arrive à travailler avec d'autres services, qui eux travaillent les week-ends, et qui... les services de médiation, des lieux parents enfants, on peut être dans un travail avec ce type de service mais quand il y a pas...

Educatrice spécialisée, ASE, entretien n° 13.

Bien que les juges des enfants rendent des décisions qui, le plus souvent, respectent les dispositions nationales et internationales et donc organisent le contact entre les parents et les enfants, force est de constater que leurs décisions ne sont pas toujours mises en œuvre. Des magistrats nous ont d'ailleurs semblé assez désabusés quant à la possibilité qu'ils avaient d'obtenir le respect de leurs décisions par l'administration :

De toute façon, ils organisent un peu quand même l'abandon. C'est-à-dire, c'est tellement compliqué de rencontrer ses enfants. De toute façon, vous voulez le voir, vous êtes intrusif, envahissant... (rires)

Juge des enfants, entretien n° 18.

Si, toujours selon la jurisprudence de la Cour européenne, la mesure de placement ne saurait mettre fin aux relations familiales, on constate dans les faits, en tout cas pour ce qui concernent les femmes toxicomanes, que les multiples obstacles mis à l'exercice du droit de visite vont souvent de facto aboutir à une distanciation des membres de la famille, puis à une « perte de vue ».

Le rapport Naves-Cathala, dans ses propositions, retenait de « faire fixer par les juges des enfants les modalités d'exercice des droits de visite et d'hébergement, et non s'en remettre au service qui accueille l'enfant, en confirmant l'arrêt de la 1^{ère} chambre civile de la Cour de Cassation du 13 octobre 1998 » (Naves Pierre et Cathala Bruno, 2000). La nouvelle rédaction¹¹⁸ du code civil va dans ce sens, (art. 375-7) : « Les père et mère dont l'enfant a donné lieu à une mesure d'assistance éducative, conservent sur lui leur autorité parentale et en exercent tous les attributs qui ne sont pas inconciliables avec l'application de la mesure. Ils ne peuvent émanciper l'enfant sans autorisation du juge des enfants, tant que la mesure d'assistance éducative reçoit application. S'il a été nécessaire de placer l'enfant hors de chez ses parents, ceux-ci conservent un droit de correspondance et un droit de visite. Le juge en fixe les modalités et peut même, si l'intérêt de l'enfant l'exige, décider que l'exercice de ces

¹¹⁸ - Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 art. 1 Journal Officiel du 5 juin 1970 en vigueur le 1er janvier 1971. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 art. 135 Journal Officiel du 31 juillet 1998.

droits, ou de l'un d'eux, sera provisoirement suspendu. Le juge peut indiquer que le lieu de placement de l'enfant doit être recherché afin de faciliter, autant que possible, l'exercice du droit de visite par le ou les parents ».

Même le placement dans une famille d'accueil pose des problèmes pratiques, du fait de critères comme le nombre d'enfants et leur âge. Pour cette éducatrice, la question est la même que pour l'adoption :

J'ai fait les premières demandes il y a quatre mois, j'en ai refait d'autres en septembre, ben pour l'instant on cherche la famille d'accueil, il y en a pas de disponible, donc ça peut mettre, je sais pas

Pour deux enfants, c'est difficile, pour un ça va. Et puis il y a beaucoup de familles d'accueil qui veulent des petits et eux sont ado ou pré-ado donc c'est plus compliqué.

[Question : Un peu comme dans l'adoption. Tout le monde veut des petits ?]

Oui, et puis c'est plus mignon, enfin, c'est ce qu'on entend quand même, oh un petit je vais cocooner, dans des familles d'accueil qui ont eux des enfants grands c'est ce qu'on entend. Pas d'ado, hein ! C'est des problèmes les ados, ils fuguent il faut aller au commissariat le soir, porter plainte, non c'est vrai, ça chamboule la famille, les petits c'est plus calme.

Assistante sociale, ASE, entretien n° 14.

Donc le juge préfère choisir une rédaction peu précise de sa décision (« en accord avec les services gardiens »), se mettant ainsi en contradiction avec le texte et la jurisprudence, mais avec pragmatisme, très peu de parents faisant appel des mesures en assistance éducative.

La portée éducative de la mesure, envisagée dans de telles conditions, est bien incertaine, d'autant plus que la « disparition » des parents, ou plus souvent de la mère, sera réinterprétée par les services concernés comme une preuve supplémentaire de son incapacité à maintenir le lien avec son enfant, comme nous l'avons déjà évoqué.

Le droit d'hébergement est encore plus difficile à mettre en œuvre puisqu'il présuppose bien évidemment, que les parents, notamment la mère, disposent d'un logement décent pour recevoir les enfants. La plupart des structures fermées ne répondent pas à ce critère : s'il est possible d'exercer son droit de visite en étant incarcérée ou à l'hôpital, il est impossible d'y exercer son droit d'hébergement, d'autant plus si celui-ci concerne plusieurs enfants. Cette absence de vie commune, même sur de très courtes périodes comme les week-ends, laisse s'installer une distance grandissante entre les enfants et ce parent « en visite ». Aucune intimité n'est jamais partagée.

Or, il semble bien que sur ce point précis, les exigences des services de l'Aide sociale à l'enfance puissent souvent paraître démesurées, comme le fait de refuser un droit d'hébergement le week-end à une mère vivant dans une chambre d'hôtel. Des dossiers judiciaires nous ont montré à ce propos de véritables bras de fer entre le juge des enfants et les services ayant en charge l'enfant.

Reprenons le cas de Lila, française d'origine maghrébine. Elle a quatre enfants, une grande fille de treize ans avec son père, deux enfants plus jeunes placés et un nouveau-né avec elle. Elle est prise en charge par une association qui la loge dans des

hôtels meublés. Elle n'a pas de travail¹¹⁹. De fait, le juge des enfants lui refuse le droit d'hébergement de ses deux enfants, faute de place pour les recevoir dans des conditions « décentes ». Elle manifeste souvent sa colère à ce propos, estimant qu'une telle décision est injuste parce, que dans le même hôtel, des femmes africaines vivent avec trois ou quatre enfants sans que les services sociaux ne trouvent à redire. Selon elle, l'ASE laisse leurs enfants à ces femmes, par crainte de reproches fondés sur le racisme. Cette reconstruction lui permet d'éviter de considérer sa toxicomanie et son conjoint violent comme autant de critères de risques que ne présentent pas les femmes africaines dont elle parle.

b) S'inscrire dans la durée

La difficulté principale pour ces mères va être de pouvoir préserver durablement un lien avec un enfant placé dans un premier temps en pouponnière, pour une durée dépassant parfois un an, puis dans une famille d'accueil. Sans accompagnement de cette relation, le risque est bien évidemment que les liens se distendent avec le temps et que l'enfant finisse par être « perdu de vue ». Ce phénomène est très bien décrit dans le cadre des divorces, le parent n'ayant pas la garde finit par ne plus exercer que très épisodiquement son droit de visite. De fait, dans les familles monoparentales ou recomposées, la majorité des enfants ne voient leur père que moins d'une fois par mois ou jamais¹²⁰.

Pour nos interlocuteurs, la stabilité de l'enfant requiert une relation régulière, même avec des visites espacées, plutôt que des relations en dents de scie. Au départ, les mères sont disponibles pour des visites très fréquentes et ressentent une grande frustration de devoir respecter un calendrier qui leur est imposé de l'extérieur.

Çà c'est un travail qu'on peut faire. On les accompagne ce qu'il faut, on essaye de leur expliquer, ce qu'il faut à votre enfant c'est la régularité. Ce n'est pas la peine de dire qu'on va aller voir l'enfant, si on ne peut pas le faire. C'est mieux de passer une fois par mois, mais très régulièrement une fois par mois.

Dans de bonnes conditions

Et puis l'enfant sait, parce qu'ils vont le préparer, ils vont préparer l'enfant, ta maman va venir, et si elle ne vient pas il est malheureux.

Hum

Et çà c'est, elles entendent bien çà. On le travaille. Mais quelquefois elles sont dans la révolte, quoi je vais voir mon enfant deux fois par semaine ! et en réalité elles se rendent compte qu'une fois par mois c'est déjà très bien.

Assistante sociale, CSST, entretien n° 30.

Cette régularité sera d'autant plus difficile à maintenir sur la durée que les conditions matérielles se seront dégradées ou que l'enfant sera éloigné.

Sous l'influence des changements législatifs et de la jurisprudence constante de la Cour européenne, le maintien des liens avec les parents biologiques est plus largement recherché. La manière de concevoir la séparation des parents maltraitants ou susceptibles de l'être et des enfants a beaucoup évolué. Elle n'exclut plus que se poursuive le lien entre les parents et les enfants. C'est ce que nous explique une sage-femme :

¹¹⁹ - Comme la très large majorité des mères de quatre enfants en population générale.

¹²⁰ - INED, Enquête Situations familiales.

Oui, oui, je dirais que on est tout à fait dans la mouvance du lien, de façon générale, que ce soit dans des problèmes sociaux, de maltraitance, etc. Il y a quelques années qui disait maltraitance disait séparation, fini ; maintenant on se dit bon qu'il faut qu'il y ait éloignement mais qu'il faut pas qu'il y ait rupture du lien, parce que, on sait que c'est moins bien pour le gamin. On est aussi dans la même ligne un petit peu pour la toxicomanie et puis quand c'est pas possible, c'est pas possible, il n'y a pas de maintien du lien.
Cadre sage-femme, entretien n° 16.

La poursuite des relations avec l'enfant nécessite que la mère obtienne un droit de visite de son enfant et que l'établissement qui a recueilli l'enfant lui permette pleinement de l'exercer. Les discours autour de cette question sont très variés et les multiples tensions sous-jacentes apparaissent.

Le code civil prévoit que dès lors que le juge prononce un placement, il doit prévoir un droit de visite et les modalités de celui-ci¹²¹. En aucun cas, le juge ne peut laisser à la libre appréciation de l'établissement qui recueille l'enfant l'aménagement de ce droit de visite. Ainsi des décisions sont régulièrement portées jusque devant la Cour de Cassation qui rappelle constamment que ce n'est pas une simple faculté du juge mais bien une obligation.

Et le juge en fonction de, de l'enquête et qui va décider s'il y a ou non un droit de visite. S'il y a un droit que l'enfant soit confié à ses parents en permission, de journée, de week-end, sous condition... et il peut y avoir non droit de visite du tout pour l'un ou l'autre des parents ou pour les deux, euh ils peuvent faire appel de la décision du juge que je sais, et euh il peut y avoir aussi des visites médiatisées en présence d'un tiers, les parents ensemble ou pas, bon y a des...des lieux de rencontre théoriquement, euh ça c'est plus des conflits entre couple qui génèrent ça avec des droits de visite.
Médecin CHU, entretien n° 1.

En fait selon le code civil, quelles que soient les circonstances, les parents conservent un droit de visite et de correspondance. Le juge peut suspendre l'exercice du droit mais seulement provisoirement. D'où le débat actuel autour de ce droit pour les parents maltraitants, abusant sexuellement etc. Il faut alors un jugement prononçant la déchéance de leurs droits parentaux.

Cette question des droits de visite est évoquée par P. Verdier dans ses ouvrages. Pour lui, l'histoire de l'institution résume les aspects de cette question : « *Pendant longtemps l'Assistance publique avait pour mission d'élever des enfants dont les parents étaient inconnus, inexistantes, décédés ou déchus de leurs droits. Elle a donc développé des pratiques qui consistaient à remplacer les parents ou à les écarter en protégeant les enfants de leurs parents jugés mauvais : placement lointain, voire secret, autorisations de visite refusées ou limitées* » (Verdier Pierre, 1997) p.133.

On peut néanmoins constater la lenteur de cette institution à modifier ses pratiques sur ces points précis. La situation faite aux femmes toxicomanes ces vingt dernières années, par les représentations négatives qu'elles suscitent, est bien proche de cette époque révolue.

Comme le note Pierre Verdier (1997), c'est la Convention européenne des droits de l'enfant qui a le plus fait évoluer les choses, par le passage de la protection de l'enfance à l'aide à la famille qu'elle a opéré. La France a dû profondément modifier

¹²¹ Le juge peut restreindre temporairement ce droit.

sa législation pour se mettre ses procédures en conformité avec les textes européens qu'elle a ratifiés.

Enfin, un dernier aspect de cette distanciation progressive des parents et des enfants est le confort que peut offrir la famille d'accueil, par rapport aux conditions de vie de la famille d'origine qui, par définition, vit dans la précarité ou la pauvreté. Cet aspect est relevé par la plupart des observateurs travaillant sur le placement.

Si la loi, par exemple aux Etats-Unis, prévoit que les services sociaux doivent choisir des familles d'accueil ayant le plus possible des caractéristiques proches de celles de la famille biologique, c'est dans l'espoir précisément de minimiser ce risque. Les critères sont parfois tellement nombreux à respecter, niveau de vie, origine ethnique, religion, que la famille élargie de l'enfant est celle la plus facile à solliciter, d'où la diminution rapide des autres placements. D'autant plus quand certains des enfants sont restés dans la famille d'origine, tandis que d'autres étaient placés. Outre une forme de jalousie, légitime entre les enfants, s'instaure un décalage entre leurs conditions de vie, qui les séparent plus sûrement qu'une disparition des parents.

L'inscription dans la durée des mères est néanmoins décrite par les professionnels comme indépendante du lien :

- Assistante sociale : Alors c'est pas tant la qualité du lien à l'enfant qui est mauvaise, c'est le fait qu'elles sont complètement irrégulières, instables, qu'elles peuvent se montrer agressives, qu'elles mentent, qu'elles disparaissent, qu'elles réapparaissent, enfin bon
- Chef de service : C'est vrai qu'on a eu une situation d'un enfant qui a été remis plusieurs fois, il y a eu des tentatives de remise et à chaque fois, ça a été voué à l'échec, parce qu'il y avait abandon dans un parc, à chaque fois, elle décrochait et c'était pas le lien à son enfant, parce qu'elle était très attachée, il y avait une qualité de lien à son enfant, mais je crois qu'à des moments, elle était incapable de...
- Psychologue : Pour la maman de V., le lien était énorme, hein ! la maman de S., le lien est présent mais c'est ses propres difficultés qui l'empêchent de nourrir la relation à son enfant, je pense. Mais quand on voit cette femme avec son enfant, ça se passe bien. Mais il faut lui courir après, elle oublie de venir, elle se souvient pas qu'elle est venue, enfin bon.

Pouponnière ASE, entretien n° 24.

L'idée selon laquelle le lien peut s'inscrire dans la durée mais sans qu'il y ait continuité est également présente chez ces professionnelles. Il est néanmoins indéniable que l'absence de lien ne pourrait permettre une inscription dans la durée.

Quand la mère n'a pas accouché sous X, l'enfant n'est adoptable que si elle ne se manifeste pas de façon à maintenir le lien dans le délai d'un an (article 350 du code civil). De fait, le maintien du lien paralyse l'action éventuelle de l'Aide sociale en vue d'une adoption de l'enfant.

Pour ces femmes, le maintien du lien est parfois trop dur, elles abandonnent, elles renoncent à l'enfant, surtout si la culpabilité prend le dessus, quelquefois du fait d'un mode de vie à la rue.

C- Le retour de l'enfant dans sa famille

Quand le placement est accompagné, il n'amène pas une perte de vue mais permet le maintien du lien. Sinon, les parents éprouvent de grosses difficultés à s'inscrire dans la durée. Ce placement devient durable, la famille ne semblant jamais pouvoir remplir les conditions du retour.

a) La fin du placement ?

La Cour européenne des droits de l'homme a retenu dans sa jurisprudence que les Etats ont avant tout l'obligation de ne pas séparer les enfants des parents. Que, quand cette séparation est absolument nécessaire, il faut qu'il y ait un principe de proportionnalité et que le but ultime est d'essayer de permettre à la famille de se retrouver (Laurent Catherine, 2004).

De fait, la fin du placement était peu envisagée par les professionnels rencontrés, sans doute parce qu'ils appartenaient à des secteurs plutôt situés en début de processus, donc du côté du signalement (maternités, PMI). Les femmes rencontrées quant à elles n'imaginaient pas un avenir où elles ne pourraient pas retrouver la garde de leurs enfants, même si pour certaines, cela semblait plutôt relever de l'incantatoire que de la volonté réelle qu'il en soit ainsi.

L'avocate interrogée, qui nous l'avons vu, a une vision quelque peu archaïque de l'assistance éducative, estime quant à elle que les placements sont voués à être définitifs :

A long terme ! Il y a des placements qui peuvent être reconduits tous les deux ans jusqu'à la majorité des enfants, des placements qui sont perpétuels, hein, jusqu'à la majorité !

[Question : Ça existe encore ça ?]

Ah oui, hein, ça existe, ça existe. [.../...]

C'est un seul dossier qui est ouvert auprès du juge et qui, bon, quand un jugement arrive à terme, à l'issue de deux ans, il convoque les parties concernées, hein, bon est-ce que, bon, il y a nécessité de reconduire le placement ou de prononcer la mainlevée ? C'est rare, c'est très rare.

Parce que ce genre de famille, c'est la précarité totale, la précarité psychologique surtout, donc ce sont des gens généralement, si on arrive à placer un enfant c'est que vraiment il y a une difficulté. Parce que on a des juges, c'est des enfants, euh des êtres humains, ils ont une sensibilité, ils placent pas comme ça parce qu'ils veulent placer, parce qu'il y a une nécessité, il y a une responsabilité, ils le font, pas de gaïté de cœur. Eh bon, je vous dis, quand il y a placement, c'est rare, il y a des cas où il y a une mainlevée, les parents arrivent à devenir responsables, à se soigner, mais en général, à 90 % c'est pas la réalité, hein ! Quand je vois à Paris, mais partout, partout. Et encore, encore des fois il y a des problèmes de délégation d'autorité parentale.

Avocate, entretien n° 41.

Pour les juges, la décision de remise de l'enfant à ses parents ou à l'un d'entre eux, n'est pas beaucoup plus simple à mettre en œuvre.

Donc on ne faisait pas le placement, sans vraiment avoir réfléchi à deux fois, quoi. On dit toujours que la loi, c'est le maintien de l'enfant dans la famille,

malheureusement, quand le placement est fait, euh, quand l'enfant trouve ses marques dans un lieu de placement, on le rend pas facilement quoi, on le rend pas facilement.

Juge des enfants, entretien n° 17.

Ce premier juge ne précise pas de qui il s'agit quand il indique « on ». Les dossiers examinés laissent penser que toute amélioration était un signe pour tenter de redonner un peu plus de place aux parents, jusqu'à leur rendre leur enfant.

Pour un autre juge, l'Aide sociale à l'enfance, une fois en charge d'un enfant, va multiplier les obstacles et les réticences pour rendre l'enfant à sa famille. « *J'ai beaucoup plus de mal à reprendre l'enfant qu'à le placer* » (entretien n°38). De nouveau se pose le problème du « diagnostic » et de sa précision, s'il reste incomplet, les améliorations n'entraînent pas le retour de l'enfant, ce qui entretient l'incompréhension par la famille.

Les professionnels de l'Aide sociale à l'enfance rencontrés ont une vision plus positive et des contre-exemples ont pu nous être donnés de procédures s'achevant par le retour en famille :

Oh si, nous on a une belle histoire ici, d'une maman pareil qui avait accouché sous le secret et puis qui après s'est rétractée, donc il y a eu un signalement, parce qu'elle était dans l'absence de lien, pendant des années, pendant quatre cinq ans. Et puis au 350, c'est la famille, des oncles et des tantes qui se sont manifestés, le 350 a été débouté. Et en fait cette petite fille a été ré accueillie chez la tante, la sœur de la mère et la sœur de la mère a tout fait pour que sa sœur reprenne du lien avec la petite fille. Et on a appris quelques années plus tard que la petite fille était au domicile de sa mère. Donc c'est une belle histoire, je trouve. C'est tout le travail de la famille élargie qui a permis en fait que cette petite fille se réinscrive auprès de sa mère et j'ai demandé des nouvelles sur le Val d'Oise et ça se passe tout à fait bien, quoi. Un travail très long, qui a mis à mal aussi les équipes, parce qu'il y avait un projet d'adoption par la famille d'accueil, on a été dans le mur à un moment donné, ça a mis des conflits internes importants, et il a fallu qu'on dépasse ça nous, on a été aidés par le psychiatre de [ville], pour nous aider à avancer, par rapport à cette petite fille, et en fait. Et ça c'est une belle histoire parce qu'elle a retrouvé cette maman. Alors je dis pas que ça va être rose toute la vie, parce qu'elle a des comptes à rendre à sa mère, enfin, elle a des comptes à demander à sa mère, par rapport à son histoire, mais bon, c'est tout le travail de la famille élargie quoi qui s'inscrit dans le parcours de cette petite fille.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

A demi mot, derrière ce récit, on sent quand même que la difficulté a été très grande pour le service pour renoncer à son propre projet, faire adopter l'enfant, au profit de celui de la famille élargie, réunir la mère et la fille.

Peu de cas nous ont été présentés de retour dans la famille demandé par l'ASE et contesté par les autres partenaires, comme si les rôles étaient forcément figés. Ce peut quelquefois être un travailleur social qui n'arrive pas à voir la situation évoluer :

Le travailleur social qui avait du mal à se détacher du fait, de ce retour d'enfant, du signalement, de l'AEMO, le retour de l'enfant qui devait se faire, elle était horrifiée quand le juge a décidé de remettre l'enfant, parce qu'elle en était encore sur la conception de la mère, oui à la maternité elle prenait des trucs, le médecin psychiatre avait dit à l'époque elle était dangereuse pour ses enfants,
Hum

Oui mais c'était il y a six ans quand même, donc euh. Les choses ont pu évoluer, le juge remet l'enfant, on va voir ce qui se passe... mais il faut pas rester sur, mais elle avait du mal à se détacher de ses arguments.
Chef de service SSE, entretien n° 43.

Cette situation renforce nos remarques précédentes sur la difficulté quelquefois pour les professionnels à voir la situation évoluer ou à accepter de faire crédit à la mère sur l'avenir plutôt que de toujours reprendre les éléments négatifs de son passé. La fin du placement nécessite une vision positive sur l'évolution, mais aussi d'accepter que l'intervention dans la vie de la famille ne soit que temporaire.

Une hypothèse est plus difficile à envisager pour les intervenants, bien que deux ou trois d'entre eux aient pu l'évoquer. Un professionnel nous l'a expliquée à partir d'un cas qu'il avait eu à gérer, la mère, comme les enfants, ont peur de se retrouver et se mettent dans des situations d'évitement, permettant de ne jamais rendre possible le retour en famille.

Il y a des choix, des situations pour lesquelles, les services de l'ASE souhaitent un retour, le juge souhaite un retour, on travaille nous, on l'a vu un retour, j'ai le cas en tête d'une situation, la mère nous a prouvé par A + B qu'elle était éthylique, qu'elle restait éthylique et qu'elle ne souhaitait pas le retour de son enfant

[C'est encore autre chose, ouais]

Elle ne souhaitait pas le retour de son enfant, enfin quand le travailleur social venait, elle avait toujours quelque chose, elle venait de chuter, mais vraiment dans le réel, enfin, elle avait des fractures

Hum, hum

Elle était pas bien, elle se montrait éthylysée, enfin elle avait bu lorsque le travailleur social arrivait et elle disait mais, après ça a été clair en disant mais je ne veux pas le reprendre, j'ai pas envie de le reprendre

[Elle le disait]

Voilà elle le disait

[Mais le travailleur social ne l'écoutait pas.]

Non, l'ASE ne l'écoutait pas en disant il faut absolument qu'il y ait le retour, le juge c'était Mme [juge], elle a insisté pour le retour, et nous on a été obligés à un moment donné de faire le constat que c'était pas possible. L'enfant venait une fois de temps en temps, un week-end sur deux et une partie des vacances et c'était suffisant pour tout le monde. Ils avaient pas besoin d'autre chose. Il était dans une famille d'accueil, cet enfant, où ça se passait bien, et voilà il avait appris à faire avec des parents, enfin le père n'était plus là, il n'avait que sa mère et euh, défaillante.

Chef de service SSE, entretien n° 43.

Ici l'équilibre familial est trouvé avec le placement de l'enfant comme une donnée indispensable, qui ne signifie pas la rupture du lien, mais son maintien à temps partagé. Pour d'autres familles, ces situations de compromis ne sont pas un choix, mais des essais, dans l'attente d'un retour. Quand finalement les conditions du retour ne sont jamais remplies, c'est la fin de la minorité de l'enfant qui peut constituer l'acte final :

Et on s'aperçoit pour une autre situation là, la mère est toxicomane, euh, le père aussi, mais lui c'est surtout cannabis, il y a, j'ai oublié ce que je voulais dire... Les enfants, les premiers enfants, avec qui elle a pas de contact, mais par contre, un qui est majeur, qui revient au domicile, à la majorité, ils y en a qui reviennent au domicile de la mère.

[Oui, encore faut-il qu'il y ait un minimum de contacts]

Ben, il n'y en avait pas beaucoup et là, il veut revenir chez sa mère. Bon, ça se passe pas toujours très bien, évidemment...
Chef de Service SSE, entretien n°43

A aucun moment du parcours, le retour n'est d'ailleurs forcément définitif, les va-et-vient entre la famille d'accueil, le foyer et le domicile de la mère sont fréquents. D'autant plus que la question cruciale du logement continue d'interférer. Ainsi des observations de Jean-François Laé et de Numa Murard : « *Les enfants placés, c'est l'intimité jetée dehors... Si l'homme a de l'argent ? Alors Murielle fait des pieds et des mains pour réclamer ses enfants aux institutions qui résistent. S'il en est dépourvu ? Le signalement ne se fera pas attendre et ses enfants repartiront en famille d'accueil* » (Laé Jean-François et Murard Numa, 1995), p. 128.

b) L'assouplissement progressif des mesures

Quand les situations familiales sont très compromises au départ, le fait que les parents persévèrent sur le long terme et tentent de s'en sortir tant bien que mal, peut amener à un assouplissement des mesures judiciaires, afin de repasser du placement à l'AEMO. Voici une situation décrite en premier lieu par le juge :

On a placé les enfants, voilà, et les enfants, enfin ça remonte à quelques années, les enfants sont encore placés. Vous verrez le milieu ouvert date de 95 et ils sont encore placés. Alors il se trouve que dans ce dossier, bon, vous verrez, bon il y a quand même une dynamique du côté des parents, bon, c'est à dire que je vais peut être leur laisser une chance de récupérer leurs enfants

[Question : Ils ont pas disparu entre temps ?]

Alors ceux-là non, si vous voulez ils ont pas du tout disparu, bon, ils ont pas toujours été présents, parce que bon, il y a eu quelques incarcérations, euh, quelques péripéties dans ce sursaut parental, donc disons que monsieur, on sait pas s'il est guéri de sa toxicomanie ou de sa délinquance, mais enfin bon ils ont fait un certain nombre d'efforts. Alors ce que je constate, c'est qu'ils prennent des produits de substitution, ils ont un suivi tous les deux dans un centre, il y a un médecin qui les suit,

[Question : Une vraie substitution ?]

J'espère que c'est une vraie substitution, de toute façon moi je suis pas, je suis pas dans le secret, j'ai cru comprendre qu'ils allaient mieux quand même, ils ont des perspectives, de changer de lieu aussi, enfin de lieu de vie, parce qu'ils sont à [ville] et c'est quand même, enfin dans certains quartiers proches des autoroutes, c'est quand même pas terrible quand on veut s'en sortir, parce qu'il y a quand même un certain milieu qui peut vous retrouver, et en fait, ce qui m'incite en fait à faire la main levée de ce placement, ben c'est que la qualité du lien est excellente entre les enfants et les parents, c'est à dire qu'ils ont réussi à créer un lien qui ait du sens, voyez

[Question : Donc malgré le placement, ils ont suivi et ils ont créé un lien ?]

Ils se sont accrochés, si vous voulez ils ont pas disparu, ils ont créé un lien, il y a de l'affection, bon, ils se proposent de changer les choses, alors, je vais faire un essai, alors si vous voulez c'est ce que je marque, je marque à la fin, mais je ne me fais pas quand même de grandes illusions, j'essaie d'améliorer, après tout, nous on est pour le maintien des liens, on doit réexaminer la situation.

Juge des Enfants, entretien n° 18.

Dans ce dossier, en réalité, on sent bien au fil des rapports du placement familial qui suit les enfants, une usure du service, qui a du mal à donner un sens à la mesure, les parents restant extrêmement présents, malgré leurs séjours en prison et les relations

affectives étant très fortes. De fait, le rapport de l'Aide sociale à l'enfance a une conclusion montrant les limites de la prise en charge :

« La situation reste encore fragile et précaire d'autant plus qu'il nous semble que madame porte pratiquement seule ce projet. Face au fonctionnement complexe lié aux difficultés du couple parental, toxicomanie, prison, il semble que nous ayons atteint les limites du travail avec la famille pour qui le placement des enfants n'a plus de sens. A moyen terme, si un retour était prévu, il ne pourrait avoir lieu que dans certaines conditions conjointes au placement qui permettraient d'impliquer la famille. Cela pourrait passer par un accompagnement éducatif de proximité au domicile, AEMO, tout en gardant la possibilité transitoire de saisir à tout moment le service de placement familial pour le ré accueil des enfants. Cela aurait l'avantage de mesurer la capacité de la famille à se mobiliser effectivement autour de la prise en charge quotidienne et d'être mise face à ses responsabilités.

Rapport ASE in dossier judiciaire.

A la fin de cette affaire, lors de l'audience, le père indique avoir commencé un traitement de substitution, la mère qu'elle a arrêté y compris le Subutex, qu'elle ne prend plus rien et qu'elle a un soutien psychologique. Tous ces éléments sont pris en compte dans le jugement qui propose un retour en famille à l'essai, comme nous l'a décrit le juge ci-dessus.

Voici un autre exemple. Il s'agit de la suite du récit de Zohra, de son rapprochement progressif de ses trois enfants placés à sa demande, après son quatrième accouchement où elle a abandonné l'enfant :

[Question : Donc vous avez quand même été séparés ?]

Six ans, ça fait six ans qu'on est séparés. Bon entre les deux, quand j'avais un appartement ils venaient le week-end à la maison, pour les vacances... quand j'avais de quoi les accueillir, j'ai toujours eu un maintien avec mes enfants. La plus grande période où je les ai pas vus ça a été deux mois, mais j'ai toujours eu un, un maintien avec mes enfants. Et euh, et, maintenant bon je sais pas, mes enfants sont sur Paris (...)

[Question : Et le juge était toujours sur [ville] ?]

Oui, oui, oui, oui, j'ai demandé le transfert, le dossier a été transféré à Paris, et euh, qu'est-ce qu'il y a encore dans ce placement, je sais pas. Ouais je crois qu'il y a toujours eu un maintien, j'ai toujours continué à les voir mes enfants, j'osais pas aller les chercher à l'école, j'osais pas m'intégrer à leur vie scolaire, il y a des choses que j'osais pas faire, mais j'étais là. Et puis après j'allais, dans les kermesses, j'allais les voir à la gym, euh...

Et puis maintenant ils sont sur Paris et puis j'ai mon appartement sur Paris et ils sont chez moi là du mardi au mercredi et puis du samedi au dimanche ou même le lundi matin. Je me mobilise à l'école, je participe, quand il y a une sortie que je peux accompagner mes enfants, je les accompagne.

Zohra, entretien n°33.

Pour Zohra, ces assouplissements progressifs des mesures, actuellement elle voit ses enfants toutes les semaines, les prend le week-end et souvent du mardi soir au mercredi soir, sont en train de se concrétiser vers un retour. Afin de ne pas la surcharger, le juge a opté pour un retour d'un enfant à la fois, tous les trois mois, ce qui ne va pas sans poser de problèmes de jalousie au sein de la fratrie.

c) Comment faire pour que « ça ne recommence pas » ?

La question qui se pose ici est de savoir dans quelle mesure ces femmes ont le droit à l'oubli de leur situation passée, et surtout des placements antérieurs. Le casier judiciaire comporte des amnisties, ce qui n'est pas toujours le cas des dossiers sociaux. Les femmes une fois prises dans cette spirale du placement, semblent ne plus pouvoir en sortir, à l'instar de Maggie, l'héroïne de *Ladybird*. Comment prouver que leur situation a suffisamment évolué pour que l'on puisse leur faire confiance ?

Mais comment faire pour que ça ne recommence pas ? Elle avait très, très peur, elle disait, je pensais à accoucher quelque part où on ne me connaît pas, mais elle dit je sens que ça va me rattraper et là peut être que je vais tout faire rater quoi. Les possibilités que j'aurais peut être en faisant les choses comme il faut, et c'était pas facile parce que elle demandait là aussi comme une garantie quoi, si je fais tout bien est-ce que on va me laisser mon... c'est pas simple, nous on peut pas parler au nom du juge, au nom de tout ça. Bon effectivement on lui a laissé son gamin avec mise en place quand même, entre parenthèses d'une surveillance, même si elle était pas très lourde, mais une surveillance, qu'elle avait très bien acceptée pour euh. Ah non, elle avait très, très bien compris et je pense que ça ne posait aucun problème.

Cadre sage-femme, entretien n° 16.

Ici, bien sûr on voit que la confiance est limitée, puisque malgré un nouveau conjoint, l'arrêt de la drogue, une mesure lourde sera imposée à cette femme. La trace du placement précédent n'est jamais tout à fait effacée, ni dans son esprit ni dans les dossiers sociaux qui la concernent.

Cette absence « d'amnistie sociale » des événements ayant entraîné le placement des enfants précédents est une constante des récits de parents, qu'illustrent par exemple ceux publiés par le mouvement ATD Quart Monde. Sans jamais prendre en compte l'évolution de la famille et les compétences parentales, les rapports reviennent sur tout ce qui a pu leur être reproché un jour : « *Je me sentais accablée. J'avais l'impression qu'il s'agissait d'une investigation criminelle. Les services sociaux préparaient un rapport en reprenant des choses vieilles de vingt ans. Il m'a semblé que chaque petit incident négatif de ma vie avait été inclus dans ce rapport* » (Linda, 2001).

Dans le cadre de cette recherche, nos interlocuteurs ne niaient pas la difficulté qu'éprouvaient les travailleurs sociaux à ne prendre en compte que la situation actuelle de la mère, sans inlassablement « ressortir » des éléments de son passé.

Ainsi, l'assistante sociale à propos du troisième enfant de Carole, montre bien les difficultés de ses collègues à se détacher du fait qu'elle ait déjà eu deux enfants placés, alors qu'elle-même manifeste une volonté de voir l'évolution positive de la situation, sans pour autant ignorer ce passé, d'autant plus qu'elle ne connaissait pas cette femme :

Donc moi justement ce qui m'a intéressée dans ce travail c'est de comprendre comment était envisagée l'arrivée de cet enfant et comment on pouvait éviter avec l'arrivée de cet enfant de reproduire ce qu'elle avait vécu auparavant. C'est ça qui m'a semblé le plus pertinent. Et donc déjà la différence qu'il y avait avec les deux autres grossesses, c'est que là il y avait le traitement de substitution

Hum

Qu'elle avait quand même un suivi médical, par une association spécialisée qui est [CSST] donc il y avait quand même des choses positives dans la situation et qu'a priori elle paraissait coopérer, elle travaillait avec l'ensemble des services sociaux, ce qui était quand même, moi par rapport à ça j'ai quand même eu, des réticences de certains partenaires qui m'ont dit oui elle est toxicomane, elle sait comment ça se passe, elle sait qu'il vaut mieux qu'elle soit coopérante si elle veut pas qu'on lui retire ses enfants.

Moi je suis partie dans l'esprit que peut être elle pensait à ça mais qu'on allait partir dans quelque chose de positif, sinon effectivement on allait droit dans le mur si on raisonnait de cette façon et qu'on verrait bien de toute façon comment ça se passe, même si elle fait semblant d'être coopérante, tôt ou tard ça se verra dans la façon dont on travaille avec elle. Moi, j'étais partie sur cette base-là.

Donc là il y a eu un tout petit peu de euh, deux façons différentes de penser suivant les partenaires, ceux qui me disaient on y va positivement et essaye d'avancer, qu'elle va pas reproduire ce qu'elle a vécu, et les autres un petit peu plus rigides qui disaient on a un petit peu plus d'expérience que vous, on sait comment ça se passe, elle va reproduire ce qu'elle a vécu, il faut faire un signalement, et moi j'étais pas partie sur un signalement tant que l'enfant n'était pas né, tant qu'on n'avait pas d'élément nouveau, et pour pas stigmatiser madame par rapport à un passé suffisamment douloureux où elle a ses responsabilités, j'ai été très claire avec madame, en lui disant je connais votre passé, je sais ce qui s'est passé avec les deux autres enfants.

Assistante sociale polyvalente, entretien n° 42.

Pour cette assistante sociale, son point de vue n'est pas partagé d'autres partenaires, qui sans doute plus âgés ou plus expérimentés (elle débute), « on a un petit peu plus d'expérience que vous », renvoient cette image de la femme toxicomane manipulatrice, connaissant bien les rouages et les règles du jeu.

De même, comme nous l'avions évoqué, Christine a vu sa vie basculer quand plus de cinq ans après, alors qu'elle s'en croyait « sortie », une mesure de placement est venue frapper son deuxième enfant, suite à des problèmes dans son couple.

Nos interlocuteurs ont conscience de cette répétition possible des placements, mais sans vouloir tomber dans l'autre extrême du non placement à tout prix :

C'est-à-dire je travaille qu'est-ce qui s'est passé ? Qu'est-ce qu'on va faire ? Est-ce qu'on va répéter ? Est-ce qu'on va pas répéter ? Est-ce qu'on va trouver quelque chose pour éviter de le répéter ? Parce que c'est pas simplement le coup de dire, on fait pas le placement, hein !

Assistante sociale CHU, entretien n° 7.

Pour ces femmes, des mesures en milieu ouvert sont proposées et « *très bien acceptées* » nous disent les professionnels ; elles sont surtout vécues comme le seul espoir de garder leurs enfants, même si elles impliquent une surveillance. Pour quelques unes de ces femmes, elles sont rattrapées par leur passé, souvent à un moment où, effectivement, elles ont réussi à bâtir une nouvelle vie, en particulier quand des affaires judiciaires sont en cours, pendant plusieurs mois ou années. Ainsi, en cas de délinquance, le temps que les affaires soient instruites, un an voire deux ou trois peuvent se passer avant que la condamnation ne soit prononcée. Certaines femmes qui avaient été laissées en liberté provisoire du fait d'un nouveau-né, sont alors incarcérées, ce qui réduit à néant les efforts précédents et entraîne le placement de l'enfant dont elles avaient la garde, ou de ceux nés postérieurement. C'est le cas pour Carole, comme nous l'explique l'une des assistantes sociales qui la suit :

Donc quand on pense qu'elle était dans la réinsertion, qu'elle était bien posée, parce que quand je parlais de rebelle, c'était vraiment le mot, elle s'est beaucoup assagie par rapport à N. [troisième enfant], elle prend sur elle aussi, sur ses pulsions, elle a fait un gros travail par rapport au soin, à une dynamique de soins, elle était dans une dynamique, euh, elle a à peine arrêté la consommation que voilà, elle se retrouve face à son passé, donc ça fait réfléchir, ça fait peur, ça fait très peur, moi, elle est arrivée vendredi dans mon bureau, elle était pétrifiée, elle tremblait de partout, elle pensait à N., je n'ai pas envie que ma fille soit placée, je sais ce que c'est, euh.

Assistante sociale, CSST, entretien n° 40.

Au-delà de ce recommencement pour les enfants suivants, c'est bien la question de la transmission intergénérationnelle qui est posée, ici pour Carole qui a elle-même été placée enfant du fait du décès de sa mère (lié à l'alcoolisme). La plupart des médecins sont très préoccupés à ce propos. En effet, les études épidémiologiques dans les centres de soins montrent que ces femmes toxicomanes ont souvent connu le placement ou la séparation. Les professionnels ne manquent pas de s'interroger sur le devenir à long terme de ces enfants que l'on sépare aujourd'hui.

Le juge, qui a examiné le premier signalement concernant les enfants de Carole a pris en compte son enfance et lui a expliqué qu'il voulait éviter une telle répétition :

On apprend que, pendant le séjour, il y a eu un signalement qui a été fait de la part du service social du centre maternel pour négligences lourdes vis-à-vis des enfants et violence verbale et physique. Donc euh, c'est un signalement qui a été transmis directement au juge, puisque c'était judiciaire. Donc ce signalement a été, a été fait bien sûr pour protéger l'enfant mais aussi pour permettre à madame de s'en sortir. Et puis là on apprend encore que madame a vécu dans son enfance d'énormes violences de la part de sa famille d'accueil, parce que son père est décédé et sa mère était alcoolique donc elle en a été séparée. Et donc sa famille d'accueil la battait et elle a subi un viol par un inconnu aussi très jeune, et elle a subi aussi d'énormes violences dans son enfance, donc c'était dans le but aussi de ne pas reproduire ce qu'elle avait vécu elle-même dans son enfance que le signalement avait été fait et, euh, donc voilà. Donc le premier signalement avait été fait pour ça. [... /...]

Ça a abouti à une AEMO judiciaire, ça n'a pas abouti à la séparation de la mère et des enfants, justement parce que le juge a estimé que séparer la mère de ses enfants ce serait reproduire ce que madame avait vécu, donc il a voulu dans un premier temps éviter cela. Euh, donc, bon, madame elle est restée avec ses enfants.

Assistante sociale polyvalente, entretien n° 42.

Deux contrepoids peuvent être apportés à cette notion de répétition au travers des générations. Tout d'abord, la réalité montrée par les enquêtes en centre de soins est une déformation, puisqu'il y a une sélection par l'entrée dans une structure de ce type. Autrement dit, la clientèle des centres de soins n'est en rien une population générale. C'est pourquoi, les études proposant un suivi de cohortes d'enfants doivent être privilégiées.

Les situations décrites en interrogeant les femmes constituant la file d'attente des centres de soins spécialisés aux toxicomanes sont particulièrement défavorables. Plus de six femmes sur dix interrogées rapportent avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles dans leur enfance ou leur adolescence, le plus souvent entre 5 et 12 ans. Une sur deux aura été séparée de ses parents et une sur cinq aura vécu en foyer (Cassen Myriam et al., 2002). Ces femmes, du fait de leur toxicomanie,

connaîtront ensuite la séparation d'avec leurs propres enfants, le taux de séparation étant proche de 50 % pour chaque naissance.

Cette description est retrouvée dans l'ensemble de la littérature internationale, les femmes en traitement dans tous les pays ont les mêmes parcours d'enfance difficile. Ainsi, dans des documents produits au Canada, le lien est directement établi entre ce passé et la consommation de substances : « *Un pourcentage significatif de toxicomanes mères ou enceintes ont été victimes de négligence, d'abus physique ou sexuel dans leur enfance. (...) Ces abus auraient laissé des séquelles importantes, notamment beaucoup de souffrance, ce qui explique en grande partie, chez ces femmes, le recours aux substances psychoactives* » (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999).

De tels résultats font l'objet d'un grand nombre de publications, malgré les biais qu'ils comportent par la sélection qu'ils opèrent. Pour éviter un tel recrutement, la seule alternative est une enquête en population générale. Une étude d'une très grande cohorte d'enfants a ainsi été menée par une équipe britannique. Les enfants sont issus d'une population générale de naissances (14 138) en 1991-1992. Les mères avaient accepté de participer à l'étude et ont rempli un questionnaire en période anténatal. Les signalements des enfants sont recherchés dans tous les fichiers des services sociaux jusqu'à fin 1998 (soit sur une période de huit années). Au total, 162 enfants avaient été enregistrés et 329 avaient fait l'objet d'une enquête des services de protection de l'enfance. Les résultats montrent que la maltraitance ou la séparation d'avec les parents ne sont pas des facteurs significativement liés après ajustement sur les autres facteurs de contexte, à l'exception des abus sexuels sur la mère (Sidebotham Peter *et al.*, 2001).

Il n'est pas toujours certain que l'aide apportée, l'intervention basée sur la notion de risque de danger pour l'enfant, ne puisse pas au final aggraver la situation. De nombreux ouvrages ou articles sont assez pessimistes sur ces questions. Cette idée d'une maltraitance secondaire au « traitement » imposé à la famille est présente dans les entretiens et amène les professionnels, en particulier les médecins à douter de cette action fondée sur l'urgence et l'immédiat. Même si c'est semble-t-il avec un décalage, les femmes bénéficient de cette mise en cause du placement en tant que séparation, comme moins dommageable à long terme pour l'enfant.

Oui, il vaut mieux leur laisser, qu'il y ait un lien qui s'est inscrit dans le début de la vie. Hein ! Et même avec des mamans malades mentales, ou toxicomanes, il vaut mieux leur laisser, ça, c'est ce que dit [association].

[...]

Mais je crois qu'il vaut mieux pour l'enfant, qu'il reste avec cette maman, même si elle est psychotique, même si elle est toxicomane, que d'être placé dans une pouponnière avec un défilé de personnels.

Médecin PMI, entretien n°8.

S'agissant d'enfants de parents dépendants, un bilan des connaissances canadien a cherché à établir l'impact de la consommation de drogues sur les enfants et leur capacité à récupérer de leurs conditions d'éducation (Vitaro Franck *et al.*, 2004). Ces auteurs soulignent la difficulté à discerner l'impact des consommations de stupéfiants des parents de leurs problèmes psychiatriques du fait de co-occurrence des deux morbidités, comme de l'impact de la consommation d'alcool. Ensuite, ils examinent la notion de résilience chez les enfants de parents toxicomanes.

La résilience a de multiples définitions qui ont été collectées par l'Observatoire international de la résilience¹²². En voici une, très généraliste : « *La résilience est la capacité à réussir, de manière acceptable pour la société, en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative* ». On rejoint ainsi les conclusions des travaux basés sur la population générale, la majorité des enfants maltraités deviendront de bons parents car ils auront trouvé un moyen de récupérer des conditions défavorables de leur enfance. Encore faut-il que quelqu'un à un moment de leur parcours leur en ait donné les moyens. Car pour la plupart des auteurs ayant travaillé sur cette notion, un enfant ne peut pas être résilient seul. Pour B. Cyrulnik, il doit rencontrer une personne, un tuteur de résilience, qui lui permette de reprendre son développement¹²³.

Concernant spécifiquement les enfants de parents toxicomanes, les quelques études publiées, portant sur des groupes d'enfants peu importants montrent des résultats relativement contrastés : il est difficile de prévoir si un environnement favorable après la naissance empêchera que l'enfant manifeste des troubles (agressivité, hyperactivité, opposition), mais un environnement familial sans violence, avec ou sans toxicomanie, paraît être plus propice. L'effet compensateur du milieu favorable paraît également limité : certains enfants, même élevés dans des familles d'accueil, affichent des retards intellectuels ou psycho-moteurs (mais ils sont plus souvent prématurés ou de poids inférieur à la naissance¹²⁴) (Vitaro Franck *et al.*, 2004).

¹²² www.observatoire-resilience.org

¹²³ B. Cyrulnik (2001), *Les vilains petits canards*, Paris, Odile Jacob, p. 98, cité sur le site ci-dessus.

¹²⁴ - Dans les études examinées, il n'y a jamais de groupe témoin de femmes consommant des stupéfiants mais ni tabac ni alcool, ce qui est une limite évidente sur ce type de suivi.

Conclusion de la quatrième partie :

Bien que nos entretiens comportent de nombreux éléments sur le vécu du placement, le protocole d'enquête choisi ne permet pas d'explorer toutes les pistes relevées. La question des temporalités est par contre apparue comme fondamentale, tant l'interférence des temps institutionnels paraît cruciale dans les trajectoires de ces femmes.

Ce vécu précis des conditions de placement par les femmes toxicomanes n'est pas décrit dans la littérature explorée, ce qui est un handicap pour positionner les trajectoires examinées comparativement à d'autres recherches. De fait, même si l'on dispose de quelques descriptions transversales précises des femmes consommant des stupéfiants, ou en ayant consommé quant à leurs enfants et au devenir de ceux-ci, les suivis de cohortes sont rarissimes et souvent peu détaillés.

Ainsi, l'enquête en centres de soins menée par Myriam Cassen (2002) décrit les séparations des femmes et des enfants : pour leur premier enfant, 90 % des mères indiquent être reparties de la maternité avec leur nouveau-né, mais au moment de l'enquête quatre sur dix en avaient perdu la garde. Au final, les taux d'expérience de séparation sont proches de 50 % pour chaque enfant, soit au total 90 % des mères qui ont connu au moins une séparation, dont 20 % à l'occasion d'une incarcération. Au moment de l'enquête, près de quatre enfants sur dix ne sont pas à la garde de leur mère. On voit bien ici le décalage entre l'estimation du moment, quatre enfants sur dix et l'expérience biographique des femmes, neuf sur dix. La durée des différentes séparations n'est que peu explorée, du fait de cette approche transversale.

De fait, même si la fréquence des séparations nous a été présentée comme en nette diminution depuis une dizaine d'années, les femmes ayant plusieurs enfants ne sont pas concernées par ce changement, puisqu'elles ont eu leur premier né dans une période de fort recours au placement. Le changement ne sera donc susceptible de se manifester que pour les générations plus récentes, qui ont gardé leur premier enfant. De plus, pour les générations plus anciennes, le fait d'avoir perdu la garde d'un aîné est, nous l'avons vu, interprété en termes de facteur de risque, comme susceptible d'entraîner la séparation d'avec les enfants suivants, dans le doute et pour ne pas engager une responsabilité professionnelle par une attitude en rupture avec les décisions précédentes.

Conclusion générale

La grossesse chez les femmes toxicomanes est donc une situation à risque, comme peuvent l'être toutes autres circonstances médicales présentant un danger pour la mère ou l'enfant. La mauvaise information des personnels sur la nature de ce risque, comme sur les moyens de le réduire, combinée à des représentations encore globalement négatives de ces « mauvaises mères » qui mettent en danger leur enfant, peut conduire à une mauvaise estimation de ces risques, en particulier en les amplifiant de manière inconsidérée ou au contraire, en les minimisant. Ainsi, les choix thérapeutiques ou sociaux inadaptés, comme les conseils erronés sont plus susceptibles de trouver une place que dans d'autres problématiques.

Le processus décrit par la théorie de la désignation (label theory) fonctionne ici quand on s'intéresse à la réaction sociale comme processus producteur de la déviance repérée (Ogien Albert, 1986). La reconnaissance de la déviance d'un acte, ici l'usage illicite de stupéfiants, par la police, la justice, la médecine ou l'assistance participe à la définition d'un rôle social. La personne repérée comme déviante sur un aspect de sa vie est considérée comme déviante pour tous ses autres rôles sociaux (Becker Howard S., 1985). La femme toxicomane ne peut être qu'une mauvaise mère.

Les contrôles de la toxicomanie restent partiels et les moyens dont on dispose ne s'attaquent pas à la totalité de la problématique : « *Dès lors les pratiques, les actions, les politiques qui sont commandées par ces définitions partielles sont elles-mêmes partielles, et donc au moins partiellement inefficaces. Pour le dire autrement, l'expérience toxicomaniaque – et a fortiori l'ensemble des pratiques de consommation de drogues – déborde largement ce que peuvent en maîtriser les hétéro-contrôles. Ceci parce que la toxicomanie est une pratique sociale multidimensionnelle, et pas seulement une pratique qui touche à la délinquance ou à la pathologie* » (Castel Robert et Coppel Anne, 2001), p. 244.

De ce fait, bien souvent, l'accompagnement proposé est finalement inconsistant, chacun agit en opérant un renvoi sur d'autres professionnels par le biais des réseaux, alors même que la patiente n'est pas en capacité de mener à bien les différents projets établis pour elle. La plupart des CSST de la région parisienne (à l'exception de l'un d'entre eux proposant une prise en charge spécifique) ne considère pas la grossesse comme de nature à changer quoi que ce soit à la prise en charge précédente.

La sécurité de la grossesse telle qu'elle est entendue actuellement est essentiellement technique mais n'est pas la sécurité de la mère, ce qui provoque sa fuite car elle est mise en échec par des demandes multiples, d'abstinence, de suivi de grossesse et du bébé, de maternage adéquat. Les structures fermées, comme les UMB, constituent davantage une mise à l'essai de ces mères qu'une aide et elles rassurent les professionnels plus que les femmes. Comme à l'ensemble des femmes de milieu défavorisé, on leur demande de prouver qu'elles peuvent être de bonnes mères, en dehors des canons de la puériculture (avoir une pièce pour l'enfant, à une température adéquate, disposer d'une baignoire, etc.).

Le risque, l'urgence, le danger

Le dispositif français de prise en charge des enfants maltraités repose sur deux notions, celle de risque –qui détermine le choix d'une prise en charge administrative- et celle du danger –qui nécessite une intervention judiciaire-. Les multiples interprétations de ces deux termes par les différentes institutions en charge de l'application de la loi complexifient la prise en charge et entraînent des disparités sur le territoire national. En l'absence de maltraitance avérée, le risque pour l'enfant d'une mère toxicomane est perçu par analogie avec le fait que la femme fait partie d'un groupe à risque. Cette désignation permet de « *dénoncer, lui reprocher une déviance, une faute, et par là même envisager de le mettre à l'écart* » (Peretti-Watel Patrick, 2000), p. 59. Comme l'indique cet auteur, la désignation d'un groupe à risque, même si elle s'appuie sur une certaine objectivité (la statistique des atteintes envisagées), n'est pas exempte d'une subjectivité appuyée sur des représentations sociales.

Nous avons pu constater que la notion d'urgence peut primer sur celle du risque et déterminer le choix du circuit du danger : en cas d'urgence, il est fait appel au circuit du danger, quelque que soit le niveau de risque. Et cela même si la situation se situe manifestement dans une zone de simple risque : c'est le cas en l'absence de solution d'hébergement (les professionnels sont peu informés des structures disponibles hors de leur réseau habituel d'interlocuteurs), les intervenants peuvent opter pour un signalement judiciaire, poussés par l'urgence sociale. Or, le mode de vie du toxicomane le jette dans une urgence permanente, dans laquelle il va tenter de faire tomber les professionnels. Et le danger semblera d'autant plus fondé que la personne connaît mal la famille. Ainsi, l'urgence liée au départ aux vacances a été évoquée comme exemple d'un cas où le personnel est amené à prendre des décisions fortes, le signalement au parquet, alors que la concertation et l'évaluation auraient précisément amené à s'en abstenir.

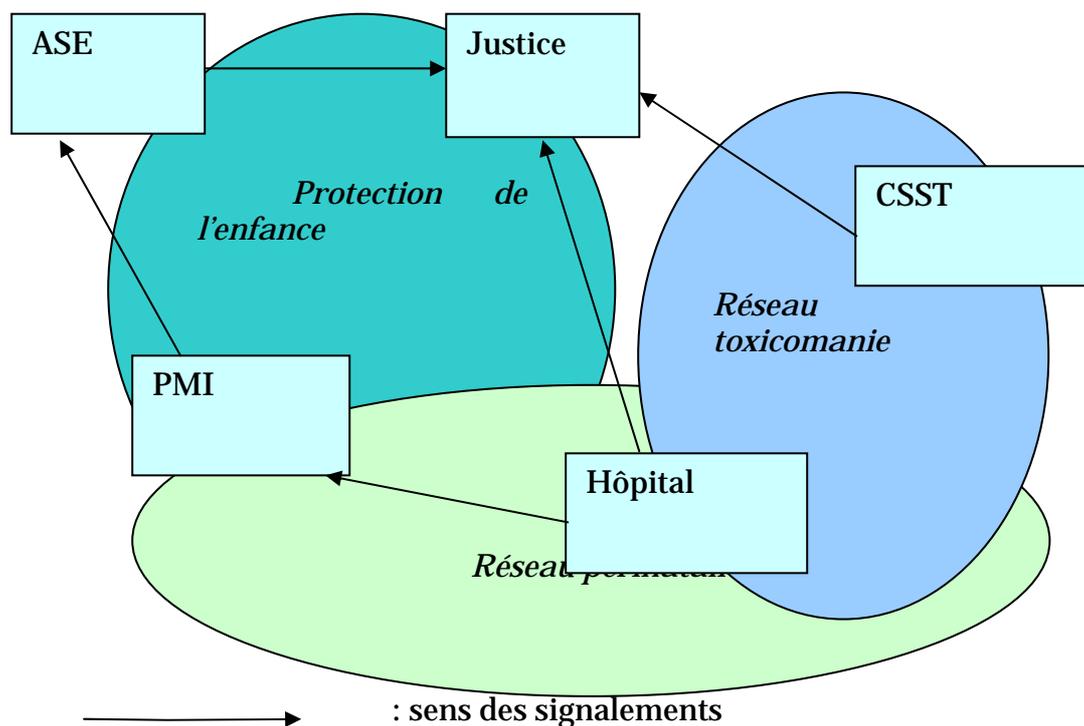
L'évolution que nous avons montrée pour la dernière décennie a amené les professionnels des différents secteurs, judiciaire, périnatal, social, protection de l'enfance à essayer de travailler ensemble pour répondre à la double problématique femme enceinte ou mère et toxicomane. Les dispositifs concernés fonctionnent néanmoins toujours de façon relativement cloisonnée, malgré la mise en place de réseaux de partenaires.

Les pratiques en réseau

La prise en charge de ces femmes enceintes et consommant des substances illicites a montré la présence d'au moins cinq acteurs, engagés dans des relations proches deux à deux. Ces acteurs sont regroupés dans trois réseaux : périnatalité, toxicomanie et protection de l'enfance (qui incluent par ailleurs d'autres partenaires, comme les médecins ou les pharmaciens de ville). Les signalements se font de manière hiérarchique ou horizontale selon les partenaires. Finalement, le schéma résultant de l'analyse des dispositifs en place s'avère complexe et ressemble plutôt à celui de la figure n°3.

Plusieurs réseaux se superposent sur un même secteur, propres à chaque problématique et la communication inter-réseaux n'est qu'à peine ébauchée. L'exemple le plus flagrant est l'exclusion de l'Aide sociale à l'enfance des réseaux périnatalité, par son inscription dans le champ du dommage alors que la PMI se positionnerait dans le champ de la prévention.

Figure 2 : Les différents partenaires et réseaux sur le terrain



La même cloison étanche avait pu être observée, il y a quelques années, dans le champ judiciaire de l'application des peines : les travailleurs sociaux du milieu ouvert n'intervenaient pas en prison et vice versa. En conséquence, tout le travail fait auprès d'une personne pendant sa détention, était abandonné et le dossier repris à zéro dès la libération, éventuellement par la même institution mais avec d'autres intervenants.

Ici, les centres de soins spécialisés aux toxicomanes s'effacent dès que leur cliente est enceinte, ils n'ont pas de savoir-faire dans le domaine de la maternité et craignent les conséquences éventuelles (avoir à signaler un enfant en danger) qui pourraient les inscrire en dehors de leur rôle et remettraient en question la relation thérapeutique. Seul un CSST parmi ceux observés, a mis en place un fonctionnement en lien avec la PMI, sous forme d'appui aux professionnels confrontés à des difficultés en lien avec une consommation de substances psychoactives. De façon générale, peu de services spécifiques aux femmes sont proposés dans ces centres et l'absence en particulier de consultations¹²⁵ ciblées sur la vie gynécologique de leurs patientes alors qu'elles sont d'âge fécond, souvent prostituées et sans contraception en est révélateur. Les expériences internationales ont largement montré que lorsqu'une femme sollicite un traitement, c'est bien souvent dans l'espoir de récupérer la garde de ses enfants (Poole Nancy et Isaac Barbara, 2001). Or, là aussi, l'aide apportée n'est pas suffisamment orientée vers des démarches en partenariat avec l'ASE pour qu'un tel projet ait une chance d'aboutir.

Les personnels de maternité et de périnatalité qui entourent des femmes enceintes ou de jeunes mères n'ont pas reçu de formation sur la question de la toxicomanie. Les peurs et les représentations négatives de la mauvaise mère les entraînent à prendre des décisions qu'ils jugent eux-mêmes les plus dommageables pour l'enfant, ce qui

¹²⁵ - Quelques vacances suffiraient.

renforcent leurs angoisses et une image négative de leur travail auprès de ces femmes.

Enfin, l'Aide sociale à l'enfance n'intervient que tardivement, lorsque le signalement judiciaire a été fait, voire lorsque l'ordonnance de placement provisoire est signée en urgence. Les centres de soins pour toxicomanes ignorent à peu près son existence et en ont des représentations figées et apocalyptiques (ils emploient encore l'expression « mettre l'enfant à l'Assistance publique »). Le partenariat avec les hôpitaux ne s'est pas concrétisé, le mode de fonctionnement de l'Aide sociale étant un reproche récurrent des professionnels médicaux. De fait, l'ASE n'est pas partie prenante des réseaux périnatalité, même si des relations personnelles peuvent exister entre quelques travailleurs sociaux et quelques médecins. Pourtant, la PMI qui est reconnue comme le partenaire privilégié des hôpitaux est une structure également dépendante des Conseils généraux (« *c'est la même boutique* », nous dira un professionnel) mais elle est perçue de manière extrêmement positive partout, voire même idéalisée comme protection universelle des enfants, alors qu'elle n'en concerne plus qu'une très faible minorité.

Le constat rejoint donc celui de la mission Naves-Cathala : « Ce qu'elle a pu vérifier, dans les départements où elle s'est rendue, est une méconnaissance réciproque des réalités qu'ont à gérer les partenaires départementaux » (p.24) mais aussi « une tendance à renvoyer sur l'autre institution la responsabilité de tel ou tel dysfonctionnement » (p.31).

Entre ces différents réseaux, se créent éventuellement des intersecteurs où certaines femmes ne sont prises en charge par aucun des partenaires. Au contraire, le cas de Carole était éclairant, certaines peuvent dépendre simultanément de tous les partenaires et de tous les réseaux. Carole a deux enfants placés sur décision judiciaire à l'ASE (réseau protection de l'enfance), un troisième bébé ne fait l'objet d'aucune décision judiciaire mais il est suivi en concertation entre l'hôpital et la PMI (réseau périnatalité). Elle est par ailleurs sous traitement de substitution par un centre de soins spécialisé et s'est adressée à l'assistante sociale polyvalente du secteur que nous n'avons pas fait figurer ici. Au total, sans même compter les mesures pénales suite à des actes de délinquance, elle est suivie par quatre assistantes sociales, une puéricultrice, un juge des enfants, un médecin de maternité, outre celui du CSST.

L'impact de la substitution

Les traitements de substitution paraissent l'élément le plus important de l'évolution des dix dernières années pour les soignants. Beaucoup des professionnels rencontrés en font des produits miracle, susceptible de résoudre tous les problèmes des femmes concernées. La situation est plus complexe. Ces traitements impliquent globalement une banalisation de l'héroïnomanie (par l'existence d'un remède) et une normalisation de la mère qui n'est plus en manque. Le Subutex, prescrit par tout médecin généraliste, a lui-même banalisé la substitution (Trépos Jean-Yves, 2003) en l'assimilant à toute prescription médicamenteuse. Trois grands groupes de situations ont pu être discernés au long de cette recherche.

La substitution a fait apparaître une catégorie de femmes peu repérées jusque là, disposant d'un logement, en couple, consommant du Subutex prescrit par un médecin généraliste et qui, à l'évidence, ne relèvent pas des mesures de séparation d'avec leurs enfants (Lejeune Claude *et al.*, 2003). Pour ces femmes, la substitution est conçue par les soignants comme un médicament, pour une pathologie de longue

durée, elles sont soignées et acceptent le contrôle social qu'induit cette prescription. Celles-ci confortent les personnels sur la possibilité de prise en charge en maternité et en les rassurant, ont amené à des innovations dans les pratiques, une approche plus globale, mais souvent concentrée autour du réseau périnatalité.

Pour un second groupe de femmes substituées, relativement stabilisées, ne consommant plus de stupéfiants, mais éventuellement de l'alcool ou des médicaments psychotropes, qui ne sont plus stigmatisées par un produit illicite, la substitution a permis de détourner l'attention. La norme pénale respectée (pas de produit illicite), la norme sociale de la « mauvaise mère » est écartée. Si elles ne sont plus déviantes sur un aspect de leur vie, elles ne le sont plus sur les autres. Alors qu'elles connaissent souvent de grosses difficultés sociales, la prise en charge s'est allégée, le signalement n'est plus qu'une information à la PMI, comme pour d'autres grossesses à risques –sur un modèle médical. Pour celles-ci, il semblerait que le protocole soit insuffisant, la substitution fonctionnant comme écran de fumée sur leurs autres difficultés. Les mesures judiciaires ou les placements ne sont-ils que retardés ? C'est le sentiment des juges, qui voient les dossiers beaucoup plus tardivement. Seuls des suivis de cohortes permettraient d'établir la proportion de séparations à l'âge scolaire.

Enfin, un troisième groupe de femmes ne bénéficie pas de la substitution, voire l'utilise comme une substance supplémentaire dans une polytoxicomanie active, avec injection y compris du Subutex. Celles-ci sont toujours doublement déviantes : elles consomment des produits illicites et ne peuvent être que de mauvaises mères. Ces cas les plus graves sont devenus rares, mais restent un point névralgique (cinq par an pour les CHU visités). Ces femmes entretiennent les personnels ayant quelques années d'expérience dans leurs représentations négatives de clientes ingérables, qui risquent de disparaître en abandonnant leur enfant. Leur comportement associé aux très faibles disponibilités de prises en charge spécifiques continue à entraîner le placement de leurs enfants. Celles-ci continuent à marquer les esprits, l'héroïnomanie en est l'emblème. La disparition actuelle de cette substance desserre l'étau, mais il est à craindre que d'autres produits puissent prendre la relève.

Les autres produits

Les professionnels rencontrés avaient une expérience des problématiques liées aux drogues reposant quasiment exclusivement sur l'héroïne et ses traitements de substitution. A l'évidence, il s'agit aujourd'hui d'une période de transition, entre les fortes consommations d'héroïne des années quatre-vingt, suivies par un recours important aux traitements de substitution.

De ce fait, la consommation de cocaïne n'a été que peu évoquée par nos interlocuteurs, car quand ils ont été confrontés à des femmes qui en consommaient, elles appartenaient plus souvent à des milieux aisés. Leur prise en charge ne dépendait donc ni de l'aide sociale, ni des CSST.

La présence de jeunes femmes consommant du crack est aujourd'hui bien documentée par les dispositifs de repérage (dispositif Trend, enquête Coquelicot de l'INVS). Seules quelques unes sont enceintes chaque année, car cet usage concerne surtout des femmes qui n'ont pas atteint l'âge fécond. En l'absence de traitement de substitution, de leur comportement de fugues et d'errance, elles pourraient faire dans les prochaines années basculer de nouveau les services de maternité vers des situations « *ingérables* », comme l'a d'ailleurs exprimé une sage-femme exerçant

dans un CHU du nord-ouest parisien, aux « *avant-postes* » de ce changement de clientèle.

Pour ce qui concerne le cannabis, sa relative banalisation jusqu'à aujourd'hui par le public, comme par les soignants, est remise en cause, sa lente montée en charge dans les centres de soins en étant révélatrice. Les conséquences sur la grossesse sont mal documentées, les résultats des recherches publiées étant souvent contradictoires. Une enquête portant sur plus de 12 000 femmes relève néanmoins une corrélation statistiquement significative avec un poids de naissance plus faible (Fergusson D. *et al.*, 2002). Ce risque est pourtant minimisé, du fait notamment de l'interférence avec le tabagisme. Les résultats les plus récents démontrent néanmoins une atteinte spécifique du fœtus¹²⁶.

Pour ce qui concerne les produits, il semblerait donc que l'on se situe aujourd'hui dans un entre-deux, à la charnière de deux époques : la fin de l'héroïnomanie « dure » (avec moins de recours à l'injection du fait de l'impact du sida) et la forte progression des poly-usages de produits moins stigmatisés. Les comportements des jeunes femmes des générations les plus récentes, en particulier les conduites d'excès feront sans doute apparaître de nouvelles difficultés, en l'absence d'une politique claire de prévention ciblée sur la grossesse.

L'impact de la précarité

Il a été clairement démontré que la toxicomanie en tant que telle n'est pas identifiée comme une situation de danger pour l'enfant, mais comme une situation à risques dont le niveau de dangerosité n'apparaît que par l'intrication avec des conditions sociales défavorables. Les femmes héroïnomanes, du fait de leurs caractéristiques sociales et culturelles (précarité, faible réseau relationnel (rupture avec la famille, célibat, séparation des enfants), bien plus encore que du fait de leur consommation de produits, sont davantage susceptibles d'être séparées de leurs enfants dès la naissance. La stigmatisation de la pauvreté et celle de la toxicomanie se cumulent pour aboutir à des mesures drastiques.

Bien que l'évolution soit flagrante depuis quelques années, les faibles possibilités de prise en charge structurées sur la région parisienne, comme l'absence de solutions adaptées d'hébergement en urgence, condamnent souvent ces femmes à une séparation qui deviendra définitive, car elles ne seront pas en capacité ou ne recevront pas une aide suffisante pour maintenir le lien. Dans ce contexte, la question du logement s'est avérée cruciale, tant il est évident que pour les acteurs sociaux, on ne peut pas être une bonne mère sans un logement décent, permettant de mettre en œuvre les normes de l'accueil du nouveau-né.

La difficulté d'isoler ce qui peut être spécifiquement imputé à la toxicomanie de la mère a été un point récurrent au cours de cette recherche. De multiples sujets d'intérêt se sont greffés tout au long du travail de terrain, constituant autant de recherches dans la recherche que l'on ne pouvait approfondir : le fonctionnement local des différents réseaux, la signification du placement aujourd'hui, la maternité chez les femmes toxicomanes, le devenir ou la souffrance des enfants, etc.

¹²⁶ - INSERM, Information presse du 14 juin 2005, « Cannabis : le fœtus en danger ? », 3 p.

Bibliographie

- Abel Ernest L. et Kruger Michael, 2002. "Physician attitudes concerning legal coercion of pregnant alcohol and drug abusers." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186 (Number 4):768-772.
- ATD QUART MONDE, 2002. *Le droit de vivre en famille. Dialogue entre professionnels et familles en situation de grande pauvreté*. Paris: Editions Quart Monde, 248 p.
- , 2003. *Précieus enfants, précieux parents*. Paris: Editions Quart Monde, 230 p.
- Attias-Donfut Claudine, Lapiere Nicole et Segalen Martine, 2002. *Le nouvel esprit de famille*. Paris: Odile Jacob, 294 p.
- Aubisson Sandrine, 2002a. "La mauvaise mère, autopsie d'un fait divers." DEA de Sociologie, sous la direction de Pr Valade, Département des Sciences Sociales, Université Paris 5, 56 p.
- , 2002b. "Les mères toxicomanes : entre stigmatisation et espoir de changement, prise de risque et transgression. Des trajectoires en recomposition." DEA Cultures et Comportements sociaux. Sous la direction de Pr Gani, Pr Rollet, L. Simmat-Durand, Paris 5, 159 p.
- Aubisson Sandrine, Cneude Francis, Lejeune Claude et Simmat-Durand Laurence, 2001. "Etude comparative de nouveau-nés de mères substituées par méthadone ou buprénorphine haut dosage pendant la grossesse." *La Lettre du Pharmacologue* 15 (3):45-48.
- Badeyan G. et Wcislo M., 2000. "La situation périnatale en France en 1998." *Etudes et Résultats, DREES* 73.
- Bailleau Francis, Castel Robert et Joubert Michel, 1995. "La réduction des risques, peau de chagrin des politiques sociales ?" *Le Journal du Sida* (n° 73).
- Barraco Martine et Lamour Martine, 2001. "Le bébé : du rêve au cauchemar." *Dialogue* 152 ("Parentalités défaillantes, soins et séparations"):3-7.
- Barreyre J.Y., Bouquet B. et Chantereau A., 1995. *Dictionnaire critique d'action sociale*. Paris: Bayard (Travail Social),
- Baudier-Lorin Claire et Chastenet Benoît, 2004. "Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2003." *Etudes et Résultats* (n° 332).
- Beck François et Legleye Stéphane, 2004. "Usages de cannabis à la fin de l'adolescence : principaux résultats de l'enquête ESCAPAD 2002 et évolutions récentes." *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (n° 13):8 p.
- Becker Howard S., 1985. *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance (1ère édition américaine, 1963)*. Paris: Editions Métailié, 248 p.
- Benos P., 1999. "Grossesse, héroïne et substitution." *La lettre du gynécologue* 241.
- Bergeron Henri, 1999. *L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Paris: P.U.F., 370 p.
- Bertaux Daniel, 1997. *Les récits de vie*. Paris: Nathan, 128 p.
- Billon Jacqueline et Forestier Danièle, 2000. "Connaissances professionnelles et savoirs profanes." in *Les usagers du système de soins*, edited by S.F.-X. Cresson Geneviève. Rennes: E.N.S.P., 229-244.

- Blondel Béatrice, Supernant Karine, du Mazaubrun Christiane et Breart Gérard, 2005. Enquête nationale périnatale 2003. Tome 1 : situation en 2003 et évolution depuis 1998, Paris, Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille, 39 p.
- Blumenthal Susan J., 1998. "Women and substance abuse : a new national focus." in *Drug addiction research and the health of women*, edited by R.A.B. Wetherington Cora Lee. Rockville: National Institute on drug abuse, 13-32.
- Boltanski Luc, 2004. *La condition foetale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Paris: Gallimard, 420 p.
- Bonnet Catherine, 1996. *Geste d'amour, l'accouchement sous X*. Paris: Odile Jacob, 276 p.
- Bordes N. et Pinganaud S., 1996. "Stupéfiants et grossesse." Mémoire pour le diplôme de sage-femme, Bordeaux 2,
- Bouchez J. et Carlus C., 1997. "Lorsque l'enfant paraît." in *Les traitements de substitution pour les usagers de drogue*, edited by J.C. Touzeau D. Paris: Arnette, 133-147.
- Bouhnik Patricia, Touzé Sylviane et Vallette Viallard Charles, 2002. *Sous le signe du "matos". Contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psychoactifs*. Paris: O.F.D.T, 200 p.
- Caballero Francis, 1992. *Drogues et Droits de l'homme: Les Empêcheurs de penser en rond*,
- Cambou Jeannette et Sallé Pierre, 2001. Les traitements ambulatoires de substitution des pharmacodépendances aux opiacés dans le Val de Marne, Créteil, Assurance maladie, 30
- Cardi Coline, 2004. "La figure de la "mauvaise mère" dans la justice des mineurs." in *Maternité et parentalité*, edited by Neyrand Gérard. Rennes: E.N.S.P., 69-82.
- Cassen Myriam, Facy Françoise, Pohier Eric, Villez Marie et Delile Jean-Michel, 2002. Maternités et toxicomanies. Etude sur 171 mères toxicomanes et leurs 302 enfants, Bordeaux, Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue CEID, 34 p.
- Castel Robert et Coppel Anne, 2001. "Les contrôles de la toxicomanie." in *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, edited by Ehrenberg Alain (dir.). Paris: Editions Esprit, 237-256.
- Center for reproductive rights, 2000. Punishing women for their behavior during pregnancy, New York, www.crlp.org,
- Chauvière Michel, 2002. "De la famille à la parentalité : simple ajustement ou redéfinition normative ?" in *La parentalité en questions. Problématiques et pratiques professionnelles*, edited by Vossier Bernard. Issy-les-Moulineaux: E.S.F., p. 55-67.
- Child Welfare League of America, 2001. Alcohol, other drugs and child welfare, Washington, www.cwla.org,
- Clément Marie-Eve et Tourigny Marc, 1999. Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents : portrait d'une double problématique, Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, Gouvernement du Québec, 96 p.
- Clément Serge et Membrado Monique, 2001. "Des alcooliques pas comme les autres ? La construction d'une catégorie sexuée." in *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques.*, edited by Pierre Aïach. Rennes: E.N.S.P., 51-74.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999. Avis sur les mères toxicomanes, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 22 p.
- Condition féminine Canada, 2002. Une question capitale pour les mères : le discours sur les soins maternels en situation de crise,

- , 2003. Où se tourner ? La situation des jeunes femmes sans domicile fixe au Canada., www.conditionfemininecanada.ca.
- Conseil général des Hauts-de-Seine, 2003. Vie sociale, rapport d'activité 2002, Nanterre, 88 p.
- Conseil supérieur du travail social, 2002. *Violence et champ social*. Rennes: E.N.S.P., 272 p.
- Crisp Arthur H., Gelder Michael G. et Rix Susannah, 2000. "Stigmatisation of people with mental illnesses." *British Journal of Psychiatry* 177:4-7.
- Davidson Ward S.L. et Keens T.G., 1992. "Apnea and sudden infant death syndrome, perinatal substance abuse." *Clinical Perinatology* 19:849-860.
- Davis Madeleine et Wallbridge David, 1992. *Winnicott, introduction à son oeuvre*. Paris: P.U.F.,
- de l'Espinay Geneviève et Papalardi Chantal, 1998. *Accompagner le placement familial. Du tiers médiateur au tiers symbolique*. Lyon: Chronique sociale, 170 p.
- Debourg Alain (dir.), 2003. *Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?* Ramonville-Saint-Agne: Erès, 188 p.
- Défenseur des Enfants, 2004. Rapport annuel au Président de la République et au Parlement, Paris, 160 p.
- Dehaene Philippe, 1995. *La grossesse et l'alcool*. Paris: P.U.F., 126 p.
- Dekeuwer-Defossez Françoise, 1999. Rénover le droit de la famille : propositions pour un droit adapté aux réalités et aux aspirations de notre temps., Paris, Ministère de la Justice, publié en ligne sur le site de la Documentation Française.,
- Delaisi de Parseval Geneviève et Lallemand Suzanne, 2001. *L'art d'accomoder les bébés*. Paris: Odile Jacob (1ère édition 1980),
- Delaisi de Perceval Geneviève et Lallemand Suzanne, 2001 (1ère édition 1980). *L'art d'accommoder les bébés*. Paris: Odile Jacob, 322 p.
- Département de Paris, 2003. Guide du signalement d'enfants en danger. Dossiers de Chaligny., Paris, Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé, 178 p.
- Deschamps Jean-Pierre, 2001. Le contradictoire et la communication des dossiers en assistance éducative, Paris, Ministère de la Justice, 43 p.
- Doitteau Nolween et Damant Dominique, 2005. "La maternité des femmes prostituées." *Le Journal international de victimologie* 3 (n°3).
- Donati Pascale, Mollo S., Norvez Alain et Rollet Catherine, 1999. *Les centres maternels. Réalités et enjeux éducatifs*. Paris: L'Harmattan, 314 p.
- Duburcq Anne, Soria Jacques, Ahouanto Marie et Pechevis Marc, 2001. Evaluation du dispositif "familles d'accueil pour toxicomanes", Paris, OFDT, 63
- Dumaret Anne-Camille et Donati Pascale, 1999. *Les liens familiaux à l'épreuve du sida*. Paris: CTNERHI, 232.
- Dumas Agnès, 2003. "Recherche-action : Pratique médicale et représentation de l'alcool chez les professionnels de l'obstétrique." *Maîtrise de Sociologie*, sous la direction de L. Simmat-Durand et L. Gani, Département de Sciences Sociales, Paris 5, 158 p.
- Durning Paul et Chrétien Jacques, 2001. *L'A.E.M.O. en recherche. L'état des connaissances, l'état des questions*. Vigneux-sur-Seine: Matrice, 214 p.

- Durning Paul, Fablet Dominique et Mackiewicz Maire-Pierre, 1993. Les processus de décision et les pratiques professionnelles en oeuvre lors des visites à domicile effectuées par les puéricultrices de la PMI du département des Hauts-de-Seine, Conseil Général des Hauts-de-Seine,
- Durning Pierre, 2000. "De la substitution à la formation parentale. Emergence d'une approche socio-éducative de la parentalité." *Les Sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle* XXXIII (4):15-37.
- Ebrahim Shahul H. et Gfroerer Joseph, 2003. "Pregnancy-related substance use in the United States during 1996-1998." *Obstetrics and Gynecology* 101 (n°2):374-379.
- El-Mohandes AA, Young M et El-Khorazaty MN, 1998. "Poor prenatal care or illicit drug use : which of the two is a stronger risk association for prematurity and low birth weight ?" *Pediatric Research* 43 (Apr):213A.
- Ernst Marie-Louise, 2001. "Approche et rencontre des femmes enceintes toxicomanes." in *Grossesse et toxicomanies. Etat des lieux en l'an 2000.*, edited by Groupe Pompidou. Strasbourg: Editions du Conseil de l'Europe, 105-109.
- Esquivel Térésa, 1994. "Les enfants de toxicomanes." Thèse de Psycho-pathologie, Université Paris 5, 3 volumes, 1073 p.
- Fablet Dominique, 2002. "La suppléance familiale a-t-elle encore un sens ?" in *La parentalité en questions. Problématiques et pratiques professionnelles*, edited by Andesi (sous la direction de Bernard Vossier). Issy-les-Moulineaux: ESF Editions, pp.117-128.
- Facy Françoise, 1996. "Femmes toxicomanes et mères toxicomanes, repères épidémiologiques." in *3ème Journée parisienne d'obstétrico-pédiatrie: Les Cahiers de l'AP-HP, Doin*,
- Facy Françoise, Mariani Evelyne, Stocco Paolo et Cagni Gérard, 2004. "Traitements des mères toxicomanes. Etude européenne IREFREA et participation française." in *Addictions au féminin*, edited by V.M. Facy Françoise, Delille Michel, Dally Sylvain (dir)., Paris: Editions EDK, 85-96.
- Fedi M.T., 1994. Estimation des besoins en formation permanente du personne médical, paramédical et social des serices de maternité recevant des femmes séropositives VIH, Châtillon, PREMIS-Horizons,
- Fergusson D., Horwood L. et Northstone K., 2002. "Maternal use of cannabis and pregnancy outcome." *BJOG* 109 (1):21-27.
- Ferraro Filippo, 1998. *La grossesse et les drogues*. Paris: PUF,
- Finch Brian Karl, Vega William et Kolody Bohdan, 2001. "Substance use during pregnancy in the state of California." *Social Science and Medicine* 52:571-583.
- Finnegan Loretta P., 1994. "Morbidity et mortalité périnatales dans les familles d'usagers de drogues : effets et stratégies d'intervention." *Bulletin des Stupéfiants* 46 (1):17-37.
- Flager Elizabeth, Baylis Françoise et Rodgers Sanda, 1997. "Bioethics for clinicians : Ethical dilemmas that arise in the care of pregnant women : rethinking maternal-fetal conflicts." *Canadian Medical Association Journal* 156 (12):pp. 1729-1732.
- Fontaine Astrid, 2002. Usages de drogue et vie professionnelle, Paris, O.F.D.T., 213 p.
- Gauthier Jean, Bel Sophie et Di Tommasso Steve, 1998. "De la dépendance à l'attachement : réflexions sur le parcours avec des femmes enceintes narcomanes." *Psychotropes* 4 (n°2):9-20.
- Geismar-Wiewiorka S., Guionnet C. et Guis G., 1997. *La méthadone*. Paris: P.U.F.,
- Geistlich Sabine, 1998. "Couse of pregnancy and withdrawal symptoms in new born infants of female methadone patients and women under morphine substitution treatment." in *Pregnancy and drug misuse*, edited by Conseil de l'Europe. Strasbourg,

- Gibier Lionel, 1999a. "La femme enceinte toxicomane. Principes de prise en charge." *Interventions* (n° 68).
- , 1999b. *Prise en charge des usagers de drogue*. Rueil-Malmaison: Doin (collection Conduites),
- Goffman E., 1975. *Stigmates*. Paris: Les Editions de Minuit,
- Grangaud Nadine, 2002. "Psychopathologie du déni de grossesse : une revue de la littérature." *Perspectives psychiatriques* 41 (3 - Déni de grossesse):pp. 174-181.
- Groupe Pompidou, 1997. "Pregnancy and drug misuse." Presented at Symposium organised by the Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs, Strasbourg (6-7 march).
- , 2001. *Grossesse et toxicomanies, état des lieux en l'an 2000*. Strasbourg: Editions du Conseil de l'Europe, 273 p.
- Guilbert Philippe, Baudier François et Gautier Arnaud, 2001. *Baromètre santé 2000*. Vanves: Comité français d'éducation à la santé. 473 p.
- Guyon Louise, de Koninck Maria, Morissette Pauline et Chayer Lyne, 1998. Toxicomanie et maternité : un projet possible. Une synthèse des connaissances actuelles., Québec, Comité Permanent de Lutte à la toxicomanie, 112 p.
- Hachet Pascal, 2004. "La communication d'informations lors d'un travail en réseau autour de toxicomanes." *Face à Face* n° 6 (Conceptions professionnelles et pratiques des acteurs de santé).
- Hagopian G.S., Wolfe H.M. et Sokol R.J., 1996. "Neonatal outcome following maternal exposure in utero." *The Journal of Maternal-Fetal Medicine* 5 (6):348-354.
- Halfen Sandrine, Embersin Catherine et Grémy Isabelle, 2003. "Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France. Spécificité des femmes : épidémiologie et aspects de la prévention." *Bulletin de santé épidémiologique en Ile-de-France* (n° 8):8 p.
- Haut Comité de la Santé Publique, 1994. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité, Paris, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, 255
- Hohman Melinda M., Shillington Audrey M. et Baxter Jeather G., 2003. "A comparison of pregnant women presenting for alcohol and other drug treatment by CPS status." *Child Abuse and Neglect* 27:303-317.
- Howell E.M., Heiser N. et Harrington M., 1999. "A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women." *Journal of Substance Abuse Treatment* 16 (3):195-219.
- Huestis M.A. et Choo R.E., 2002. "Drug abuse's smallest victims : in utero drug exposure." *Forensic Science International* 128:20-30.
- INSERM, 1998. Evaluer la mise à disposition du Subutex pour la prise en charge, Paris, Ministère de la santé (www.sante.gouv.fr),
- , 2001. *Expertise collective : Alcool, effets sur la santé*. Paris: Les Editions Inserm, 358 p.
- ISDD, 1999. Trends and updates (chapter 18 : women, children and drug use), U.K., (www.isdd.co.uk),
- Jacob Marie et Laberge Danielle, 2001. "L'évaluation des signalements à la Direction de la protection de la jeunesse : étude des facteurs qui influencent les décisions prises par les intervenants." *Criminologie* 34 (n°1):123-155.
- Jacquey-Vazquez Bénédicte, Blocquaux Jean, Soutou Pierre et Vieillerivière Jean-Luc, 2000. Contrôle de quatre services départementaux de l'aide sociale à l'enfance, Paris, IGAS, Inspection générale des Affaires Sociales,

- Jauffret-Roustide Marie, 2004. "Evolution des politiques publiques." in *Les drogues. Approche sociologique, économique et politique*, edited by Jauffret-Roustide Marie. Paris: La Documentation française, 111-142.
- Jernite M. et Viville B., 1999. "Grossesse et buprénorphine, à propos de 24 cas." *Archives de Pédiatrie* 11:1179-1185.
- Johnson R.E., Jones H.E. et Jasinski D.R., 2001. "Buprenorphine treatment of pregnant opioid-dependent women : maternal and neonatal outcomes." *Drug and Alcohol Dependence* 63 (1):97-103.
- Kandall Stephen R., 1998. "Women and addiction in the United States - 1920 to present." in *Drug addiction research and the health of women*, edited by Roman Adele B.: The National Institute on drug abuse (NIDA),
- Kerker Bonnie D., Horwitz Sarah M. et Leventhal John M., 2004. "Patients' characteristics and providers' attitudes : predictors of screening for illicit substance use." *Child Abuse and Neglect*, 28:209-223.
- Kolder VE, Galagher J. et Parsons MT, 1987. "Court-ordered obstetrical interventions." *The New England Journal of Medicine* 316 (May 7):pp. 1192-1996.
- Koren Gideon, Shear Heather, Graham Karen et Einarson Tom, 1989. "Bias against the null hypothesis : the reproductive hazards of cocaine." *The Lancet* 334 (8677):1440-1442.
- Lacharité Carl, 2003. "Les compétences parentales, enjeux cliniques." Presented at Conférence de l'Institut universaire des centres de jeunesse du Canada, Centre Jeunesse de Québec.
- Laé Jean-François et Murard Numa, 1995. *Les récits du malheur*. Paris: Editions Descartes, 192 p.
- Larousse des Parents, 1999. *Vous et votre grossesse*. Paris: Larousse, 288 p.
- Laurent Catherine, 2004. "Le placement d'enfants et le droit au respect de la vie familiale." *Revue de l'Action Juridique et Sociale* (n° 233).
- Le Blond-Vaudour Gwenaële, 1997. "Substitution par la méthadone chez les femmes enceintes héroïnomanes." Doctorat en Médecine, Faculté de Médecine Saint-Antoine, 189 p.
- Legrand Caroline, 2002. L'adoption en Seine-Saint-Denis : modalités de sortie et devenir des usagers pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance entre 1980 et 2000, Saint-Denis, Conseil général, 95 p.
- Lejeune C., Ropert J.C., Montarrat S. et al., 1997. "Devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mère toxicomane." *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 26:395-404.
- Lejeune Claude, 2000. "Evolution des modalités de prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants." *Archives de Pédiatrie* 7 suppl.2:283-284.
- Lejeune Claude, Ropert Jean-Claude et Montarrat S., 1997. "Devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mère toxicomane." *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (26):395-404.
- Lejeune Claude, Simmat-Durand Laurence, Aubisson Sandrine et Gourarier Laurent, 2003. *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, 142.
- Lester Barry, Andreozzi Lynne et Appiah Lindsey, 2004. "Substance use during pregnancy: time for policy to catch up with research." *Harm Reduction Journal* 1 (1):5.
- Létourneau Hugues, 2002. "Toxicomanie d'un parent et appréciation des capacités parentales par les tribunaux québécois." *Drogues, santé et société* 1 (n°1):24-36.
- Linda, 2001. "Tout ce que je demandais c'était un peu de soutien." *Revue Quart Monde, Enfants placés* n° 178:30-31.

- Losito Nathalie et Gibier Lionel, 1999. "Toxicomanie et couple : interférences réciproques." *Psychotropes* 5 (n° 4):33-46.
- Luck Philip A., Elifson Kirk W. et Sterk Claire E., 2004. "Female drug users and the welfare system : a qualitative exploration." *Drugs : education, prevention and policy* 11 (n° 2):113-128.
- Luttenbacher Catherine, 1998. "La mère toxicomane et l'enfant : incidence des représentations sur la prise en charge." *Psychotropes* 4 spécial Toxicomanie et maternité (n° 2):pp. 21-34.
- Mackiewicz Marie-Pierre, 1998. "Les précarités psychosociales, signes d'incapacité parentale ? Analyse de ce qu'en disent les parents d'enfants placés." in *De l'autre côté du social. Cultures, représentations, identités*, edited by Marie-Caroline Vanbremeersch. Paris: L'Harmattan, 259-280.
- Martin Claude, 2003. La parentalité en questions. Perspectives sociologiques, Paris, Rapport pour le Haut conseil de la Population et de la Famille, 63 p.
- Miljkovitch Raphaële, 2004. "Théorie de l'attachement." in *Guérir les souffrances familiales*, edited by Mazet Philippe. Paris: PUF, 131-148.
- Ministère de la Justice, 2003. Enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques. Du signalement au procès pénal., Paris, Direction des Affaires Criminelles et des Grâces, 87 p.
- Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, 2003. Guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie, Paris, 43 p.,
- Mino Annie et Arsever Sylvie, 1996. *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*. Paris: Calmann-Lévy, 255 p.
- Molénat Françoise, 2000. *Grossesse et toxicomanie*. Ramonville-Saint-Agne: Erès, 150 p.
- Murphy Sheigla et Rosenbaum Marsha, 1999. *Pregnant women on drugs. Combating stereotypes and stigma*. New Brunswick: Rutgers university press, 204 p.
- Nair Prasanna, Black Maureen M. et Schuler Maureen, 1997. "Risk factors for disruption in primary caregiving among infants of substance abusing women." *Child Abuse and Neglect* 21 (n° 11):pp. 1039-1051.
- Naves Pierre, Briand Catherine et Oui Anne, 2003. POUR et AVEC les enfants et adolescents, leurs parents et les professionnels. Contribution à l'amélioration du système français de protection de l'enfance et de l'adolescence., Paris, Ministère délégué à la famille. Document publié en ligne, La Documentation Française, 355 p.
- Naves Pierre et Cathala Bruno, 2000. "Accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille." Paris: La Documentation Française.
- Niquette Manon, 2003. "Présentation. Dossier Egalement mère, l'obligation de compétence." *Recherches Féministes*, 16 (n°2):1-10.
- Noble A., Vega W.A. et Kolody B., 1997. "Prenatal substance abuse in California : findings from the Perinatal Substance exposure study." *Journal of Psychoactive drugs* 29 (1):43-53.
- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2002a. *Drogues et Dépendances, indicateurs et tendances*. Paris, 368 p.
- , 2002b. Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000 : usagers et stratégies de traitement, Paris, 85 p.
- Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 1999. Protection de l'enfance : mieux comprendre les circuits, mieux connaître les dangers., 67 p.
- , 2001. L'observation de l'enfance en danger, guide méthodologique, Paris,

- , 2002. "Evolution des signalements d'enfants en danger en 2001." *La lettre de l'Observatoire national de l'enfance en danger* Novembre 2002:6 p.
- , 2003. "La décentralisation et la protection de l'enfance. Quelles réponses pour quels dangers ?" *La lettre de l'Observatoire national de l'enfance en danger*:18 p.
- Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2004. Etat des lieux de la toxicomanie et des phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2003 (TREND), Paris, 140
- Ogien Albert, 1986. "L'ordre de la désignation. Les habitués dans les services hospitaliers." *Revue Française de Sociologie* XXVII:29-46.
- Ondersma Steven J., Malcoe Lorraine Halinka et Simpson Sharon M., 2001. "Child protective services' response to prenatal drug exposure : results from a nationwide survey." *Child Abuse and Neglect* 25:337-349.
- Palle Christophe et Bernard Catherine, 2004. CSST en ambulatoire - Tableaux statistiques 1998-2002, Paris, O.F.D.T., 31 p.
- Parrino Mark W., 1994. *Traitement à la méthadone, manuel américain. (State methadone treatment guidelines, US department of health and human services)*. Genève: Médecine et Hygiène, 320 p.
- Paugam Serge, 1991. *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris: P.U.F., 256.
- Peretti-Watel Patrick, 2000. *Sociologie du risque*. Paris: Armand Colin, 286 p.
- Pernoud Laurence, 1956. *J'attends un enfant. Le guide et l'ami de la future maman*. Paris: Editions Pierre Horay, 310 p.
- Peyré Janice, 2002. *Le guide Marabout de l'adoption*. Paris: Marabout, 374 p.
- Pinell Patrice, 2001. "Les usages sociaux des drogues." in *Qu'est-ce qu'une drogue ?*, edited by Becker Howard S. Paris: Atlantica, 97-107.
- Plambeck Cheryl M., 2002. "Divided Loyalties. Legal and bioethical considerations of physician-pregnant patient confidentiality and prenatal drug abuse." *The Journal of Legal Medicine* 23:1-35.
- Planche Maelle, 2003. "Perception et vécu de la grossesse et de ses risques par les femmes enceintes." *Maîtrise de Sociologie*, sous la direction de Pr Gani et L. Simmat-Durand, Paris 5, 238 p.
- Poole Nancy et Isaac Barbara, 2001. *Apprehensions. Barriers to treatment for substance-using mothers*, Vancouver, Canada, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 39 p.
- Pryen Stéphanie, 1999. *Stigmate et métier. Une approche sociologique de la prostitution de rue*. Rennes: Presses de l'Université de Rennes,
- Pursley-Crotteau Suzanne, 2001. "Perinatal crack users becoming temperant : the social psychological processes." *Health care for women international* 22:49-66.
- Raves Victoria H. et Burnette Denise, 2001. in *Le siècle des grands-parents*, edited by S.M. Attias-Donfut Claudine. Paris: Autrement,
- Rollet Catherine, 2001. "Les placements d'enfants : historique et enjeux." *Revue Quart Monde* "Enfants placés" (n° 178):pp. 9-14.
- Romeo Claude, 2001. *L'évolution des relations parents-enfants-professionnels dans le cadre de la protection de l'enfance*, Paris, Délégation à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, 79 p.
- Roques Bernard, 1998. *Problèmes posés par la dangerosité des drogues*, Paris, Rapport au Secrétaire d'Etat à la Santé,

- Roseblum O., 2000. "Les enfants et leurs parents toxicomanes." *Journal de pédiatrie et de puériculture* (n°7):pp. 405-411.
- Ruault Marie et Callegher Daniel, 2000. "L'aide sociale à l'enfance : davantage d'actions éducatives et de placements décidés par le juge,." *DREES, Etudes et Résultats*, (n° 46):8 p.
- Rutman Deborah, Callahan Marilyn, Lundquist Audrey, Jackson Suzanne et Field Barbara, 2000. Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et les processus d'élaboration de celles-ci, Montréal, Condition Féminine Canada,
- SAMHSA (substance abuse and mental health services administration), 1996. National Household Survey on Drug Abuse, Office of Applied Studies,
- , 2004. "Pregnancy and substance use." *The NSDUH Report (national survey on drug use and health)* January 2:3 + tab.
- Sanchez Moro Carmen y colaboradores, 2000. *El acogimiento familiar de los menores hijos de padres toxicomanos*. Barcelona: INTRESS, 157 p.
- Scully Mike, Geoghegan Noreen, Corcoran Paul, Tiernan Marika et Keenan Eamon, 2004. "Specialized drug liaison midwife services for pregnant opioid dependent women in Dublin, Ireland." *Journal of Substance Abuse Treatment* 26 (n° 1):27-33.
- Sherwood R.A., Keating J. et Kavvadia V., 1999. "Substance misuse in early pregnancy and relationship to fetal outcome." *European Journal of Pediatrics* 158:488-492.
- Sidebotham Peter, Golding Jean et The ALSPAC study team, 2001. "Child maltreatment in the "Children of the Nineties". A longitudinal study of parental risk factors." *Child Abuse and Neglect* 25:pp. 1177-1200.
- Simmat-Durand Laurence, 2004a. "Aspects législatifs et réglementaires de l'usage et du trafic." in *Les drogues. Aspects sociologiques, économiques et politique*, edited by Jauffret-Roustide Marie. Paris: La Documentation Française, 47-82.
- , 2004b. "Les usagers." in *Les drogues. Approche sociologique, économique et politique*, edited by Jauffret-Roustide Marie. Paris: La Documentation Française, 12-46.
- Stocco Paolo, Llopis Llacer Juan José, DeFazio Laura et Facy Françoise, 2002. *Women and opiate addiction : a european perspective*. Valencia: IREFREA and European Commission, 200 p.
- Strauss Anselme, 1992. "Social Organization of medical work, 1985." in *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionisme*, edited by Isabelle Baszanger. Paris: L'Harmattan (Logiques Sociales), 143-189.
- Taboada Marijo, Schmelck Marie-Adeline et Lacrouts-Négrier Nathalie, 2001. Maternité, interaction mère-enfant et toxicomanie, Paris, OFDT, Centre Horizons, sous la direction du Dc Jean Ebert, 112 p.
- Théry Irène, 1995. "Identifier le parent." *Informations Sociales Les figures de la parenté* (n° 46):p. 8-19.
- Trépos Jean-Yves, 2003. "La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues." *Cahiers internationaux de Sociologie* CXIV (Faut-il une sociologie du risque?):93-108.
- Tuten Michelle, Jones Hendrée E. et Svikis Dace S., 2003. "Comparing homeless and domiciled pregnant substance dependent women on psychosocial characteristics and treatment outcomes." *Drug and Alcohol Dependence* 69:pp. 95-99.
- Tyler Rachelle, Howard Judy, Espinosa Michael et Simpson Doakes Sarah, 1997. "Placement with substance-abusing mothers vs. placement with other relatives : infant outcomes." *Child Abuse and Neglect* 21 (4):337-349.

Vallée Dominique, 1996. "Mères et enfants séropositifs ou atteints du sida." in *La double rencontre : toxicomanie & sida*, edited by Erès. Ramonville Saint Agne, 352 p.

Verdier Pierre, 1997. *L'enfant en miettes. L'aide sociale à l'enfance : bilan et perspectives*. Paris: Dunod,

Vilain Annick, de Peretti Christine et Herbet Jean-Baptiste, 2005a. Enquête périnatale 2003. Tome 2 : Compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources, Paris, Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille, INSERM, 59 p.

Vilain Annick, de Peretti Christine, Herbet Jean-Baptiste et Blondel Béatrice, 2005b. "La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale." *Etudes et Résultats, DREES*, (n° 383):7 p.

Vitaro Franck, Assaad Jean-Marc et Carbonneau René, 2004. Les enfants de parents affectés d'une dépendance : Bilan des connaissances et leçons pour l'intervention, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 105 p.

Wallen Jacqueline, 1998. "Need for services research on treatment for drug abuse in women." in *Drug addiction research and the health of women*, edited by Roman Adele B.: The National institute on drug abuse (NIDA), 229-235.

Yvorel Jean-Jacques, 2001. "Du "visiteur du pauvre" à l'ordonnance de 1958. Brève histoire de l'intervention auprès des familles "en difficulté"." in *L'A.E.M.O. en recherches. L'état des connaissances, l'état des questions*, edited by C.J. Durning Paul. Vigneux-sur-Seine,

Liste des figures :

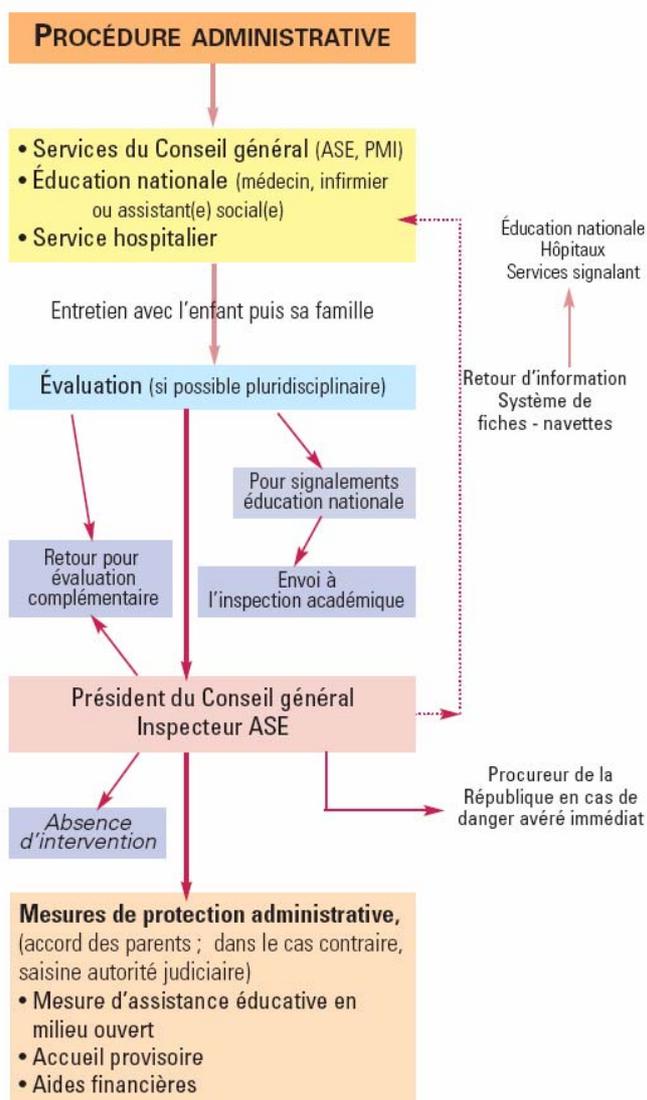
Figure 1 : Schéma du recueil des entretiens	45
Figure 2 : Les différents partenaires et réseaux sur le terrain	223
Figure 3 : La procédure administrative de signalement	239
Figure 4 : Circuit judiciaire	240

Tableau des entretiens

N°	Qualité	Age	Sexe	Structure	Lieu	Durée		
1	Professeur Pédiatrie	60	H	CHU	92	60		
2	Assistante Sociale	44	F	CHU	92	45		
3	Assistante Sociale	50	F	CHU	92	60		
4	Médecin ECIMUD	45	F	CHU	92	45		
5	Puéricultrice	40	F	Association	92	75		
6	Puéricultrice	36	F	PMI	92	60		
7	Assistante Sociale	50	F	CHU	75	60		
8	Médecin	50	F	PMI	75	150		
9	Assistante Sociale (2)	44	F	CHU	92	45		
10	Nadine	39	F	CHU	92	45	2 enfants	<i>AEMO</i>
11	Sage-femme		F	CHU	92	75		
12	Sandrine	34	F	Domicile	92	80	3 enfants	<i>1 placé et 2 AEMO</i>
13	Educatrice spécialisée	45	F	ASE	92	60		
14	Assistante sociale	26	F	ASE	92	45		
15	Cadre administratif	46	F	ASE	92	75		
16	Cadre sage-femme	56	F	CHU	92	90		
17	Juge des Enfants	45	H		75	45	2 enfants	<i>1 placé</i>
18	Juge des Enfants		H	TGI	92	90		
19	Cadre administratif	49	F	ASE	92	60		
20	Puéricultrice à domicile	50	F	PMI	75	45		
21	Gynécologue + psychiatre		F H	UMB	78	Non		

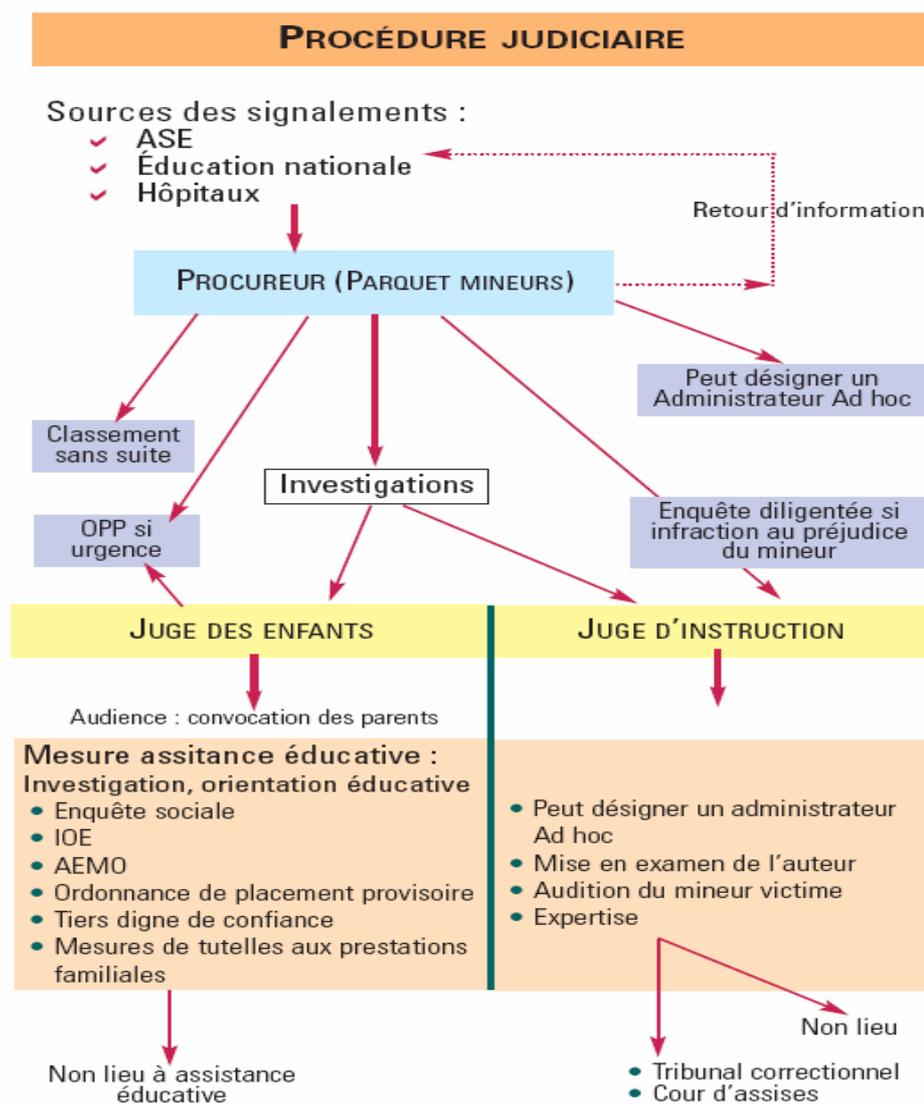
N°	Qualité	Age	Sexe	Structure	Lieu	Durée		
22	Cadre sage-femme	50	F	UMB	78	50		
23	Pédo-psychiatre	55	H	CSST	75	55		
24	Cadre socio-éducatif AS Psychologue		F F F	Pouponnière	92	45		
25	Psychanalyste	48	H	CSST	92	60		
26	Educateur		H	CSST	92	120		
27	Infirmière	48	F	CHU	75	60		
28	Juge des Enfants	45	F	TGI	92	45		
29	Nadine	41	F	CSST	75	30		
30	Assistante sociale	50	F	CSST	75	45		
31	Psychologue	32	F	CSST	75	30		
32	Rim		F	CSST	75	20	1 enfant	<i>1 placé</i>
33	Ourda	34	F	CSST	75	30	4 enfants	<i>3 placés 1 abandon</i>
34	Psychiatre	55	F	CSST	75	60		
35	Djamila		F	CSST	75	30	1 enfant	<i>1 placé puis Aemo</i>
36	Médecin interniste		F	HOP	92	60		
37	Psychiatre	50	F	CSST	75	15		
38	Juge des Enfants	45	F	TGI	75	120		
39	Cécile	28	F	CSST	75	45	3 enfants	<i>2 placés</i>
40	Assistante sociale	30	F	CSST	75	25		
41	Avocate	55	F	CSST	75	20		
42	Assistante sociale	24	F	Polyvalence	75	120		
43	Chef de service	46	H	SSE	75	60		
44	<i>Auxiliaire puériculture</i>	<i>24</i>	<i>F</i>	<i>Centre maternel</i>	<i>75</i>	<i>40</i>		

Figure 3 : La procédure administrative de signalement



Source : Ministère de la Justice, 2003.

Figure 4 : Circuit judiciaire



Source : Ministère de la Justice, 2003.