



HAL
open science

Maternités à risques : signalements et placements des enfants de mère toxicomane

Laurence Simmat-Durand

► **To cite this version:**

Laurence Simmat-Durand. Maternités à risques : signalements et placements des enfants de mère toxicomane . Sociologie. Université Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines (UVSQ), 2005. tel-01400731

HAL Id: tel-01400731

<https://shs.hal.science/tel-01400731>

Submitted on 27 Oct 2017

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.

Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines

**Maternités à risques :
signalements et placements
des enfants de mère toxicomane**

Thèse pour l'habilitation à diriger des recherches
Laurence Simmat-Durand

Composition du jury :
Catherine Rollet, Professeur UVSQ
Jacqueline Heinen, Professeur UVSQ
Claude Lejeune, PU-PH Paris 7
Olivier Schwartz, Professeur Paris 5

23 novembre 2005

Université Versailles Saint Quentin en Yvelines

19^{ème} section : Sociologie-Démographie

**Mémoire en vue de
l'Habilitation à Diriger des Recherches**

Maternités à risques :
**Signalements et placements des jeunes enfants de mère
toxicomane**

**Présenté par :
Laurence Simmat-Durand**

Membres du Jury :
Catherine Rollet, Professeur à l'UVSQ (tutrice)
Jacqueline Heinen, Professeur à l'UVSQ
Claude Lejeune, PU-PH à l'U. Paris 7
Nicole Maestracci, Présidente TGI Melun
Olivier Schwartz, Professeur à l'U. Paris 5
Jean-Yves Trépos, Professeur à l'U. de Metz

Table des matières

INTRODUCTION	13
<u>PARTIE I : JUSTIFICATIONS ET MISE EN ŒUVRE DES SIGNALEMENTS</u>	23
1) REVUE DE LA LITTÉRATURE	24
A- LA MATERNITE CHEZ LES FEMMES TOXICOMANES, LES REPRESENTATIONS DES MERES TOXICOMANES ET DES RISQUES DE DANGER POUR L'ENFANT	27
B- LES RISQUES LIES A LA PRISE DE PRODUITS PENDANT LA GROSSESSE	33
a) Drogues illicites	35
✧ Les conséquences sur la grossesse :	35
✧ Les conséquences sur le fœtus :	36
b) Les produits de substitution	39
C- LA PREVALENCE DES USAGES CHEZ LES FEMMES ET PENDANT LES GROSSESSES	43
a) En population générale	44
b) Les enquêtes en milieu médical	49
c) Les tests biologiques	54
D- LA PENALISATION DES GROSSESSES HORS NORMES	57
E- LE PLACEMENT ET LES DROITS DE L'ENFANT	62
F- LA TOXICOMANIE COMME CAUSE DE PLACEMENT DES ENFANTS	67
2) LE CADRE JURIDIQUE DES DIFFERENTES MESURES EN FRANCE	70
1. LE TRANSFERT ET LE RETRAIT DE L'AUTORITE PARENTALE	71
a) La délégation de l'autorité parentale	73
b) Le retrait de l'autorité parentale	73
c) La tutelle	74
2. LA DECLARATION JUDICIAIRE D'ABANDON	75
3. LES MESURES D'ASSISTANCE EDUCATIVE	75
4. L'ADMISSION COMME PUPILLE DE L'ETAT ET L'ADOPTION	78

3) LES SIGNALEMENTS	81
A- LES DONNEES SUR LES SIGNALEMENTS	81
B- LES CIRCUITS DU SIGNALEMENT	83
a) Les lignes téléphoniques	85
b) Les permanences de l'Aide sociale à l'enfance	86
c) Le parquet	87
4) DEUX ACTEURS	89
A- L' AIDE SOCIALE A L' ENFANCE (ASE) ET LE CIRCUIT ADMINISTRATIF	90
a) Les jeunes pris en charge	93
b) Les ressources et les coûts	95
c) L'action de l' ASE	97
d) Les moyens de l' ASE	98
✧ Les prestations à domicile	98
✧ Les structures d'accueil	100
B- LA JUSTICE	103
a) Les mesures d'investigation	108
b) Les actions éducatives en milieu ouvert (AEMO)	110
c) Le placement	112
d) Les tutelles aux prestations sociales	113
<u>PARTIE II : LES ACTEURS ET LES MODALITES DES SIGNALEMENTS</u>	<u>117</u>
1) DEFINITIONS ET METHODOLOGIE	119
A- DEFINITIONS PREALABLES	119
a) Qu'est-ce qu'un signalement ?	119
b) Le placement	124
B- METHODOLOGIE DE L' ENQUETE	125
a) Le recueil des données	127
✧ Les professionnels	131
✧ Les femmes	133
✧ Les dossiers	138

2) FEMMES, TOXICOMANIE ET MATERNITE	140
A- TOXICOMANIE ET GROSSESSE	142
a) Une grossesse pas assez investie	147
b) Une grossesse idéalisée	150
c) Un enfant trop investi	152
B- LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES TOXICOMANES ENCEINTES OU MERES	157
a) L'absence de programmes sanitaires spécifiques	157
b) La demande d'aide impossible	160
c) Le risque infectieux	162
d) Le rôle de la substitution	164
C- LA PERCEPTION DES MERES TOXICOMANES	168
a) La disqualification	171
b) La perturbation des services	183
c) La toxicomanie fait-elle obstacle aux compétences parentales ?	186
d) Des mères « acceptables » malgré tout ?	189
e) Quel lien ?	191
3) LES PRINCIPAUX ACTEURS INSTITUTIONNELS ET LEURS RELATIONS SUR LE TERRAIN	194
A- LES MATERNITES ET LES AUTRES SERVICES HOSPITALIERS	195
a) Le regard sur les autres services	197
b) Le centre maternel et l'UMB	199
B- LE SERVICE SOCIAL POLYVALENT ET LES CENTRES SOCIAUX	204
C- LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI)	207
D- L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE (ASE)	211
a) L'activité de l'ASE sur le département	211
b) Les contacts avec les autres intervenants	219
E- LE PARQUET DES MINEURS ET LES JUGES POUR ENFANTS	223
F- LES CENTRES DE SOINS POUR TOXICOMANES ET L'ECIMUD	229
a) Les centres de soins du département	230

b) Un CSST à part	232
c) Les équipes de liaison	233
G- LES AUTRES ASSOCIATIONS	235
4) LES MESURES ET LEUR PERCEPTION	237
A- LES PLACEMENTS	237
a) Le placement institutionnel	238
b) Le placement chez un tiers digne de confiance	241
c) Le placement direct	247
d) Le placement administratif	249
e) Le placement « clandestin »	251
B- LES MESURES EN MILIEU OUVERT	255
a) Les mesures d'aide éducative à domicile (AED)	255
b) Les AEMO judiciaires	257
c) Des mesures inconsistantes ?	259
C- LES TUTELLES	261
a) La tutelle sociale	262
b) La tutelle aux prestations familiales	263
<u>PARTIE III : LES PRATIQUES DU SIGNALEMENT</u>	<u>267</u>
1) POURQUOI SIGNALER ?	270
A- ESTIMER LE DANGER, APPREHENDER LES FACTEURS DE RISQUE	270
a) L'isolement de la mère et les placements antérieurs	274
b) La défaillance de la vigilance parentale	277
c) La violence	281
d) Les mauvaises fréquentations et le mauvais exemple	283
e) La mauvaise alimentation et le détournement des ressources	284
B- LE ROLE DU PLACEMENT	288
a) L'éloignement de l'enfant	289
b) Une sanction de la mère défaillante	290
c) Protéger les équipes, conjurer la peur	292
d) L'absence d'autre solution	293

e) La clarification des situations	297
C- LES PLACEMENTS INCONTOURNABLES	298
a) Les mères inconnues et les accouchements sous X	298
b) Les mères qui disparaissent	303
c) Les mères fugueuses	308
d) La reconnaissance de l'enfant	311
L'histoire de Christine, racontée par son médecin (1)	
2) QUAND SIGNALER ?	318
A- LE REPERAGE	319
a) Les déclarations de la mère ou les tests	320
b) Les grossesses non suivies	322
c) Le syndrome de sevrage	327
d) La demande d'aide de la mère	330
B- LES CRITERES DE RISQUE EVOQUES	333
a) Précarité, prise de produits, crise du logement	334
b) L'errance et l'absence de domicile	340
c) La délinquance et la prison	345
d) La maladie mentale	351
e) La prostitution	354
f) Le partenaire toxicomane, alcoolique et/ou violent	357
C- LE TEMPS DE L'EVALUATION	361
a) L'évaluation médico-sociale	361
b) Les enquêtes judiciaires	366
c) L'aide ou le suivi impossible	368
d) Le rôle de la pauvreté ou de la précarité	370
D- RECHERCHER DES ALTERNATIVES OU DES RELAIS	373
a) Les foyers mère-enfant ou les centres maternels	375
b) L'hospitalisation à domicile (HAD)	381
c) Le suivi par la PMI	382
d) Les crèches et associations	386
e) Les travailleuses familiales	390
f) Les familles d'accueil et les communautés thérapeutiques	391

L'histoire de Christine, racontée par son médecin (2)	
3) COMMENT SIGNALER ?	397
A- DE LA PYRAMIDE AU RESEAU : ORIENTER PLUTOT QUE GARDER	399
a) Le choc du sida	399
b) La structuration des réseaux	401
c) La « concertation locale enfance » (CLE)	404
d) Le partage des informations	409
B- LES FORMES DU SIGNALEMENT	410
a) La mise en œuvre du signalement	410
✧ Le choix entre AEMO et placement	411
✧ Le choix de l'interlocuteur	411
b) Une concertation pluridisciplinaire ?	413
c) L'information des familles	417
d) L'écrit et la parole	421
4) DU SIGNALEMENT AU PLACEMENT	425
A- OBTENIR L'ADHESION DU PARENT	425
a) La méfiance et la peur du placement	426
b) Le déni	429
c) « C'est mieux pour lui »	430
d) L'épreuve de force	431
L'histoire de Christine, racontée par l'assistante sociale	
B- LE PLACEMENT EST-IL NEGOCIABLE ?	434
a) L'absence des avocats et la contradiction dans les débats	434
b) L'intérêt de l'enfant	439
c) La négociation des conditions du placement	440
L'histoire de Christine, racontée par le juge	
<u>PARTIE IV : LE VECU DU PLACEMENT</u>	445
1) LES TEMPORALITES DU PLACEMENT	446
A- LE TEMPS INSTITUTIONNEL	447
a) Gérer l'urgence	448

b) Organiser la séparation et expliciter la décision	454
c) Attendre	458
B- LE TEMPS DES « MAMANS »	462
a) Le temps de la drogue	464
b) Le temps d'être mère	468
c) Les mères indisponibles	473
d) La compliance aux horaires institutionnels	476
e) La diversité des parcours	481
C- LE TEMPS DE LA JUSTICE	487
a) Le placement à durée limitée	487
b) Le placement à temps partagé	489
c) Le temps de l'évaluation	491
d) Lutter contre la discontinuité	493
2) L'ENFANT ET SA FAMILLE	497
A- LA PLACE DU PERE	498
a) D'un père à l'autre	500
b) Le père disparu ou exclu	504
c) Le père inséré	505
B- LE ROLE DE LA FAMILLE ELARGIE	507
a) L'aide familiale	507
✧ La famille « béquille »	508
✧ L'aide comptée	511
✧ L'aide inadaptée	512
b) La famille maltraitante	513
✧ La famille dévorante	514
✧ La toxicomanie et l'alcoolisme	515
✧ Les violences familiales	518
C- LES RELATIONS AVEC LA FAMILLE D'ACCUEIL	520
D- REGROUPER LES FRATRIES ?	525
3) LA VIOLENCE DU PLACEMENT	527
A- LE VECU DU PLACEMENT PAR LES MERES	529
a) La violence et le discrédit	529

b) Les grossesses de remplacement	534
B- LA SOUFFRANCE DES EQUIPES	538
a) L'investissement à perte et l'impuissance	540
b) Les conflits	544
c) La disqualification	548
L'histoire de Christine, racontée par le médecin (3)	
4) ET ENSUITE ?	555
A- LE RISQUE DU NON SIGNALEMENT	555
a) La négligence ou la maltraitance non prévenues, la responsabilité professionnelle	556
b) L'exclusion de la mère	557
B- LE MAINTIEN DU LIEN	561
a) Des droits impossibles à exercer ?	562
b) S'inscrire dans la durée	566
C- LE RETOUR DE L'ENFANT DANS SA FAMILLE	571
a) La fin du placement ?	571
b) L'assouplissement progressif des mesures	576
c) Comment faire pour que « ça ne recommence pas » ?	578
CONCLUSION GENERALE	587
<u>LE RECIT DE CHRISTINE</u>	<u>597</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>607</u>
<u>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES</u>	<u>623</u>
LISTE DES TABLEAUX :	623
LISTE DES FIGURES :	624
<u>ANNEXES</u>	<u>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</u>
TABLEAU DES ENTRETIENS	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

INTRODUCTION

En France, les dommages occasionnés aux enfants par la consommation de drogues de leur mère est 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

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).

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 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,

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.

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 Etats-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 maltraitances, 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, 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

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

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

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 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).

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.

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 réprouvées 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 contexte français sera ensuite examiné en particulier du point de vue des textes applicables à la séparation des parents de leurs enfants. 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. Les pouvoirs et les ressources mobilisables de l'un et de l'autre seront ensuite rapidement examinés, dans la mesure où ils sont nécessaires à la compréhension des actions entreprises sur le terrain.

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. A leur tour, les différents acteurs de terrain seront décrits au travers de différentes sources de données concernant leurs missions et par leurs représentations des mesures entreprises et des partenaires avec lesquels ils sont amenés à collaborer pour les mener à bien.

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. Tout au long de cette partie, les différentes alternatives au placement seront examinées, très nombreuses dans les pratiques observées, tant il est vrai que le placement est finalement la modalité que les professionnels essayent d'éviter.

La quatrième partie entre dans le vécu du placement, à travers ses temporalités, 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.

Pour clôturer ce travail, une interview complète d'une femme est présentée, prénommée ici Christine, connue par de nombreux acteurs du terrain étudié et qui tous ont accepté de jouer le jeu de donner leur version de son histoire. Ces multiples histoires de Christine ne pouvaient trouver d'autre écho que son propre récit.

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.

Méthodologie de la recherche documentaire :

La littérature examinée explore l'ensemble du champ concernant la toxicomanie, la grossesse et la maternité, la parentalité et la question des placements, le travail social en lien avec la famille et la séparation des mères et de leurs enfants. Le sujet tel que nous l'avons défini, n'est pratiquement pas abordé en tant que tel.

Ainsi, les études épidémiologiques s'intéressent aux effets sur le fœtus des différentes substances prises pendant la grossesse mais assez peu aux effets sociaux des consommations et aux dommages qui peuvent en résulter en termes de séparation des mères et des enfants (Simmat-Durand Laurence, 2002).

Les recherches en psychologie et en travail social, comme celles consacrées à la santé mentale ou au placement des enfants de manière générale⁸ interrogent le lien entre la mère et l'enfant, mais n'abordent que de manière exceptionnelle la question des consommations de substances psychoactives. Les écrits juridiques, les textes de loi, les débats parlementaires et les commissions autour du statut de l'embryon et de la question de la pénalisation des femmes qui consomment pendant leur grossesse abordent le plus souvent le problème en termes d'opposition des droits de la mère et de ceux de l'enfant, en particulier dans les pays d'Amérique du Nord.

De fait, afin de pouvoir aborder notre sujet sous des angles multiples, l'ensemble des bases de données et portails disponibles sur notre site universitaire a été exploré, qu'il s'agisse des ressources médicales (Pubmed, Wiley Interscience, Pascal biomed), juridiques, de sciences sociales ou de psychologie. Les bases de données des thèses en médecine et dans les autres disciplines y ont été ajoutées.

Les mots clés utilisés étaient grossesse, maternité, drogues, toxicomanie, placement des enfants, enfants. Les descripteurs utilisés dans la plupart des revues ne sont pas assez spécifiques par rapport à notre sujet, ce qui était une contrainte pour la découverte d'articles s'y référant. Un simple exemple : la base de données espagnole sur les drogues ne comportait que les mots clés

⁸ Voir notamment le rapport réalisé par ATD Quart Monde (2002) à ce propos.

« embarazo=grossesse » ou « niños=enfants »), ce qui donnait l'impression de « chercher une aiguille dans une botte de foin ». Pourtant, avec ce mot-clé « enfant », parmi les centaines de réponses figuraient deux ouvrages récents en langue espagnole sur le placement en milieu familial et en milieu institutionnel des enfants de mère toxicomane (Sanchez Moro Carmen y colaboradores, 2000).

A l'appui de certaines questions, des documents de sources plus hétérogènes ont été mobilisés, comme des ouvrages destinés aux futures mères, des plaquettes informatives distribuées dans les maternités, les documents édités par les ministères pour la promotion de la santé ou la recherche d'information, etc.

Au niveau des centres de ressources documentaires sur les drogues et les toxicomanies, l'exploration a concerné les différents points focaux nationaux de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (EMCDDA), pour les documents publiés en langue française, anglaise, espagnole et portugaise. Pour la situation française, la documentation de la MILDT et la base de données Toxibase ont constitué une source essentielle. Pour les études concernant la santé des femmes et la condition de la femme de façon plus générale, les principales ressources ont été trouvées au Canada et aux Etats-Unis, seuls pays à avoir déjà exploré largement le domaine de la responsabilité et de la pénalisation de la femme dans ses consommations pendant la grossesse.

Force est d'ailleurs de constater, que le domaine le plus largement absent de ce champ thématique est celui de la sociologie⁹. Ainsi, parmi les thèses soutenues (base SUDOC) ou en cours (fichier central des thèses) en France depuis ces vingt dernières années, une seule concerne directement l'Aide sociale à l'enfance, outre une ou deux en cours, et une la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

L'exploitation thématique de la littérature présentée ici s'efforce de resituer chacune des sources dans son contexte disciplinaire et méthodologique. Bien que cela alourdisse le texte, l'éclairage apporté sur le statut de l'information nous a semblé indispensable à l'exploration de cette question.

⁹ - Bases consultées : Francis, Current Contents, Sociological abstracts

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 3¹⁰, 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).

¹⁰ 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.

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* », rédigée 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 cigarettes¹¹, le seuil de danger étant alors fixé à plus de dix cigarettes par jour. L'alcool est interdit sauf le vin¹² « *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).

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

¹¹ « *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)

¹² - Les menus type de la femme enceinte mentionnent explicitement un verre de vin à chacun des repas dans la liste des aliments proposés.

années n'évoquent pas cette question ou à peine. C'est le cas par exemple du Plan Périnatalité de 1994¹³.

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 curieuse¹⁴.

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

¹³ 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.

¹⁴ Ce qui entretient un tabou et la peur pour les jeunes femmes d'évoquer ce sujet avec leur médecin.

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 forum¹⁵.

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 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.

¹⁵ - 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.

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 Aubisson¹⁶, 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 grossesse, dans le pire des cas lors de l'arrivée aux urgences pour l'accouchement, fait courir un risque de prématurité, de mortalité foetale ou infantile, outre les risques que nous décrivons sur les caractéristiques du nouveau-né. Le fait pour

¹⁶ - Dans le cadre d'un DEA que j'ai codirigé.

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 médicale¹⁷.

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.

¹⁷ - 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 question¹⁸. 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 « *léta* *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 parégorique¹⁹, 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

¹⁸ - SIDS Information : www.sids-network.org : *I did not take drugs during my pregnancy. Why all the talk about drugs during pregnancy and SIDS ?*

¹⁹ Solution de morphine dosée à 0,05 %.

(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) 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, 1994b) 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 substitution²⁰, 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.

²⁰ - 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®).

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 fœtale, 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 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, une enquête du NIDA²¹ a été menée auprès d'un échantillon national représentatif de 2613 femmes qui ont accouché en 1992 (Mathias R., 1995). Les résultats ont été donnés par extrapolation aux 4 millions d'accouchements de la même année et font état de 5 % de femmes ayant consommé des drogues illicites pendant la grossesse : 2,9 % ont consommé de la marijuana et 1,1 % de la cocaïne. Par ailleurs, une sur cinq a fumé pendant tout ou partie de la grossesse et presque autant a bu de l'alcool. Celles qui ont consommé de la marijuana ou d'autres drogues ont pour la quasi totalité également fumé ou consommé de l'alcool. L'enquête différencie ensuite les résultats selon les groupes

²¹ - National Institute on Drug Abuse

ethniques, variable couramment utilisée pour les enquêtes démographiques aux Etats-Unis, y compris dans le recensement. Les femmes « noires » sont ainsi sur-représentées pour la consommation de substances illicites tandis que les femmes « blanches » le sont pour le tabac ou l'alcool, les femmes « hispaniques » étant sous-représentées pour toutes les consommations. L'auteur conclut à l'importance de la variable culturelle dans les actions d'information et de prévention.

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'excès²² et 2,8 % ont consommé des drogues illicites. L'enquête note cependant que les consommations des femmes enceintes sont plus fortes pendant le 1^{er} trimestre et diminuent jusqu'au 3^{ème} trimestre, y compris du fait qu'en tout début de grossesse, elles peuvent ignorer celle-ci. L'influence de l'âge est également très marquée, les femmes de 15 à 25 ans consommant plus pendant les grossesses de façon globale que les 26 à 44 ans

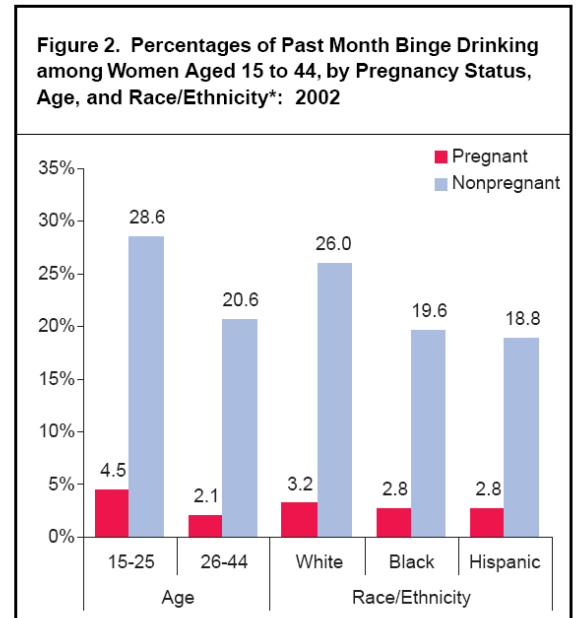
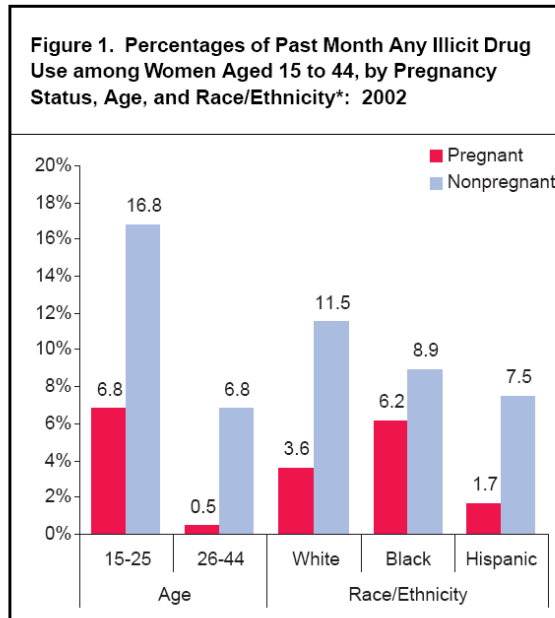
²² - La définition retenue est la suivante : « binge drinking » = boire cinq verres ou plus en une seule occasion au moins une fois pendant les trente derniers jours.

(mais ce peut être aussi un effet de génération). Les tableaux de cette enquête sont très riches, détaillés par situation de la femme, enceinte, avec des enfants, avec des enfants dont un de moins de deux ans et par produit, il n'est donc pas possible de les détailler davantage ici (SAMHSA (substance abuse and mental health services administration), 1996).

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 premier²³. 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 (cf. figure 1). 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 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).

²³ - Trimestre pendant lequel, bien souvent, la femme ignore son état.

Figure 1 : Consommations du dernier mois de drogues illicites chez les femmes de 15 à 44 ans selon le statut gravidique, l'âge et la race en 2002



Source : SAMSHA, 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 faible²⁴) 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. Voici un tableau récapitulant ces données :

Tableau 1 : Interpellations d'usagers de stupéfiants en 2003

Produit	interpellations	dont femmes	% femmes	âge moyen
Cannabis	82143	4988	6,07	22,31
Cocaïne	2104	289	13,74	28,91
Crack	897	131	14,60	33,80
Héroïne	3528	396	11,22	29,32
Ecstasy	1548	171	11,05	23,77
Amphétamines	176	28	15,91	24,13
Lsd	52	8	15,38	25,00
Tous produits	90448	6011	6,65	22,89

Source : (Ministère de l'Intérieur, 2005)

²⁴ - 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.

Le pourcentage de femmes est donc 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.

En Californie, une enquête a été réalisée dans 200 services hospitaliers, portant sur 29 494 femmes enceintes testées par analyse d'urine anonyme²⁵ 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).

²⁵ - 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.

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 soins²⁶. 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

²⁶ - 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 publié²⁷, il est impossible de connaître la répartition des femmes selon les classes d'âges et leur nombre d'enfants. Voici quelques unes de ces données, à titre d'ordre de grandeur :

Figure 2 : Quelques caractéristiques des patients pris en charge par les CSST :

Sexe :

	1998	1999	2000	2001	2002
Homme	75,6	76,3	77,3	77,6	78,3
Femme	24,4	23,7	22,7	22,4	21,6
Total Sexe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2002, DGS/OFD

Age :

	1998	1999	2000	2001	2002
Moins de 18 ans	3,3	3,8	4,5	5,1	5,2
18 à 24 ans	23,4	19,8	19,8	21,7	22,6
25 à 29 ans	27,9	25,7	24,2	22,0	19,7
30 à 39 ans	38,7	41,6	40,3	38,2	38,3
40 ans et plus	6,6	9,0	11,2	13,0	14,2
Total âge	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2002, DGS/OFD

Enfants à charge :

	1998	1999	2000	2001	2002
Enfants à charge	26,9	30,1	29,7	27,8	27,1
Sans enfant à charge	73,1	69,9	70,3	72,2	72,9
Total Enfant	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 1998 – 2002, DGS/OFD

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

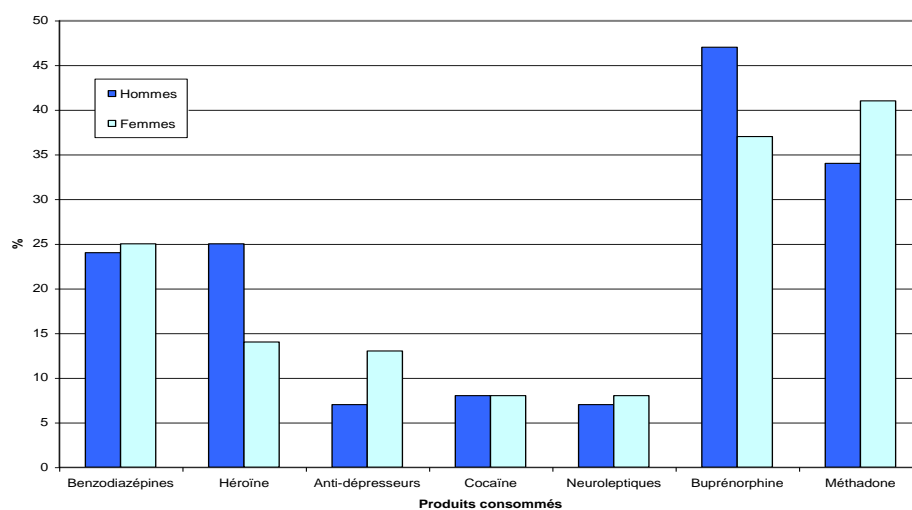
²⁷ - Christophe Palle nous a indiqué que les données sont recueillies agrégées dans les différents centres de soins et non sur la base des individus. Les croisements de variables ne peuvent donc être réalisés par l'OFDT.

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).

L'enquête OPPIDUM (observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) décrit les usagers ayant recours au système de soins en 2001 et fournit des données par produit et par sexe :

Figure 3 : Fréquence de la consommation des substances selon le sexe



N= 2 847 dont 23 % de femmes

Source : (Facy Françoise *et al.*, 2004b)

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'héroïne²⁸ (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.

Au Portugal, une enquête menée sur 1000 femmes enceintes hospitalisées aux urgences en 1993, à l'aide de tests urinaires, a montré que 1,6 % avaient utilisé l'une des substances testées (héroïne, cocaïne, cannabis et benzodiazépines) ou une prescription de méthadone, dont 1,3 % des opiacés (Flores I., 1995).

Au Danemark, un questionnaire a été rempli par 12 885 femmes enceintes ayant consulté dans deux hôpitaux de Copenhague de 1992 à 1995, sur leurs consommations d'alcool, tabac, cannabis et autres drogues. Les résultats publiés portent essentiellement sur les effets du cannabis, pour lequel les bébés sont d'un poids et d'une taille légèrement plus faibles que la moyenne, même après

²⁸ - 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.

élimination de l'effet du sexe et de la consommation d'alcool de la mère (Balle J. *et al.*, 1999).

Au Canada, les données en provenance des hôpitaux de la région de Montréal font état d'une prévalence de l'ordre de 5 à 10 % de femmes en périnatalité ayant consommé de la cocaïne (Guyon Louise *et al.*, 1998).

La confrontation de tests pratiqués sur les nouveau-nés (*cf. infra*) et des déclarations des mères a été une méthode utilisée pour mesurer cette sous-déclaration des femmes : une étude sur 3000 enfants rapporte ainsi 43 % de tests positifs à une quelconque substance illicite contre 11 % déclarés par les mères (Lester B.M. *et al.*, 2001).

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 méconium²⁹ 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.

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,

²⁹ - Première selle du bébé.

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 moins³⁰.

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

³⁰ - Enquête nationale périnatale de 2002 : la moyenne est de 8,9 visites prénatales, 72 % des femmes ont eu plus de 7 visites.

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 ³¹» 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 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

³¹ - Equivalent à notre Aide sociale à l'enfance.

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 aiguë³².

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 1970³³ prévoit spécifiquement la déchéance de tous les droits civils ou parentaux pour les délits liés aux drogues

³² - 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 ».

³³ 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.

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 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 année³⁴, bien qu'ils soient sans doute plus nombreux³⁵. 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 « tours³⁶ »

³⁴ Le dernier en date, concernait un enfant abandonné dans une église du 16^{ème} arrondissement de Paris en janvier 2004.

³⁵ 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.

³⁶ - Le tour était destiné à recevoir les enfants abandonnés, il était souvent placé sur les murs des églises ou des hôpitaux afin de permettre le dépôt anonyme de l'enfant.

anciens mais en adoptant un vocabulaire plus acceptable pour notre époque puisqu'elles ont été baptisées les « nids »³⁷.

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 »* (Yvorel 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 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.*

³⁷ « L'Autriche ouvre des « nids » pour les bébés abandonnés », La Croix, 14 février 2001.

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 Monde³⁸ 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 concernés sur lesquelles nous reviendrons.

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

³⁸ - 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.

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 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.

En dernier lieu, une résolution du Conseil de l'Europe³⁹ définit les principes généraux devant guider toutes les mesures de placement des enfants prises dans les pays :

³⁹ Résolution (77)33 sur le placement des enfants, adoptée par le Comité des Ministres le 3 novembre 1977, lors de la 277^e réunion des Délégués des Ministres.

« 1.1. *Le recours au placement devrait être autant que possible évité par des mesures préventives d'aide adaptées aux problèmes et aux besoins des familles ;*
1.2. *Il conviendrait de considérer une demande de placement comme le signal d'alarme d'une situation familiale difficile ; aussi, les efforts visant à répondre aux besoins de l'enfant devraient-ils toujours être liés à une compréhension des problèmes de sa famille et les dispositions le concernant devraient-elles en général être assorties de mesures particulières visant à aider les parents... »*

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 »⁴⁰ 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).

⁴⁰ - Equivalent canadien de substances psychoactives.

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 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 ?

En Belgique, une enquête a été diligentée en communauté française sur les raisons des placements des enfants (Delvaux Dominique et Dekoninck Anne-Marie, 2002). Elle relève que les raisons du placement sont le plus souvent : « *Un problème de santé mentale d'un ou des parents, la compétence des parents, l'absence d'un ou des parents, la précarité. Dans les services privés de l'Aide à la Jeunesse, ce sont surtout les problèmes d'assuétude⁴¹ des parents, de violence familiale ou de maltraitance qui sont évoqués* » (p. 21).

De manière générale, en France on retient comme cause du placement les « *carences éducatives* », ce qui renvoie au texte de la loi (cf. infra) 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.

⁴¹ - En France, on utilise plutôt addiction.

2) Le cadre juridique des différentes mesures en France

L'évolution récente, en défendant les droits propres des enfants, a tendu à diminuer le champ de l'autorité parentale : consacrer les parents comme responsables de leurs enfants empêcheraient ces derniers d'accéder à leurs droits (Martin Claude, 2003).

L'autorité parentale était historiquement largement amputée par le fait que l'Etat pouvait retirer aux parents l'autorité sur leurs enfants. F. de Singly analyse cette situation en ces termes : « *Le seul fait que des lois puissent limiter, dans les pays occidentaux, les interventions des parents, voire même leur retirer leur enfant montre bien que c'est l'Etat qui, en dernière analyse, possède les enfants dont il confie, dans les conditions les plus ordinaires, la responsabilité à leurs parents biologiques* » (de Singly François, 1996).

Le cadre juridique dans lequel se situent les différentes mesures que nous serons amenée à évoquer doit être défini dans un premier temps. Il importe particulièrement de préciser l'impact de la réforme de 2002 et les enjeux éventuels autour des nouvelles dispositions légales.

Un des principaux documents sur lequel s'appuie cette présentation est une annexe établie pour éclairer les questions posées par le groupe de travail « Protection de l'enfance et de l'adolescence (Naves Pierre *et al.*, 2003), intitulée « *Récapitulations de propositions émises, de « questions clefs » et de données sur l'autorité parentale* ». Les principales dispositions se référant au Code civil et au Code de l'action sociale et des Familles seront citées à partir des textes d'origine plutôt que des commentaires qui en sont faits.

1. Le transfert et le retrait de l'autorité parentale

L'article 371-1 du code civil définit l'autorité parentale dans ces termes : *«L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité de l'enfant ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement dans le respect dû à sa personne... ».*

Historiquement, les parents devaient être déchus de leur puissance paternelle⁴² par la loi lorsqu'ils étaient condamnés dans le cadre d'un crime ou d'un délit contre les mœurs sur leur enfant. Le code pénal de 1812 prévoit ainsi : *« Si le délit a été commis par le père ou la mère, le coupable sera de plus privé des droits et avantages à lui accordés sur la personne et les biens de l'enfant par le code Napoléon, livre premier, titre IX, De la puissance paternelle »* ⁴³.

La loi de 1889 va étendre cette déchéance, qui peut être obligatoire ou facultative, aux parents indignes qui *« soit par de mauvais traitements, soit par des exemples pernicioeux d'ivrognerie habituelle, d'inconduite notoire ou de délinquance, soit par un défaut de soins ou un manque de direction, mettent manifestement en danger la sécurité, la moralité ou la santé de l'enfant »* (Rauzy Albert et Picquenard Suzanne, 1955).

Cette procédure de déchéance parentale a disparu au profit de l'assistance éducative en 1958 (Debourg Alain (dir.), 2003), réaffirmée par la loi du 4 juin 1970 sur la protection judiciaire, qui privilégiera le maintien dans le milieu familial. Deux textes assez semblables coexistent alors, puisque le décret du 7 janvier 1959 sur la protection sociale la définit ainsi : *« Une action sociale préventive auprès des familles dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité ou la moralité de leurs enfants »* (Thévenet

⁴² - La puissance paternelle est définie par le Code Napoléon de 1804 par deux attributs fondamentaux, le droit de correction (c'est-à-dire de faire emprisonner son enfant en cas de désaccord grave) et la jouissance totale des biens de l'enfant jusqu'à sa majorité.

⁴³ - Source : Les cinq codes de l'empire français, Le Prieur, Belin fils, Paris, 1813.

Amédée, 2002). La coexistence de ces deux textes, définissant deux types de traitement explique le schéma (voir en deuxième partie), d'une protection administrative d'une part, judiciaire de l'autre. Par contre, la protection administrative ne peut être imposée à la famille, seule la protection judiciaire peut limiter l'exercice de l'autorité parentale.

De fait, quand les parents mettent en danger leur enfant, la protection sociale doit intervenir en premier lieu, mais s'effacera devant l'autorité judiciaire dans un certain nombre de cas : danger immédiat, refus des parents, conflits familiaux, délits commis par les parents (Thévenet Amédée, 2002). La protection judiciaire peut apporter une aide par l'assistance éducative, les père et mère conservant l'autorité parentale et en exerçant tous les attributs qui ne sont pas incompatibles avec la mesure prise (art. 375-7 du code civil). Cette décision doit fixer la durée de la mesure qui ne peut excéder deux ans mais peut être renouvelée par décision motivée (art. 375 du code civil).

Un changement d'optique se manifeste dans les années 70 par une remise en cause du travail social et l'apparition de nouveaux techniciens dans les services d'Aide sociale à l'enfance : assistantes sociales, éducateurs, psychologues, en remplacement d'une gestion administrative des cas (Verdier Pierre, 2003).

La loi de 1984 confirme ce tournant car elle consacre le droit des familles qui jusque là n'avaient que des devoirs : « *Les dispositifs d'aide étaient des instruments de pouvoir. Pour bénéficier d'une prestation, il faut ouvrir droit et rester dans les clous : le mari au travail, la femme au foyer, les enfants à l'école* » (ibid). Le militantisme d'ATD Quart Monde et la création des premières associations de parents d'enfants placés au début des années 2000 parachève ce mouvement « *Mon enfant est placé, j'ai des droits* ⁴⁴ ».

De fait, la loi du 4 mars 2002 et un décret du 15 mars 2002 redéfinissent la procédure d'assistance éducative, en y introduisant le contradictoire et la

⁴⁴ - Brochure éditée à l'occasion des Premières rencontres nationales à Bobigny des parents d'enfants placés en 2001.

communication des dossiers⁴⁵. Il s'agit d'une modification profonde des pratiques professionnelles, tant des juges, qui doivent organiser l'accès au dossier des familles, que des intervenants sociaux, qui devront anticiper cette éventuelle consultation de leurs écrits par les familles qui jusque là n'y avaient pas accès, au titre de la confidentialité des rapports.

a) La délégation de l'autorité parentale

Si l'un des parents le demande, ou si les parents se sont manifestement désintéressés de l'enfant ou s'ils sont dans l'impossibilité d'exercer leurs droits, une décision judiciaire peut déléguer l'autorité parentale à un tiers, membre de la famille, proche digne de confiance, établissement ou service de l'Aide sociale à l'enfance. Cette délégation peut n'être que partielle et partagée entre les parents et la personne désignée.

Selon les travaux du groupe de réflexion (Naves Pierre et Cathala Bruno, 2000), cette mesure n'est que très faiblement utilisée aujourd'hui en pratique, alors qu'elle est sans doute une piste intéressante pour concilier au mieux les intérêts des parents et la protection de l'enfant.

b) Le retrait de l'autorité parentale

Si les parents sont absents (abandon formel de l'enfant, désintérêt volontaire, décès, hors d'état de manifester leur volonté), l'autorité judiciaire transfère l'autorité parentale à d'autres personnes ou à une institution. Ce transfert peut être partiel ou total, pour une durée limitée ou durablement. Dans les cas les plus graves, le juge peut retirer partiellement ou totalement l'autorité parentale. La loi du 5 juillet 1996 prévoit que deux juridictions peuvent exercer ce retrait : la juridiction pénale lorsque les parents sont condamnés pour un crime ou un délit

⁴⁵ -Article 1187, les membres des familles concernées par un dossier au Tribunal pour enfants ont le droit d'exiger l'accès direct à ce dossier et d'en prendre connaissance avant l'audience.

commis sur la personne de leur enfant et la juridiction civile pour un manquement grave à leurs obligations.

Les circonstances dans lesquelles une juridiction civile peut retirer l'autorité parentale sont les cas où les parents n'ont pas exercé leurs devoirs pendant plus de deux ans et ceux où ils y ont gravement manqué comme les mauvais traitements, la consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques ou **l'usage de stupéfiants**, l'inconduite notoire, le comportement délictueux, le défaut de soins, le manque de direction.

Dans le cas qui nous intéresse, c'est-à-dire celui d'une femme consommant des stupéfiants, cette seule circonstance peut au regard de la loi entraîner que lui soit partiellement ou totalement retirée l'autorité parentale sur son enfant. Une restitution peut ensuite être obtenue en justifiant du changement de circonstances. Le rapport Naves-Cathala (2000) souligne néanmoins qu'en pratique seuls des faits d'une particulière gravité peuvent justifier ce retrait.

Le retrait porte sur tout ou partie des droits attachés à l'autorité parentale : droit de garde ou d'hébergement, droit de visite.

c) La tutelle

Contrairement aux mesures précédentes qui nécessitent l'intervention du juge des enfants, c'est le juge des tutelles qui organise celle-ci. La tutelle est organisée lorsque les parents sont décédés ou privés de l'exercice de l'autorité parentale.

Pour tous ces cas, il convient d'apporter une précision ici. Bien souvent, nous allons y revenir, la mère toxicomane est isolée, non mariée et sans conjoint. L'enfant de ce fait n'a pas été reconnu par son père et l'exercice de l'autorité parentale est dévolu à sa mère seule. De ce fait, le retrait ou la tutelle s'organisent dès lors que la mère est défaillante.

Lorsqu'il n'y a pas de famille élargie susceptible d'exercer la tutelle sur l'enfant n'étant plus sous une autorité parentale, l'Aide sociale à l'enfance exerce cette tutelle, y compris pour les enfants admis comme pupilles de l'Etat (*cf. ci-dessous*).

2. La déclaration judiciaire d'abandon

Bien qu'il ne s'agisse que d'une variante du retrait de l'autorité parentale, nous examinons à part le cas de la déclaration judiciaire d'abandon, qui trouve une place tout à fait particulière dans notre travail de terrain.

Lorsque les parents se sont manifestement désintéressés de leur enfant pendant l'année précédant l'introduction de la demande, le tribunal de grande instance constate l'abandon sur la base de l'article 350 du Code civil. L'abandon n'est pas prononcé si un autre membre de la famille demande à en assumer la charge et si cette demande est jugée conforme à l'intérêt de l'enfant.

Cette notion de désintérêt manifeste a régulièrement amené des contentieux entre l'Aide sociale à l'enfance et les parents. Une mère qui a écrit deux ou trois fois en un an a-t-elle suffisamment manifesté son intérêt pour l'enfant ou celle qui a simplement manifesté son intention de le reprendre ? Cette notion a été précisée dans l'article 350 du code civil : « *Sont considérés comme s'étant manifestement désintéressés de leur enfants les parents qui n'ont pas entretenu avec lui les relations nécessaires au maintien de liens affectifs* ».

L'enfant est alors admis parmi les pupilles de l'Etat (*cf. ci-dessous*) et devient juridiquement adoptable. Les parents peuvent en demander la « restitution » tant que l'adoption n'a pas eu lieu. Dans ce dernier cas en effet, il s'agit d'une adoption plénière et la filiation à leur égard n'est plus établie.

3. Les mesures d'assistance éducative

L'ensemble des textes pouvant limiter l'autorité parentale est regroupé sous l'appellation de mesures d'assistance éducative. Il s'agit d'une fonction civile du juge des enfants ou du juge des affaires familiales, distincte des mesures visant les mineurs délinquants, qui sont pénales.

L'article 375 du code civil énonce les conditions dans lesquelles ces mesures peuvent être décidées et leur durée : *« Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel. Elles peuvent être ordonnées en même temps pour plusieurs enfants relevant de la même autorité parentale. La décision fixe la durée de la mesure sans que celle-ci puisse, lorsqu'il s'agit d'une mesure éducative exercée par un service ou une institution, excéder deux ans. La décision peut être renouvelée par décision motivée »*. Les alinéas suivants précisent le contenu de ces mesures.

Les conditions de l'article 375, on le voit, sont d'un champ d'application vaste, ce n'est pas forcément l'enfant lui-même qui est en danger, mais sa santé ou sa moralité, ce qui va permettre pour le sujet qui nous intéresse l'application de toutes ces mesures du seul fait de conditions précaires de vie associées à une toxicomanie de la mère, ou au fait qu'elle se prostitue.

Plusieurs enfants peuvent être concernés, soit dans la même décision, soit au fur et à mesure de leur naissance. Le texte ne saurait s'appliquer à des enfants à naître, ce qui est le cas dans certains états américains. Un service de maternité ne peut ainsi pas signaler une situation concernant une femme enceinte avant la naissance, mais dans la pratique, ce cas n'est pas exclu, comme le montrera notre recherche. Il semble néanmoins que la déchéance de l'autorité parentale à l'égard des enfants à naître ait pu toucher les parents avant la loi du 11 juillet 1966, mais qu'elle soit impossible depuis⁴⁶.

⁴⁶ TGI Melun, 12 juin 1986, *Gazette du Palais*, 1987,1, somm. P124.

Enfin, les mesures appliquées par un service ou une institution, il s'agit en particulier des placements d'enfants à l'Aide sociale à l'enfance, doivent être réexaminées par le juge des enfants tous les deux ans. Il s'agit d'éviter que la décision soit figée alors que les textes recommandent que l'évolution éventuelle des conditions de vie des parents soit prise en compte afin de favoriser le retour de l'enfant dans sa famille.

En effet, l'alinéa 2 du même article précise que « *Chaque fois qu'il est possible, le mineur doit être maintenu dans son milieu actuel. Dans ce cas, le juge désigne, soit une personne qualifiée, soit un service d'observation, d'éducation ou de rééducation en milieu ouvert, en lui donnant mission d'apporter aide et conseil à la famille, afin de surmonter les difficultés matérielles ou morales qu'elle rencontre* ». De ce fait, les mesures dites en milieu ouvert, avec maintien de l'enfant dans sa famille seront privilégiées, cette tendance s'étant renforcée au fil des années et du constat dramatique des ravages provoqués par les séparations intempestives des parents et des enfants.

En réalité, bien que le terme de « placement » soit utilisé de manière courante, la rédaction actuelle du code civil est que le juge confie l'enfant :

Article 375-3 : « *S'il est nécessaire de retirer l'enfant de son milieu actuel, le juge peut décider de le confier :*

- *A l'autre parent*
- *A un membre de la famille ou à un tiers digne de confiance*
- *A un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé*
- *A un service départemental d'Aide sociale à l'enfance ».*

Les mesures d'assistance éducative ainsi définies ne retirent pas l'autorité parentale aux parents, qui « *en conservent tous les attributs qui ne sont pas inconciliables avec la mesure* » (art. 375-7), en particulier les parents ne peuvent plus émanciper le mineur. Les droits des parents sont également conservés quand l'enfant a été confié « *ceux-ci conservent un droit de correspondance et un droit*

de visite ». L'un de ces droits ou les deux peuvent cependant être suspendu **provisoirement** par le juge.

L'évolution actuelle, sous l'influence de la convention européenne des droits de l'enfant va dans le sens d'une restriction de ces mesures et d'un élargissement des droits de l'enfant à être élevé par ses parents. En conséquence, les mesures visant à confier l'enfant à des tiers ou à des institutions sont de plus en plus limitées. Ainsi, le rapport de la Commission nationale consultative des droits de l'homme sur les placements d'enfants en France (6 juillet 2001) annonce dans son préambule que *« Tout doit être fait pour permettre aux enfants d'être élevés par leurs parents »*. Un préalable est d'agir dans le sens de la prévention et la commission demande *« D'utiliser toutes les mesures possibles de prévention avant de recourir au juge »*. Enfin, strictement sur le sujet qui nous intéresse, cette commission réclame :

*« - Que soient interdits les placements à la naissance, sauf nécessité impérieuse et dûment motivée et jamais effectués selon la procédure d'urgence (la naissance n'étant pas un fait imprévisible qui ne permettrait pas d'entendre les parents⁴⁷) ;
- Que les placements à la naissance qui auront néanmoins été ordonnés fassent l'objet d'un réexamen dans les 15 jours puis dans les trois mois ;
- Que les placements en urgence effectués sans autorisation préalable ni des parents ni des enfants soient limités strictement aux cas d'urgence avérée, fondée sur des faits précis »*.

Ces limitations strictes des placements à la naissance ont été reprises par les nouveaux textes de 2002. Nous les commenterons dans la 3^{ème} partie, en examinant une série de cas justifiant toujours que les enfants puissent être placés à la naissance dans l'urgence.

4. L'admission comme pupille de l'Etat et l'adoption

⁴⁷ Discutable dans le cas qui nous intéresse, du fait des grossesses non suivies de femmes à la rue.

Les conditions pour qu'un enfant devienne pupille de l'Etat sont strictes et leur nombre n'a cessé de diminuer depuis un siècle (Verdier Pierre, 1997). Un enfant peut devenir pupille de l'Etat si :

- la filiation n'est pas établie (enfants trouvés, abandonnés à la naissance),
- il a été expressément et définitivement abandonné (demande formelle des parents),
- il est orphelin de père et de mère, sans tutelle de droit commun,
- ses parents se sont vus retirer totalement l'autorité parentale,
- il a été déclaré abandonné par le tribunal de grande instance.

Les pupilles de l'Etat représentent aujourd'hui moins de 3 % des mineurs confiés à l'ASE.

Tableau 2 : Pupilles de l'Etat depuis 1910

Date	Effectifs	Date	Effectifs
1910	150 000	1980	20 000
1945	100 000	1990	4 640
1960	64 000	2001	3 237
1970	46 000		

Source : Verdier (1997) et DREES

Comme le note Janice Peyré, «*L'approximation des chiffres qui circulent ici et là peut surprendre... La décentralisation, le morcellement des politiques de placement, le partage des responsabilités entre les services sociaux et les œuvres privées autorisées par l'Etat à recueillir des enfants, font qu'il est difficile d'établir des statistiques qui soient un reflet totalement fidèle de la réalité* » (Peyré Janice, 2002).

Les enfants pupilles de l'Etat sont juridiquement adoptables et doivent faire l'objet d'un projet d'adoption dans les meilleurs délais, sauf si le tuteur considère que l'adoption n'est pas adaptée à leur situation. Ce projet d'adoption s'impose à l'Aide sociale à l'enfance qui doit dans le cas où l'enfant n'a pas de projet plus de

six mois après son admission justifier au ministre chargé de la famille les raisons de cette situation.

Les flux d'enfants placés en vue de l'adoption sont ainsi d'environ 1 100 par an en France ces dernières années, face à plus de 20 000 agréments déposés en vue de l'adoption. Bien que cela paraisse un peu étranger à notre propos, il paraît de fait utile de définir les règles de l'adoption, car nous serons amenés à évoquer cette question lors de l'exploitation de l'enquête sur le terrain.

L'article 347 du code civil définit les trois catégories d'enfants pouvant être adoptés : les enfants pour lesquels les parents ont valablement consenti à l'adoption (abandon formel), les pupilles de l'Etat et les enfants déclarés abandonnés en vertu de l'article 350. En 1804, cette adoption ne concernait que les plus de 21 ans et ce n'est qu'en 1923 que l'adoption des enfants deviendra possible en France (du fait des flux d'orphelins générés par la guerre de 1914-18).

Les enfants nés sous X (nous y reviendrons) sont également confiés en vue de l'adoption à l'Aide sociale à l'enfance, qui les placent le plus souvent en pouponnière, quelquefois en famille d'accueil. Si la mère n'est pas revenue sur sa décision au bout de deux mois et si le père n'a pas fait reconnaître sa paternité, l'enfant devient adoptable.

3) Les signalements

Au niveau national, un certain nombre de dispositifs existent, permettant le repérage des situations de danger ou de risques de danger concernant les enfants. Ceux-ci sont bien souvent redoublés au niveau local par des dispositions intégrées au schéma départemental quand il existe. En effet, la mission de repérage des situations de danger est principalement dévolue aux conseils généraux : « *La loi de 1989 affirme explicitement la responsabilité du conseil général en matière de prévention et de protection des victimes mineurs de mauvais traitements* » (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 1999).

A- Les données sur les signalements

Selon les données publiées, les signalements d'enfants en danger concernent des enfants maltraités et des enfants en risque⁴⁸, soit un total d'environ 89 000 enfants⁴⁹ pour la dernière année disponible, 2003 :

Tableau 3 : Evolution des signalements ASE (France)

	1995	1997	2000	2003
Enfants maltraités	20 000	21 000	18 300	18 000
Enfants en risque	45 000	61 000	65 500	71 000
Total des enfants	65 000	82 000	83 000	89 000

Source : ODAS, 2001 et 2004

⁴⁸ - Nous reviendrons de façon détaillée sur ces définitions.

⁴⁹ - S'agissant des données concernant les départements, il est surprenant que le comptage concerne un nombre d'enfants, alors même qu'il est relevé par ailleurs que les données en provenance des départements porte sur les mesures (cf. infra). Le document ne comporte aucune précision méthodologique sur le recueil de ces données.

Comme le relève l'IGAS en 2000, « *En réalité, le nombre total des signalements n'est pas connu : en effet, ces chiffres correspondent aux seuls signalements dont les conseils généraux ont eu connaissance... en revanche, les saisines directes de l'autorité judiciaire (par des particuliers, des professionnels ou des associations) ne sont pas connues* » (Jacquey-Vazquez Bénédicte *et al.*, 2000).

L'augmentation observée pour ces dernières années concerne exclusivement les enfants en risque, puisque le nombre d'enfants maltraités a plutôt diminué. D'après l'ODAS, l'évolution importante après 1995 serait liée à une modification des circuits du signalement, l'Education nationale qui saisissait directement le parquet, ayant changé de procédure et passe maintenant également par l'ASE. Par ailleurs, cette évolution traduit la dégradation des conditions sociales d'accueil des enfants, dans des familles de plus en plus précarisées (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 2004).

Les départements, depuis deux ans, sont invités à indiquer les facteurs de danger à l'origine des ces signalements, donnée dont on ne disposait auparavant que pour les seuls placements.

Tableau 4 : Facteurs à l'origine du danger en 2003

	2003
<i>Carences éducatives des parents</i>	40 000
<i>Conflits de couple et séparation</i>	23 000
<i>Problèmes psycho-pathologiques des parents</i>	12 000
<i>Dépendance à l'alcool ou à la drogue</i>	10 000
<i>Chômage, précarité, difficultés financières</i>	12 000
<i>Maladie, décès d'un parent, choc affectif</i>	5 000
<i>Errance, marginalité</i>	4 000
<i>Environnement, habitat</i>	6 000
<i>Autres</i>	9 000
Nombre total de facteurs cités	121 000
Nombre d'enfants signalés	89 000

Source : ODAS, 2004

Les carences éducatives sont le premier facteur de danger citées par les services de l'ASE comme à l'origine de ces signalements⁵⁰. Les conflits du couple parental viennent en seconde position, suivis par les problèmes des parents si l'on regroupe la santé mentale, les dépendances et la marginalité (éventuellement décès, maladie, choc affectif peuvent aller dans cet ensemble). Un troisième groupe concerne les conditions financières, si l'on regroupe chômage, précarité, difficultés financières, environnement et habitat, tous liés aux conditions d'accueil de l'enfant. Il est évidemment dommage que les enfants maltraités et en risque ne soient pas distingués dans ces facteurs de danger pour approfondir cette approche.

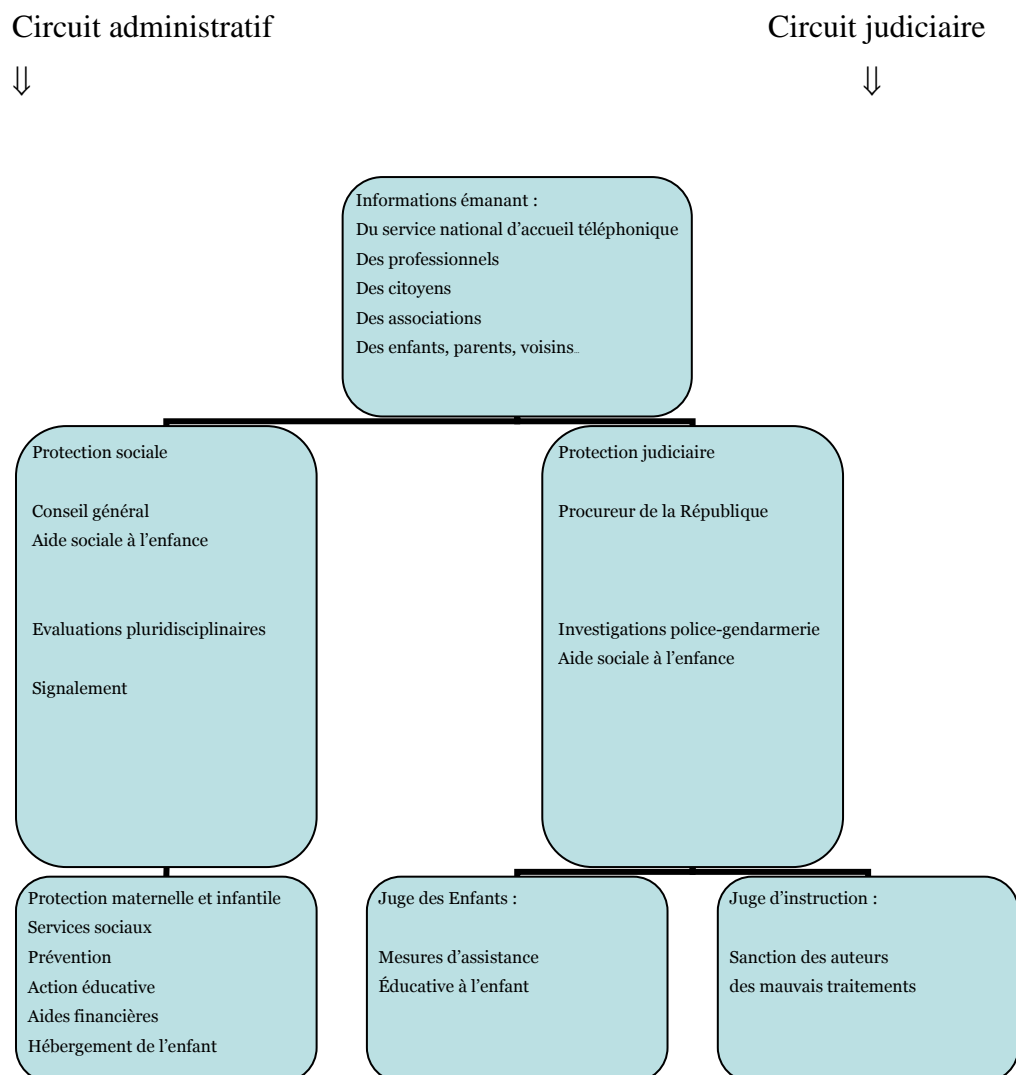
Le ministère de la Justice ne publie pas de données concernant les signalements judiciaires, seules les saisies du juge des enfants font l'objet d'un comptage (*cf. infra*).

B- Les circuits du signalement

La figure n° 1 montre les deux principaux circuits, selon le type de situation rencontrée (enfant en danger ou enfant en risque) et la possibilité de travailler avec la famille (Source : (Gabel Marceline, 2000)). La partie gauche du graphique correspond au circuit des enfants en risque pour lesquels il y a eu un accord de la famille à la mesure proposée, la partie droite situe les cas d'urgence, les cas graves ou le refus de la famille. Ce premier schéma est minimaliste mais offre l'avantage d'avoir une vue de l'ensemble du processus, administratif ou judiciaire. Des graphiques plus précis nous permettront par la suite de détailler les particularités de la mise en œuvre de chacun de ces échelons. Les pratiques sur le terrain montrent encore une autre approche qui sera abordée en deuxième partie.

⁵⁰ - Cette notion mérite d'être approfondie. Nous y reviendrons à de nombreuses reprises.

Figure 4 : Circuit des signalements



Un rapport de l'ODAS fait le point de ces circuits et de l'évaluation qui est faite des situations pour le niveau national (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 1999). Trois principales sources alimentent les transmissions de signalement, les lignes téléphoniques de type numéro vert « Allo enfance maltraitée », l'accès par l'Aide sociale à l'enfance et enfin l'accès judiciaire par saisie du Procureur de la République. Le constat qui en est globalement fait est que c'est « *L'enfance en risque qui se développe car la précarisation de la société atteint bien la famille et ses équilibres* » (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 1999).

La répartition des informations selon la source est variable selon les départements, du fait notamment de l'éventuelle présence d'une ligne téléphonique départementale.

a) Les lignes téléphoniques

Le Service national d'accueil téléphonique de l'enfance maltraitée (SNATEM ou 119), créée en 1989, a pour missions d'accueillir et d'orienter tous les appels concernant l'enfance en danger ou en risque, au niveau national. Il doit transmettre les informations au département concernant les maltraitances à enfant avérées ou présumées. En 2000, le SNATEM a reçu 710 000 appels (Derosier Bernard, 2000).

Une évaluation de la situation est ensuite confiée à l'un des acteurs institutionnels ayant de telles missions : la PMI, le service social de secteur et l'Aide sociale à l'enfance. La prochaine partie leur sera consacrée.

Le bilan de l'activité du 119 a été réalisé par l'intermédiaire d'une enquête sur son activité (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 1999). Les résultats montrent que le repérage se fait pour moitié par la population et pour moitié par les professionnels. Il est à noter que les signalements directs à la justice sont par définition exclus. Le repérage des situations de maltraitance avérée est variable selon les informateurs : de 71 % quand il s'agit du mineur concerné à 48 % pour l'hôpital, 29 % pour la famille et 16 % pour l'Aide sociale à l'enfance. Les situations de risque constituent le complément. Ainsi seuls 10 % des signalements émanant de la police concernent un risque.

D'autres numéros d'appel départementaux sont mis en place à l'initiative des Conseils Généraux, afin d'offrir une meilleure proximité, en particulier pour les appelants institutionnels comme les hôpitaux, les services scolaires, etc.

Sur plus de 700 000 appels reçus par le numéro vert chaque année, 260 000 enfants sont accompagnés dont 55 000 font l'objet d'une prise en charge par l'ASE (Derosier Bernard, 2000). Pour près d'un appel sur deux, la personne souhaite garder l'anonymat, ce qui est une garantie apportée par ce type de recours.

Le repérage des situations qui font l'objet de ce travail, à savoir la dépendance aux drogues est peu susceptible de transiter par ce genre de dispositif. En effet, les professionnels face à des cas de ce genre saisiront directement l'Aide sociale à l'enfance ou le parquet. Les voisins ou autres membres de la famille seront plus souvent susceptibles de rapporter des soupçons de violence ou des carences que des usages de stupéfiants. Néanmoins, le cas s'étant présenté dans certains dossiers, d'observer un signalement par l'intermédiaire du numéro vert, ce cadre devait brièvement être présenté.

b) Les permanences de l'Aide sociale à l'enfance

L'information transmise directement à l'Aide sociale à l'enfance émane essentiellement (sept fois sur dix) des professionnels selon l'enquête menée dans dix départements par l'ODAS (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 1999). Mais des variations existent au niveau des départements. En fait, sur certains départements, c'est le cas des Hauts-de-Seine que nous avons plus particulièrement étudiés, la permanence de l'Aide sociale à l'enfance peut gérer sur les heures ouvrables le numéro vert départemental. Cette saisie directe est essentiellement le fait de professionnels comme les services sociaux, mais également de la famille proche.

La saisie de l'ASE se fait selon quatre modes principaux, l'appel téléphonique plutôt réservé aux urgences, le courrier, l'entretien direct ou lors d'un suivi. Certaines de ces informations aboutissent dans ce service après un recours au numéro vert et une orientation par la permanence.

Plus de la moitié des signalements parvenus à l'ASE vont donner lieu à un signalement (44 %) ou à une transmission judiciaire (12%), 29 % débouchent sur un suivi social (administratif), 9 % n'ont pas de suite (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 1999). Selon ce rapport, deux phénomènes sont particulièrement intéressants à noter : tout d'abord qu'un nombre important d'enfants fait l'objet d'un nouveau contact qui entraînera un signalement alors que rien n'avait été fait la fois précédente et ensuite que parmi les enfants faisant l'objet d'un signalement un nombre important fera l'objet d'au moins une nouvelle information. Si 45 % des informations sont écartées lors du premier examen, nombre d'entre elles seront confirmées par la suite et déboucheront sur un signalement, voire un signalement judiciaire.

Ainsi parmi les dossiers examinés pour l'enquête de l'ODAS, quatre enfants sur dix avaient déjà fait l'objet d'un contact précédent (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 1999), ce qui est relevé comme un problème en soi : « *On peut d'abord s'inquiéter du nombre élevé d'enfants qui, après avoir été repérés n'ont pas fait l'objet de mesures de protection, alors que quelques mois plus tard on découvre leur détresse* » (ODAS, 1999, p.48). Néanmoins, les mesures de protection s'étalant sur plusieurs années, des signalements répétés peuvent parvenir aux différents services, y compris au juge des enfants, alors qu'un enfant fait déjà l'objet d'une protection, nous le verrons par la suite.

c) Le parquet

La saisie du parquet pour une situation de maltraitance ou de risque peut être le fait de toute personne civile, des parents, du mineur lui-même comme des professionnels ou des institutions, comme pour l'ensemble des crimes et délits (art. 40 du code de procédure pénale). Selon les juridictions, un parquet des mineurs existe ou non. Dans tous les cas, le Procureur ou ses substituts apprécient la suite à donner à l'affaire et saisit ou non le juge des enfants en assistance éducative.

Chaque département définit, le plus souvent au sein du schéma départemental, le mode de saisie du parquet. Ainsi dans certains départements, le parquet est-il destinataire de tous les signalements émanant des particuliers ou des professionnels, alors que dans d'autres, une instance d'orientation est instaurée, servant de filtre avant ce renvoi judiciaire, qui agit dans les cas où il n'y a pas d'urgence. Ainsi pour les arrondissements de Paris existe le TSU, traitement des signalements en urgence, permanence qui oriente les signalements émanant des professionnels de la petite enfance, et éventuellement les conseille dans la rédaction de leur signalement. De fait, le circuit du signalement sur Paris est plus complexe et instaure un filtre ASE à l'entrée au parquet, en conformité avec l'esprit de la loi de 1989.

Dans un cas comme dans l'autre, un rapport final sera rédigé pour transmission au parquet, celui-ci reçoit donc un document qui peut avoir eu de longs cheminements avant de lui parvenir. Comme le note Ana-Maria Falconi dans son travail sur les violences aux enfants examinées au niveau d'un parquet : « *Cela fait de chaque description un discours composé à plusieurs, une sorte de palimpseste que le dernier signalant, celui qui a contacté le parquet, est chargé de résumer. Le récit ou le « rendu » auquel le substitut aura alors accès est en fait celui du dernier signalant* » (Falconi Ana-Maria, 1999).

Sur les 89 000 signalements d'enfants en danger, 37 000 auront une suite administrative et 52 000 une suite judiciaire, soit 58 %. Ce fort recours au judiciaire, qui est légitime dans le cas des 18 000 enfants signalés maltraités, l'est moins dans le cas des enfants en risque (pour lesquelles une solution administrative devrait être recherchée avec les familles), qui représentent néanmoins deux tiers des signalements judiciaires (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 2004).

Le retour d'information du parquet vers l'ASE après un signalement judiciaire reste insuffisamment répandu, puisque seulement un tiers des classements sans suite des parquets sont connus de manière exhaustive par les départements (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 2002). Il est par

ailleurs relevé que les services de l'ASE sont encore moins souvent informés des saisies directes du parquet.

Deux acteurs pivots définissent ainsi l'un le circuit administratif, l'Aide sociale à l'enfance, et l'autre le circuit judiciaire, le parquet. Nous allons préciser leur rôle, leurs compétences et moyens d'action. Les autres acteurs, définis sur ces schémas, mais dont le rôle est « mineur », seront examinés en seconde partie, à un niveau local.

4) Deux acteurs

Deux acteurs paraissent ainsi en concurrence, pour le repérage et les actions à mettre en œuvre concernant les enfants en danger. Un seul dispose des moyens de l'action, le Département, puisque, sauf pour l'action pénale⁵¹ donc les mineurs délinquants, la Justice ne dispose d'aucune structure lui permettant d'exécuter les décisions prises par les magistrats.

L'évaluation proposée par chacune des administrations sur les mesures prises reste assez floue, le nombre de mineurs concernés n'étant pas comptabilisé de la même façon de part et d'autre. Le rapport Naves-Cathala avait relevé cette imprécision des chiffres et le peu d'évolution depuis le rapport de l'IGAS de 1995 (cf. supra) : « *Le dispositif statistique comporte trois filières séparées : le dispositif statistique de l'ASE (qui) est sous-utilisé ; le dispositif statistique de la PJJ (qui) est très fourni, mais peu utile pour les autres acteurs ; les statistiques fournies par les tribunaux pour enfants (qui) sont peu significatives et non fiables* » (Naves, Cathala, 2000, p. 8).

Cette imprécision a ouvert la voie à la mise en place d'un Observatoire de l'enfance en danger. Cet organe publie une lettre depuis 1999 comportant des données, alternativement de flux ou de stocks, sans que cela soit explicité. Ainsi,

⁵¹ - Il s'agit alors des établissements de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ).

on peut en comprendre que le stock des enfants placés en 1998 serait de 137 000 tandis que celui des mesures en milieu ouvert serait de 129 000, à comparer à un flux pour la même année de 83 000 signalements d'enfants en danger. Nous allons revenir sur l'évaluation dans chaque procédure (administrative ou judiciaire).

La tendance plus longue depuis 1982 est à la baisse continue des décisions administratives de placement, parallèlement à une croissance des placements judiciaires et des mesures en milieu ouvert.

A- L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et le circuit administratif

D'après P. Verdier (1997, p.8) « *On peut définir l'Aide sociale à l'enfance comme un ensemble de moyens financés et organisés par la collectivité publique pour remédier aux difficultés économiques ou éducatives de la famille et à l'inadaptation à une situation particulière des moyens d'existence et de protection généraux* ». Cette institution tire ses origines de l'Assistance publique développée au XIXème siècle qui prenait en charge des enfants orphelins (pupilles), abandonnés, maltraités ou en danger. Elle a été détachée des hospices par la loi de 1904 et a pris le nom d'Aide sociale à l'enfance par le décret de 1956, les principaux textes étant insérés au code de la famille.

Depuis les lois de décentralisation de 1983, l'ASE est quasi intégralement passée sous l'autorité des conseils généraux, la DDASS ne conservant que peu de compétences en cette matière, dont la tutelle des pupilles de l'Etat (Ruault Marie, 2001). Dans chaque département, l'ASE organise le service et attribue des prestations selon un barème propre. De ce fait, de fortes disparités existent en France en terme de moyens et donc de prestations proposées comme de coût par habitant. Même le salaire des assistantes maternelles assurant l'accueil des enfants est très contrasté (de 30 à 53 euros par jour, dans 23 départements ayant répondu à une enquête du ministère de la santé) (Ruault Marie, 2001). De plus, la

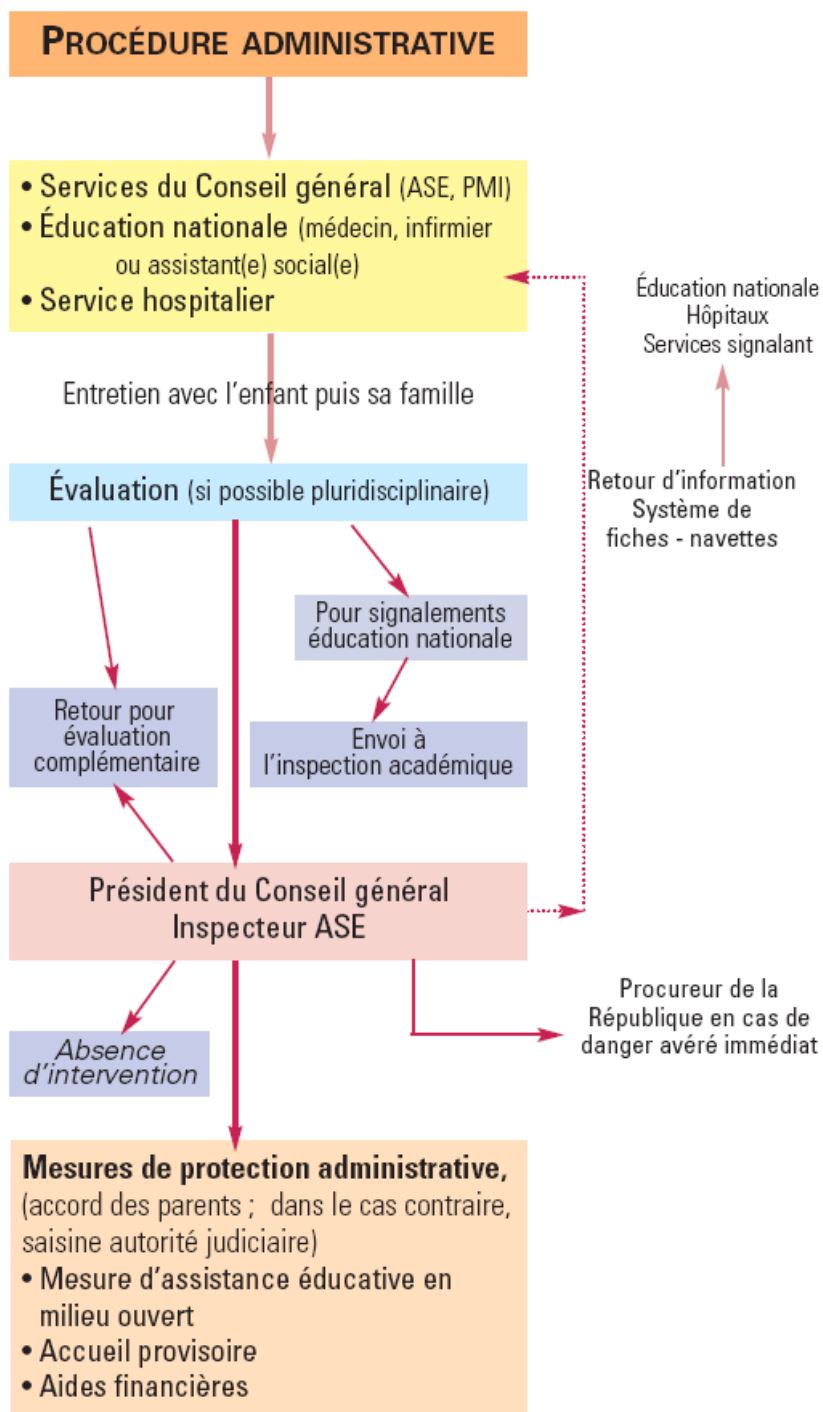
loi prévoyait que chaque département doit établir un schéma des établissements et services, ce qui a été peu suivi d'effet. L'enquête de l'IGAS montre ainsi que seuls 56 départements ont respecté cette obligation dont huit avec un schéma ancien dont la révision n'est pas programmée. Or le schéma devait permettre un contrôle central qui de facto, n'est pas effectif et rendre ainsi lisible la politique sociale du département. La plupart des départements ont choisi d'organiser le service autour d'un service centralisé mais découpé en différents secteurs (Ruault Marie, 2001). C'est le cas nous le verrons dans les Hauts-de-Seine que nous décrirons en deuxième partie.

Un schéma global de la procédure administrative est proposé dans un guide méthodologique du signalement (Ministère de la Justice, 2003) repris dans la figure 4. Dans ce schéma fonctionnel, les services hospitaliers ou l'Education nationale signalent, après évaluation, à l'ASE les situations de danger et non directement à la Justice. Les deux possibilités sont néanmoins envisageables, comme nous le verrons ensuite.

Deux types de prise en charge sont proposés par l'ASE, des aides à domicile (financière ou par une travailleuse familiale) et des mesures de placement (d'accueil des enfants). L'ASE peut proposer toutes ces mesures à la famille, qui peut les refuser.

Si le président du Conseil général estime alors qu'il y a danger pour l'enfant, il le signale au juge des enfants qui, lui, peut imposer à la famille une mesure à domicile ou un placement. Ces mêmes mesures judiciaires peuvent être décidées suite à un autre signalement à la justice, que nous aborderons dans le paragraphe suivant. Les mineurs délinquants peuvent également être confiés par le juge à l'ASE, mais ce flux n'est pas envisagé dans le cadre de ce travail (nous nous intéressons aux nouveau-nés ou très jeunes enfants). L'ASE accueille enfin des enfants confiés de façon temporaire par leurs parents momentanément dans l'impossibilité d'exercer leurs fonctions parentales (hospitalisation) et les Pupilles de l'Etat (cf. infra).

Figure 5 : La procédure administrative de signalement



Source : Ministère de la Justice, 2003.

a) Les jeunes pris en charge

L'Aide sociale à l'enfance prend en charge tout à la fois les mineurs dépendant d'une mesure administrative et ceux qui lui sont confiés par le juge dans le cadre d'une mesure judiciaire. Les données de l'ASE ne prennent donc pas en compte tous les placements, les placements directs par les juges seront envisagés ensuite.

Les données les plus récentes dont on dispose sont celles issues de l'enquête du Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, publiée par la DREES⁵², effectuée en 2001 sur l'Aide sociale à l'enfance dans les départements et les données de suivi provenant des « remontées statistiques » en provenance des conseils généraux. Comme le note le rapport Naves (2003), « *L'exploitation de ces données se heurte cependant à certains obstacles : taux de réponse insuffisant sur certains items d'où l'absence de l'exploitation des réponses, hétérogénéité des modes de comptage selon les départements (par mesure, par enfant, par famille)* » (Naves Pierre et al., 2003), p. III.6.

Ainsi pour l'enquête de 2001, bien que les tableaux fassent état d'un nombre de bénéficiaires, l'introduction du document signale que « *l'enquête permet de comptabiliser des mesures d'aide et non des individus, une personne pouvant être comptabilisée plusieurs fois si elle bénéficie de plusieurs aides* » (Baudier-Lorin Claire et Chastenet Benoît, 2004).

Pour les données de suivi, il peut y avoir des doubles comptes entre les différentes mesures, mais pas entre les deux circuits, administratifs ou judiciaires, qui ne concernent une même personne que successivement. Voici le détail des données publiées pour les cinq dernières années :

⁵² - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères.

Tableau 5 : Les mesures administratives et judiciaires

	1999	2000	2001	2002	2003
Total enfants confiés à l'ASE	111 393	110 935	110 829	111 164	112 822
Mesures administratives	28 929	28 683	28 655	27 936	29 386
- dont pupilles	3 010	2 997	2 881	2 860	2 788
- dont accueil provisoire de mineurs	11 589	11 803	12 539	11 939	12 492
- dont accueil provisoire de jeunes majeurs	14 330	13 883	13 235	13 137	14 106
Mesures judiciaires	82 464	82 252	82 174	83 238	83 436
- dont délégation de l'autorité parentale à l'ASE	2 804	2 882	2 831	2 893	2 728
- tutelle	2 731	2 959	3 215	3 669	3 995
- dont retrait de l'autorité parentale	16	18	16	28	11
- dont placement à l'ASE par le juge	76 813	76 393	76 112	76 638	76 702

Source : (Baudier-Lorin Claire et Chastenet Benoît, 2004)

Cette évolution montre la part prépondérante des mesures judiciaires (environ trois quarts des mesures), bien que les mesures administratives aient connu une faible augmentation sur les cinq dernières années (+ 5 %).

« *Quoi qu'il en soit, 36 000 enfants en danger signalés à l'ASE font l'objet de mesures administratives, négociées et acceptées par les familles, avec ou sans signature d'un contrat et sans recours au juge* » (ODAS, 2001). La recherche qualitative dans ce domaine montre les différentes questions que posent ces mesures : les familles ont-elles réellement le choix, ou agissent-elles sous la crainte d'un placement ? Quelle est finalement la part de ces mesures administratives qui déboucheront sur une procédure judiciaire, ou sur le placement de l'enfant ? (Durning Paul et Chrétien Jacques, 2001).

En effet, les données statistiques produites actuellement ne permettent en aucun cas d'avoir d'information sur les parcours d'enfants et les durées de prise en charge (Naves Pierre *et al.*, 2003).

b) Les ressources et les coûts

L'Aide sociale à l'enfance dépend pour sa gestion du département, tandis que le secteur social polyvalent (assistantes sociales polyvalentes, dites assistantes de secteur) dépend des communes. Le département gère les aides légales comme le RMI et les aides de l'ASE, tandis que la commune gère des aides facultatives, comme les bons alimentaires.

La situation à Paris est un peu plus complexe car elle varie selon les arrondissements, d'où, nous le verrons, une certaine confusion dans les propos de nos interlocuteurs. Par convention en date du 10 juin 1992, entre le Département de Paris et la Commune de Paris, « *Le département confie à la Commune l'exercice de sa compétence pour gérer les aides financières prévues à l'article 190 du titre II du règlement Départemental d'Aide Sociale* »⁵³. Par convention du même jour, la Commune confie la gestion de ces aides versées au titre de l'ASE au Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP). De fait, alors que les ressources départementales sont gérées par la DASES et les communales par le CCAS (centre communal d'action sociale), dans certains arrondissements, le CAS a reçu délégation pour gérer les actions de l'ASE.

La dépense globale consacrée à l'Aide sociale à l'enfance est en constante augmentation. Elle a augmenté de 88 % entre 1970 et 1974. Le budget qui lui était consacrée en 1993 était de 13 milliards de francs (1,98 milliard d'euros). En 1999, il est de plus de 4 milliards d'euros, soit un budget qui a encore doublé, pour encore augmenter substantiellement à près de 5 milliards en 2002. Il est à noter que les placements représentent les trois quarts du budget et que la progression des dépenses se fait en conséquence essentiellement sur ce poste (tableau 6).

⁵³ - Le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, document interne, octobre 2003.

Tableau 6 : Evolution de la dépense d'Aide sociale à l'enfance en milliards d'euros

Type de dépenses	1984	2002
Placement en établissement	1,16	2,45
Placement familial	0,44	1,05
AEMO et autres	0,69	1,25
Total des dépenses	2,29	4,75

Source : (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 2003)

Ainsi, on peut très approximativement comparer les coûts de chaque solution. A l'évidence, le placement est la solution la plus coûteuse. Le coût d'un placement familial (environ 16 000 euros annuels par enfant) a doublé depuis 1984, du fait de la revalorisation des salaires des assistantes maternelles en 1992. Néanmoins, le coût du placement familial reste moitié moindre de celui d'un placement en établissement qui s'établit à 34 000 euros en 2002 (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 2003). Les mesures en milieu ouvert sont évidemment bien moins onéreuses puisqu'elles ne représentent qu'un quart du budget total tout en concernant deux fois plus d'enfants. Pour 2002, sur la base de 128 000 mesures pour un total de 1,25 milliard, on obtient un coût moyen annuel de 9 700 € par mesure.

Le fait que l'essentiel du budget soit affecté aux placements n'a pas manqué de susciter des interrogations de la part des évaluateurs : « *Au total, les moyens limités consacrés à l'ensemble des dispositifs susceptibles de prévenir un placement, et notamment la présence de files d'attente en matière d'AEMO, conduisent à s'interroger sur le respect de la loi de 1984 aux termes de laquelle la prévention des séparations familiales constitue un objectif prioritaire de l'ASE* » (Jacquy-Vazquez Bénédicte *et al.*, 2000) .

c) L'action de l'ASE

Dans le cadre d'une procédure en assistance éducative, les parents conservent tous les droits d'autorité parentale et en particulier un droit de visite et de correspondance (art. 575 du code civil) ; de ce fait, les liens entre parents et enfants doivent être maintenus et le but final de toute action devrait être le retour du mineur dans sa famille. L'action de l'institution ne semble pas toujours aller dans cette direction, en particulier pour les familles les plus démunies, ce qui est dénoncé par des associations comme ATD quart monde. « *Il est évident que tout manquement au respect des droits des parents et que leur exclusion des processus de décision ne fait que renforcer leur sentiment d'injustice et d'impuissance. De fait, si le travail mené avec eux, lors du placement de leurs enfants, est trop réduit, la situation familiale n'a guère de chance d'évoluer* » (Helfter Caroline, 2001).

La réforme de la procédure d'assistance éducative a pris forme en 2002, après différentes mises en cause des pratiques françaises par les tribunaux européens⁵⁴ et par la commission nationale consultative des droits de l'homme. En effet, cette dernière dans un avis adopté le 6 juillet 2001, ayant trait aux placements d'enfants, relève que « *Tout doit être fait pour permettre aux enfants d'être élevés par leurs parents* » et de ce fait qu'il convient de beaucoup plus développer les aides aux familles et de n'utiliser le recours au juge et le placement qu'en tout dernier recours. De plus, l'absence de contradiction dans les dossiers jusqu'en 2002, c'est-à-dire la mise à l'écart des familles du processus de décision est rapportée comme contraire aux droits les plus élémentaires.

Les recommandations de la commission Naves-Cathala ont pour l'essentiel été suivies par la réforme applicable au 1^{er} septembre 2002. Pour modifier en profondeur et rapidement la procédure d'assistance éducative, le ministre de la

⁵⁴ - La jurisprudence de la cour européenne des droits de l'Homme avait énoncé que conformément à l'article 6 de la convention européenne des droits de l'homme que « le droit à un procès équitable implique, pour une partie, la faculté de prendre connaissance des observations ou des pièces produites par l'autre, ainsi que de les discuter », cité par ASH n° 2207 du 23 mars 2001.

santé a en effet fait le choix de ne pas modifier la loi mais d'intervenir par voie de décret⁵⁵ et de circulaire. Le nouveau texte renforce les droits des familles en leur donnant l'accès à leur dossier et en stipulant que les motifs de la saisine du juge doivent être mentionnés. Le recours au placement d'urgence doit être spécialement motivé et devra être suivi de l'audition des parents dans un délai de quinze jours. A défaut, les parents pourront demander que l'enfant leur soit remis.

d) Les moyens de l'ASE

Pour la clarté de notre exposé, il nous paraît indispensable de fournir une description des moyens qui sont mis en place par l'Aide sociale à l'enfance : des prestations à domicile, des structures d'accueil, soit pour la mère et l'enfant, soit des enfants placés.

✧ Les prestations à domicile

Le maintien de l'enfant au domicile de ses parents, en améliorant ses conditions de vie, reste la première mission dévolue à l'Aide sociale à l'enfance. Ces prestations sont variées, mais manifestement sous-utilisées.

- Les allocations

Ces allocations peuvent être régulières ou exceptionnelles et sont destinées à améliorer les conditions d'existence des familles.

Deux exemples issus de notre recherche : certaines femmes sans logement se voient attribuer une chambre d'hôtel qui est réglée directement par l'ASE à l'hôtelier. Le coût de ces prestations est élevé et pose aux acteurs de terrain la question de l'accès au logement social. Ainsi, plusieurs des femmes rencontrées

⁵⁵ - Décret n° 2002-361 du 15 mars 2002, *J.O.* du 17 mars 2002 et circulaire du 26 avril 2002.

vivent dans des chambres avec un ou plusieurs enfants en bas âge, sans possibilité de faire la cuisine. Le prix moyen pour une chambre de ce type sur Paris en 2004 est de l'ordre de 600 € par mois plus la caution. De plus, l'exiguïté des lieux ne permet pas que ces femmes recouvrent la garde de leur enfant quand il est par ailleurs placé, nous allons le développer. Un second exemple de prestation versée par l'ASE : lorsque l'enfant est placé en province, des aides financières peuvent être accordées à sa mère pour les frais de transport.

Les dispositions du code de l'action sociale et des familles (L 111-1) précisent que de telles aides peuvent être attribuées quelle que soit la situation des personnes au regard du titre de séjour.

- L'action de la technicienne de l'intervention sociale et familiale

La technicienne (TISF) est souvent appelée travailleuse familiale. Elle intervient à domicile pour aider la mère ou le père dans des situations de désorganisation familiale comme une hospitalisation, une grossesse pathologique, etc. Le but de cette action est d'éviter le placement temporaire des enfants, quand aucune solution alternative ne peut être trouvée dans la famille élargie.

Ces interventions peuvent être financées par différents services, outre l'ASE, on trouve la Caisse d'Allocations familiales, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, etc.

- Les mesures d'aide éducative à domicile (AEAD)

Ces mesures constituent le volet administratif des actions éducatives. Elles sont bien souvent confondues avec les mesures ordonnées par le juge des enfants, dénommées AEMO, que nous envisagerons ensuite. Contrairement à ces dernières, ces mesures administratives n'ont quasiment pas fait l'objet de recherche (Durning Paul et Chrétien Jacques, 2001).

L'intervention d'un éducateur pour soutenir la famille dans son rôle parental peut être proposée à une famille au titre de la prévention des risques de danger, dans

ce cas, l'accord écrit de la famille est nécessaire. Si la famille refuse cette mesure, s'y soustrait ou empêche l'évaluation, la voie judiciaire sera utilisée pour la lui imposer.

L'enquête de la DREES sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2003 (Baudier-Lorin Claire et Chastenet Benoît, 2004) montre que près de 34 000 mesures d'AED ont été financées pour cette année, soit un léger retrait par rapport à l'année précédente, mais qui faisait suite à une hausse les années précédentes (+ 5 % de 1999 à 2003).

- Les clubs de prévention spécialisés

Les clubs de prévention sont des associations agréées qui interviennent dans les quartiers par l'intermédiaire d'équipes d'éducateurs. Certaines associations sont spécialisées sur la prévention de la prostitution ou de la toxicomanie.

Ces associations interviennent en préservant l'anonymat des personnes rencontrées et de ce fait, elles participent très peu aux circuits du signalement tels que nous les avons décrits. Seule une situation de danger immédiat devrait amener un signalement.

✧ ***Les structures d'accueil***

- L'accueil des mères avec enfants : les centres maternels

Le code de la famille et de l'aide sociale prévoit dans son article 46 l'obligation pour les départements de disposer d'un dispositif spécifique pour la prise en charge 24 heures sur 24 des bénéficiaires de l'Aide sociale à l'enfance, et notamment des femmes enceintes et des mères isolées accompagnées d'enfants de moins de 3 ans. Les résultats de l'enquête nationale sur ce point précis sont très mitigés et montrent un défaut de l'organisation de cet accueil (Ruault Marie, 2001).

Les centres maternels ont une mission de prise en charge des mères isolées et de leurs enfants de moins de trois ans. Sur la ville de Paris, un service centralise toutes les demandes, l'ADEMIE (Aide départementale envers les mères isolées et leurs enfants). Le département de Paris dispose de 4 centres maternels qu'il gère directement (capacité 298 mères avec enfants) et 6 établissements associatifs (capacité 295). Il fait également appel à 6 établissements situés en région parisienne et 13 en province pour lesquels une justification est apportée : « *Les accueils en province se justifient par les faibles possibilités d'admission des femmes isolées avec plusieurs enfants à Paris ou en région parisienne. Ils répondent aussi à un désir de s'éloigner du milieu familial ou au contraire de s'en rapprocher* » (Département de Paris, 2002).

Sur les Hauts-de-Seine, les structures existantes seront détaillées dans la deuxième partie, s'agissant du terrain de recherche.

- L'accueil des enfants placés

La baisse régulière des placements d'enfants depuis 1984 concerne les placements administratifs, au profit des placements judiciaires. Aujourd'hui les placements administratifs ne représentent plus qu'un cinquième des placements. Les raisons en sont multiples, sans doute une moindre confiance dans les travailleurs sociaux (les familles refusent l'évaluation et les décisions leur sont finalement imposées), voire une remise en question de leur capacité à décider pour la famille.

Une explication plus pratique en termes de minima sociaux est également avancée par l'Observatoire de l'enfance en danger : « *Cette évolution s'explique principalement par la disparition d'une pratique largement usitée jusque dans les années 1980 consistant à placer un enfant sur demande de la famille en cas de difficultés économiques. L'apparition du Revenu Minimum d'Insertion a d'ailleurs consolidé ce mouvement* » (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 2003).

Ce type de constat fait l'objet de litiges, comme l'indique ce travail sur les femmes SDF : « *D'autres assistantes sociales nous ont quand même dit avoir eu à placer*

des enfants faute de place dans les structures mère-enfant. Pourtant, d'après Alain Grévat, pilote du groupe de recherche de l'association Jeunesse culture loisirs technique (JCLT), cette idée qu'il puisse y avoir des placements d'enfants pour seuls motifs économiques relève plus de certaines représentations sociales, véhiculées notamment par la presse du champ « protection de l'enfance » : « Il n'y a qu'à voir les réactions de la presse grand public au sujet des placements d'enfants. Le rapport Naves-Cathala réfute qu'il y ait des placements pour raisons économiques. Mais l'opinion pense le contraire et l'Aide sociale à l'enfance à une réputation de « rapteuse » d'enfants »⁵⁶ (Planche Maelle, 2004), p.125. Cet aspect sera repris en rapport avec notre terrain et une lecture plus nuancée du rapport Naves-Cathala, qui relève que face à cette accusation, la tendance a été à la disparition pure et simple de toute référence à la situation économique des parents dans les dossiers d'assistance éducative, alors même que les conditions budgétaires du ménage devraient y être clairement détaillées.

L'Aide sociale à l'enfance dispose d'un large choix d'établissement pour l'accueil des enfants, le plus souvent selon des critères d'âge, outre des familles d'accueil, qui sont en fait des assistantes maternelles ayant un agrément ASE. Pour l'année 2003, l'accueil en famille a été majoritaire puisqu'il est proposé à 55 % des enfants pris en charge (Baudier-Lorin Claire et Chastenet Benoît, 2004). Bien que cette part des enfants en familles d'accueil progresse, elle ne concerne toujours qu'un peu plus de la moitié des enfants, malgré les fortes pressions en faveur de ce type de garde depuis les années 1970 (*cf. supra*). Les pouponnières accueillent des nourrissons dès la naissance (accouchement secret par exemple) et au maximum jusqu'aux trois ans de l'enfant. Les foyers de l'enfance sont des établissements en majorité publics qui ont pour fonction l'accueil 24 heures sur 24 des mineurs qui ont besoin d'une aide d'urgence. Chaque département doit là aussi théoriquement disposer d'au moins un établissement de ce type⁵⁷.

⁵⁶ - C. Gargoly, « Il faut sortir du paternalisme », in *ASH*, 5 octobre 2001.

⁵⁷ - Dans cette partie, nous décrivons de manière générale le dispositif théorique. Nous reviendrons dans l'analyse de notre travail de terrain sur la pénurie ou la surcharge de ces établissements, qui influent sur la possibilité pour un juge de prononcer un accueil en urgence.

Pour la Ville de Paris, s'ajoutent à ces établissements de l'ASE des internats scolaires qui permettent l'accueil en semaine des enfants de parents en difficulté, agents d'une administration parisienne (Département de Paris, 2003).

Le placement administratif est aujourd'hui nettement plus rare que le placement judiciaire, nous l'avons vu, quatre placements sur cinq sont ordonnés par un juge. De plus, une « spécialisation » selon la situation et l'âge du jeune concerné s'est mise en place, comme le note l'Observatoire de l'enfance en danger : « *Le placement semble aujourd'hui utilisé à bon escient : principalement par le juge pour les situations les plus graves et les plus compromises, et par les services de l'ASE pour les situations d'urgence qui nécessitent des réponses rapides et limitées dans le temps et qui concernent souvent des adolescents, voire des jeunes majeurs* » (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 2003).

B- La justice

Le dispositif global tel que nous l'avons décrit, avec ses deux circuits principaux, montre un emboîtement des deux systèmes. Voici la description qu'en donne une publication du ministère de l'Emploi : « *L'autorité judiciaire est la seule à pouvoir prendre des décisions contraignantes vis-à-vis de la famille ou du mineur. Aussi, la protection judiciaire vient-elle souvent compléter ou relayer la protection administrative. C'est notamment le cas lorsque les mesures de soutien mises en œuvre avec le consentement de la famille ne suffisent plus ou quand ce consentement fait défaut...* » (Ruault Marie, 2001).

De plus, l'autorité judiciaire est seule compétente lorsque des mauvais traitements sont infligés au mineurs, puisqu'il y a dès lors une infraction pénale. L'autorité administrative ne reste saisie que tant qu'il y a risque de danger, le danger avéré est de la seule compétence du système judiciaire (art. 1.226-3 du code de l'action sociale et des familles).

Si le juge des enfants dispose de pouvoirs étendus en matière d'assistance éducative et donc de placement des enfants, nous l'avons indiqué, le ministère de la Justice n'a aucune structure propre permettant l'exécution de ses décisions en matière d'enfant en danger. En effet, les moyens sont mis à la disposition par l'Aide sociale à l'enfance, autrement dit par les départements. Ainsi en théorie, le juge peut décider un placement dans le département de résidence des parents, mais l'ASE peut ne lui offrir qu'un placement dans un établissement en province.

Marcel Klanjberg, juge des enfants en province souligne bien que l'ensemble des mesures prévues par la loi ne sera pas offert comme possibilité à chacun des juges pour enfants, à tout moment : « *Le juge des enfants est directement tributaire des engagements financiers des Conseils généraux, auxquels est confiée la mise en œuvre des mesures qu'il décide : c'est au juge de s'adapter à un éventail réduit de mesures à sa disposition* » (ATD QUART MONDE, 2002). Autrement dit, même si le juge souhaite que le lieu de placement soit le plus près possible du domicile des parents, cette possibilité n'existe pas forcément au moment voulu sur son secteur.

Cette dépendance des magistrats des moyens mis à leur disposition par les conseils généraux a été évoquée dans les débats sur la décentralisation des moyens de la Justice. Ainsi, un texte soumis au Sénat en novembre 2003, a dessaisi les juges pour enfants de la possibilité de choisir le lieu de placement des enfants, choix du lieu qui serait désormais de l'unique compétence des services de l'ASE. Cela revient à priver le juge du contact direct avec les structures, rendant encore plus difficiles les négociations avec les familles, puisque le juge ne pourra plus s'engager sur les conditions de l'accueil de l'enfant⁵⁸.

Les vingt dernières années montrent une tendance à la « judiciarisation », dénoncée dans la plupart des publications. Ce terme désigne la part des transmissions à la justice des signalements reçus par l'ASE. Voici un extrait de tableau, montrant les proportions de saisie judiciaire⁵⁹ :

⁵⁸ - Jacqueline Coignard, « *Les juges inquiets pour les enfants en danger* », Libération, lundi 22 janvier 2004.

⁵⁹ - Ces données produites par l'ODAS ne tiennent pas compte des signalements directs au parquet, de particuliers comme de professionnels. Les statistiques des parquets ne permettent pas non plus de les dénombrer, seuls les renvois du parquet vers les juges des enfants faisant l'objet

Tableau 7 : Evolution des transmissions à la justice

	1994	1997	2000	2003
Transmissions judiciaires	31 000	49 500	47 500	52 000
Mesures administratives	27 000	32 500	36 300	37 000
Total des signalements	58 000	82 000	83 800	89 000
% judiciaire	53 %	60 %	57 %	58 %

Source : ODAS, 2001 et 2004

Comme le note l'Observatoire de l'enfance en danger, « *Le maintien d'une forte judiciarisation des signalements pourrait donc refléter une crise de confiance de la protection administrative, ce qui pourrait à terme menacer la crédibilité du processus de décentralisation en matière de protection de l'enfance* » (ODAS, 2001). D'autant plus que les disparités d'application entre les départements sont flagrantes et que tous les rapports nationaux montrent les dangers de l'absence d'un encadrement national fort, par exemple par une loi claire. Dans ce contexte, l'application de la loi par un magistrat peut sembler une garantie contre une administration locale trop puissante.

Un schéma de la procédure judiciaire, proposé dans un guide méthodologique du ministère de la Justice sur le signalement (Ministère de la Justice, 2003) est repris à la page suivante.

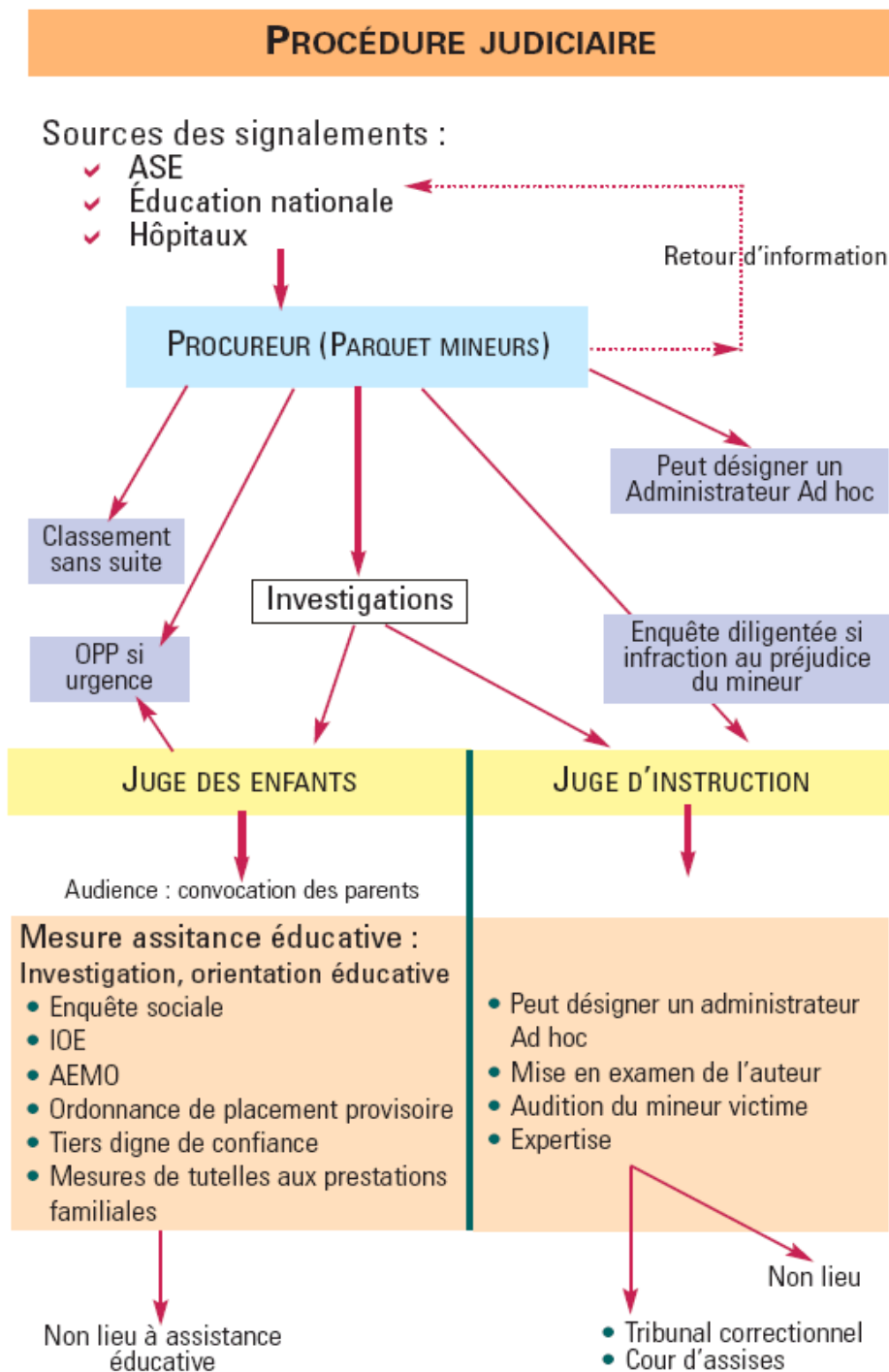
L'organe central lors de la saisie de la justice est le Procureur de la République (parquet) qui est destinataire de la totalité des « plaintes et dénonciations » et qui apprécie la suite à leur donner (en vertu de l'article 40 du code de procédure pénale). Le parquet filtre et oriente les procédures, bien que la loi autorise en principe le juge des enfants à se saisir directement⁶⁰. Comme pour toutes les affaires pénales, le Procureur peut ordonner des enquêtes, classer sans suite la procédure, poursuivre les auteurs de maltraitance en saisissant un juge

d'une publication. Les taux de classement sans suite sont ensuite pratiquement toujours ignorés, comme le relève le bilan de la DREES (Ruault Marie, 2001).

⁶⁰ - Si par exemple un mineur se présente directement à son cabinet, lui écrit ou lui téléphone, le juge peut se saisir sans laisser le parquet jouer son rôle de filtre.

d’instruction. Dans le cadre particulier de l’enfance en danger, il peut également saisir un juge des enfants dans le cadre de l’assistance éducative.

Figure 6 : Circuit judiciaire



Source : Ministère de la Justice, 2003.

Les statistiques sur l'activité des parquets en matière de signalements d'enfants en danger ne font pas l'objet d'une publication. C'est d'ailleurs un reproche constant de tous les rapports publiés sur l'enfance maltraitée que de relever que l'Aide sociale à l'enfance est insuffisamment informée des suites données aux signalements qu'elle transmet aux parquets. Ainsi, selon la dernière enquête de l'Observatoire de l'enfance en danger, un tiers des départements seulement estime être informé de manière exhaustive de la suite donnée par le parquet. Par ailleurs, les services départementaux ne sont pas non plus informés par le parquet des suites données à des signalements entrés par une autre voie (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 2003). A contrario, sauf pour le Département de Paris (*cf. en deuxième partie*), les données publiées sur les signalements judiciaires sont un simple comptage, sans qu'aucune variable ne soit associée pour décrire les enfants concernés.

L'Annuaire statistique de la Justice est une publication annuelle, comportant un certain nombre de données de flux et de stock sur les mineurs en danger et l'activité des juges des enfants⁶¹. Après une baisse brutale entre 1998 et 1999, le stock de mineurs suivis en assistance éducative au 31 décembre de chaque année est en constante augmentation, de 181 714 en 1999 à 201 141 en 2002 puis montre une légère baisse à 199 394 en 2003. Les flux entrants et sortants s'établissent pour cette dernière année à respectivement environ 100 000 et 110 000 mineurs. Pour les mineurs dont le juge est saisi dans l'année, on dispose d'une répartition en 4 grandes classes d'âges (0-6, 7-12, 13-15 et 16-17 ans) nous permettant d'apprécier la part des jeunes enfants dans les mineurs en danger pour ces dernières années :

Tableau 8 : Mineurs dont le juge est saisi selon l'année et la classe d'âges

	1999	2000	2001	2002	2003
Total	112 098	109 145	108 101	107 719	105 309
0-6 ans	32 534	31 712	31 787	31 808	31 760
Part des 0-6 ans	29,0 %	29,1 %	29,4 %	29,5 %	30,2 %

Source : Annuaire statistique de la Justice, 2004.

⁶¹ - Cet annuaire ne comporte pas de données sur l'activité détaillée des parquets en matière de signalements d'enfants en danger. On ne peut donc pas évaluer le taux de classement sans suite de ce type d'affaires.

De manière stable, pour ces dernières années, la part des jeunes enfants se situe un peu en dessous de 30 % des mineurs dont le juge est saisi, les effectifs les plus importants concernant, nous l'avons souligné, les adolescents⁶².

Pour leur seule activité civile, les juges pour enfants sont ainsi saisis chaque année de la situation de plus de 105 000 pour un effectif total d'environ 320 magistrats : « *Les effectifs budgétaires de la fonction (juge des enfants, premier juge des enfants et vice-président de tribunal pour enfants) s'élevant à 330 et les effectifs réels à 317* » (rapport au Sénat), soit une moyenne de 317 dossiers par juge et par an. En termes de stock au 31 décembre, 200 000 mineurs sont suivis en assistance éducative, soit 625 par magistrat. Le rapport Deschamps a posé la question de leur capacité dans ces conditions à respecter les dispositions de la loi, en termes d'auditions et d'audience, mais surtout c'est la question de ce recours plus important au judiciaire qui est posée : « *Faut-il alors augmenter le nombre de juges ? Sans doute. Peut-être conviendrait-il aussi de veiller à limiter les saisines des juges des enfants à la stricte définition de la loi : danger physique ou moral ou conditions d'éducation gravement compromises* » (Deschamps Jean-Pierre, 2001).

a) Les mesures d'investigation

Lors de sa saisine, le juge des enfants peut ordonner différentes investigations, s'il estime ne pas être en possession de tous les éléments nécessaires, ou si une observation des conditions de vie de la famille lui paraît souhaitable.

La rédaction actuelle de l'article 1183 du code de procédure civile dispose que « *Le juge [des enfants] peut, soit d'office, soit à la requête des parties ou du ministère public, ordonner toute mesure d'information concernant la personnalité et les conditions de vie du mineur et de ses parents, en particulier par le moyen d'une*

⁶² - Dans le cas d'un mineur délinquant, le juge des enfants peut soit se saisir au pénal en poursuivant le jeune auteur, soit se saisir au civil en mesure d'assistance éducative. L'ordonnance de 1945 précise qu'il doit de préférence choisir cette deuxième solution.

enquête sociale, d'examens médicaux, d'expertises psychiatriques et psychologiques ou d'une mesure d'investigation et d'orientation éducative ».

Cette rédaction date de la réforme de 2002 et a élargi les dispositions antérieures qui ne visaient que la personnalité du mineur. Ce sont désormais ses conditions de vie et l'état de santé physique ou psychique des parents qui peuvent faire l'objet d'une investigation. Le rapport Deschamps (2001) avait en effet préconisé de prendre en compte « *l'environnement du mineur* ».

Ces mesures ne peuvent être décidées par le juge qu'après une première audition des parties et non à la simple lecture du dossier (art. 1184). Néanmoins la durée totale de l'instruction d'un dossier ne saurait excéder un an⁶³, la durée initiale étant de six mois, prorogable une fois (art. 1185).

Les mesures d'investigation et d'orientation éducative (IOE) sont confiées par le juge des enfants à un service social éducatif (SSE) ou à un service du secteur associatif habilité. Ce sont ces mêmes services qui sont susceptibles de prendre en charge les mesures éducatives en milieu ouvert. Le délai dans lequel doit être réalisée l'IOE est généralement de quatre mois, permettant à l'éducateur de mener une enquête auprès de toutes les personnes susceptibles de lui donner des renseignements sur la famille : services de PMI, école, assistante sociale de secteur, membres de la famille élargie, voire voisins.

Pour l'année 2002, par exemple, les juges des enfants ont ordonné près de 59 000 mesures d'investigation, dont 22 000 enquêtes sociales, 27 000 IOE et 9 000 expertises (Annuaire statistique de la Justice, 2004).

⁶³ - Circulaire relative au décret n° 2002-361 du 15 mars 2002 modifiant le nouveau code de procédure civile et relatif à l'assistance éducative (NOR : JUSF0250055C), *B.O. Justice* n° 86, 2002.

b) Les actions éducatives en milieu ouvert (AEMO)

Les actions éducatives en milieu ouvert⁶⁴ sont présentées dans la plupart des textes internationaux que nous avons évoqués, comme un instrument positif, conçu pour maintenir l'enfant dans son contexte familial, tout en apportant une aide à la famille pour qu'elle s'améliore.

Leur origine est lointaine, dès le début du XIX^{ème} siècle avec le patronage et plus exactement le « visiteur du pauvre »⁶⁵. L'idée était que le riche qui vient au secours de l'indigent doit placer ses capitaux à bon escient et pouvoir, en se rendant à domicile, apprécier la situation réelle de celui qu'il veut secourir « *Indiquer le moyen de reconnaître la véritable indigence et de rendre l'aumône utile à ceux qui la donnent comme à ceux qui la reçoivent* » (cité par Yvorel, 2001, p. 94). Ainsi, chacun va pouvoir exercer son patronage sur un pauvre choisi, le surveiller, l'assister et l'éduquer « *à travers un commerce où l'affection sera présente* » (ibid).

Cette forme de patronage sera néanmoins vouée à l'échec, « *La première raison est à chercher dans la réticence des familles populaires urbaines que le patronage entend acculturer* » (Yvorel Jean-Jacques, 2001, p. 96). Ce refus du contrôle social de ces familles amènera une nouvelle optique. S'il n'est pas possible de réformer le milieu d'origine, il conviendra d'y soustraire l'enfant, afin de lui donner toutes ses chances. Le placement des enfants, non plus abandonnés, mais susceptibles de ne pas sombrer dans la délinquance par une séparation précoce de leur milieu d'origine trouve ici son origine.

Cette nouvelle optique se confirmera avec une sorte de fascination pour la grande qualité de l'accueil qu'offrent les établissements collectifs destinés aux jeunes enfants, bien que les dégâts sur le psychisme des nouveau-nés de ces séparations précoces, malgré des tentatives de maternage individualisé, soient connus dès les

⁶⁴ - Article 375-2 du code civil, voir dans le deuxième chapitre de cette partie.

⁶⁵ - En référence à un ouvrage précurseur de J.M. de Gérando, « Le visiteur du pauvre », différentes révisions, 1820, 1826 puis un ouvrage plus général sur la bienfaisance en 1839.

travaux d'Anna Freud (*cf. infra*). L'échec sur le long terme du placement et le risque de répétition trans-générationnelle seront dénoncés avec virulence dès les années 1970 (cette question sera reprise en quatrième partie).

L'ordonnance de 1958 sur la protection judiciaire, suivie d'un décret de 1959⁶⁶ organise l'articulation des actions de prévention et de protection. Le champ visé est très large puisque la précarité, comme les situations de danger, voire la délinquance (du jeune) sont prévues par ces textes.

Ainsi, « *L'AEMO a été conçue, dès son origine, comme un instrument privilégié des pouvoirs publics, judiciaires comme administratifs, au service de l'Etat ou des collectivités territoriales dans une volonté d'ingérence dans la sphère privée de l'organisation familiale. Cette ingérence est justifiée par l'intérêt de l'enfant...* » (Durning Paul et Chrétien Jacques, 2001) p. 102.

Les regards critiques portés sur cette organisation sont nombreux et souvent sans concession, comme en témoigne un sous-titre de l'ouvrage collectif consacré aux recherches sur l'AEMO : « *L'action éducative en milieu ouvert : une mission impossible confiée à des acteurs professionnels comptables des impasses de la société* (*ibid*, p. 102).

En effet, ces actions visent clairement les familles vivant dans des conditions précaires, mais sans que les éducateurs ne disposent d'aucuns moyens réels d'améliorer leur situation : « *La volonté du législateur de prendre en compte les conditions d'existence de certaines familles en proposant une protection sociale pour faire face aux situations de danger, aussi louable fut-elle, ne s'est jamais traduit par une mobilisation des moyens éducatifs contre la précarisation et la souffrance sociale des familles. Tout au contraire, le décret de 59 semble avoir légitimé une intervention administrative d'autant plus disqualifiante pour les parents qu'une corrélation s'est mise en place entre précarité sociale et notion de « risque » de danger* » (*ibid*, p. 103).

⁶⁶ - Ordonnance du 23 décembre 1958 sur la protection judiciaire et décret du 7 janvier 1959 sur la protection sociale.

Enfin, la dernière notion à laquelle fait appel la mise en place de l'AEMO en France est la liberté surveillée, instituée dès 1912 pour les mineurs délinquants. Par cette mesure, l'action en milieu ouvert fait également son apparition dans le domaine judiciaire. Ces deux origines, on le voit bien, s'entremêlent dans les dispositifs actuels, ou une action administrative se superpose à une action judiciaire : il faut à la fois lutter contre le danger social et prévenir la délinquance des mineurs.

Pour l'année 2002, les juges des enfants ont ordonné 126 000 mesures d'AEMO, dont 59 000 mesures nouvelles, les autres étant des renouvellements pour des mineurs déjà sous mesure (Annuaire statistique de la Justice, 2004). Malheureusement, ces données ne sont pas croisées avec l'âge des mineurs concernés.

Les mesures éducatives judiciaires représentent 75 % de l'ensemble des mesures en milieu ouvert avec une tendance à la « judiciarisation » déjà relevée. Au niveau national, en 2000, plus de 7000 mesures sont en attente d'exécution, ce qui fragilise leur crédibilité auprès des familles (Jacquey-Vazquez Bénédicte *et al.*, 2000). Pour ce même rapport, ce recours accru au judiciaire aurait au moins quatre raisons : une tendance des éducateurs à se protéger en signalant au juge (signalements parapluie), des signalements trop tardifs et des mesures concernant des situations dégradées, les signalements directs à la Justice de certains professionnels et la nécessité d'un rappel à la loi des parents dans le cas de carences éducatives (Jacquey-Vazquez Bénédicte *et al.*, 2000).

c) Le placement

Les placements judiciaires sont également en augmentation depuis 1999, passant de 96 000 mesures à cette date à plus de 116 000 en 2002. Sur ce total, 40 000 sont des mesures nouvelles, les autres concernant des placements reconduits (Annuaire statistique de la Justice, 2004). Pour la même année 2002, les données de la DREES font état de 111 164 enfants confiés à l'ASE dont 83 228 mesures

judiciaires (tableau n° 5), outre 23 236 placements directs par le juge (bénéficiaires de l'aide sociale), soit un total de 106 400 placements par le juge. La différence entre les deux sources est donc d'environ 10 000 placements, mais l'ASE comptabilise des mesures, tandis que la Justice prend en compte des mineurs.

A l'échelon national, on ne dispose pas de statistiques sur les placements par âge. Les débats récents se sont plutôt focalisés sur la question des adolescents délinquants et de la « démission des familles », comme le montrent les développements du rapport Naves-Cathala, qui n'évoquent qu'une fois dans les toutes premières pages la question des très jeunes enfants, pour ensuite ne s'intéresser qu'aux plus âgés. Des données existent pour le département de Paris que nous examinerons en deuxième partie.

La part des placements parmi les mesures prises en assistance éducative est de 47,8 % en 2003. Au total, 300 967 mesures d'assistance éducative ont été prises ou renouvelées, concernant 199 394 mineurs en 2003, soit 15 % des mineurs de la population française. Les variations enregistrées au niveau national sont faibles au niveau des cours d'Appel mais fortes d'un tribunal à l'autre⁶⁷.

d) Les tutelles aux prestations sociales

Dès la première guerre mondiale, les prestations versées aux familles des mobilisés et aux familles nombreuses ou indigentes pouvaient faire l'objet d'une suspension par le juge de paix « *lorsque la famille est jugée coupable de négligence* » (Vaysse Sandrine, 2001). Dans la période d'après guerre, ce sera l'alcoolisme du père qui pourra entraîner la suspension de ces droits.

La loi du 18 novembre 1942 concernant les allocations familiales et militaires comporte des dispositions semblables : « *Elle prévoit le signalement aux préfets des enfants donnant droit à l'attribution d'allocations qui sont élevés dans des*

⁶⁷ - Source : www.justice.gouv.fr/statistiques/donnees-locales.

conditions d'alimentation, de logement et d'hygiène manifestement défectueuses et ceux dont le montant des allocations n'est pas employé par les chefs de famille à l'amélioration des conditions de vie au foyer, d'entretien et d'éducation des enfants » (Vaysse Sandrine, 2001). Le père de famille qui « boit » l'argent des allocations est de la même façon visé par cette disposition. Ce texte ne concerne pas cependant les prestations relatives à la santé comme les prestations de maternité.

Le texte actuellement en vigueur est la loi du 18 octobre 1966 qui organise cette tutelle aux prestations sociales ; elle concerne tout à la fois les adultes et les enfants, les allocations familiales comme les allocations plus généralistes. Pour celles concernant les seconds, c'est le juge des enfants qui est actuellement compétent pour prononcer cette mesure.

Le signalement aux juges des enfants peut être effectué par les parents eux-mêmes, mais aussi par la personne qui a la charge du mineur, ce qui explique le rôle déterminant de l'Aide sociale à l'enfance, par un grand nombre d'acteurs institutionnels et par les débiteurs de la famille (offices HLM par exemple). A l'heure actuelle, toutes les prestations familiales sont susceptibles d'être mises sous tutelle.

L'évaluation de la situation financière du mineur à protéger est nécessaire et elle est le plus souvent réalisée par les travailleurs sociaux, en particulier dans le cadre des enquêtes sociales demandées par le juge. Pourtant, de nombreux rapports adressés au juge ne font pas réellement état de la situation financière de la famille. Cette expertise est mal perçue par les intéressés, comme d'ailleurs par le public, comme le suggère cette mise au point : *« Il ne s'agit pas d'une dénonciation, il ne faut pas s'y tromper, car de là dépend la réussite d'une mesure qui jouit déjà manifestement d'une image néfaste à son développement et qui est généralement mal connue ou même méconnue des principaux fournisseurs d'information »* (Vaysse Sandrine, 2001).

Le juge pour enfants va ensuite désigner un tuteur aux prestations sociales, en général une association ou un organisme comme l'UDAF⁶⁸. Celui-ci va gérer les fonds et en tenir la comptabilité. Le tuteur va également exercer une action éducative auprès de la famille, en vertu de l'article R.167-28 du code de la sécurité sociale. De plus, devant évaluer les conditions de vie des enfants, il est amené à effectuer des visites à domicile.

Ces dispositions sont apparemment en perte de vitesse depuis le début des années 1990 car elles sont fondées sur un texte ancien et mal adapté, en particulier à la question du surendettement. De plus, aucun contrôle concret sur l'action éducative n'est exercé et cette mesure apparaît trop souvent comme une sanction (Vaysse Sandrine, 2001).

Pour l'année 2002, les juges des enfants ont prononcé en France 24 000 décisions de mise sous tutelle aux prestations sociales concernant 61 000 mineurs (Annuaire statistique de la Justice, 2004).

⁶⁸ - Union Départementale des Associations Familiales.

Conclusion de la première partie :

Cette première tentative de bilan au niveau national et international laisse entrevoir les multiples interrogations auxquelles conduit la question du placement des enfants de mère toxicomane.

En France, les données statistiques dont on dispose en population générale sont très peu précises sur les produits illicites autres que le cannabis. L'usage répété ou problématique de cocaïne ou d'héroïne semble concerner essentiellement des hommes jeunes, mais une étude approfondie suggère que les femmes sont les oubliées de ces descriptions. Les sources disponibles portent sur des données transversales d'où des difficultés d'interprétation en termes de population soumise au risque.

Les données nationales sur les mesures d'assistance éducative ne sont pas beaucoup plus faciles à utiliser, comme en témoigne une étude réalisée à l'INED au titre évocateur : *«L'impossible observation de l'enfance maltraitée en France»* (Frechon Isabelle, 2002). Les causes du signalement ou du placement qui sont renseignées posent des problèmes méthodologiques sur lesquels nous reviendrons et ne permettent pas réellement d'isoler les décisions qui seraient motivées par la toxicomanie, voire l'alcoolisme, de la mère.

La double situation définie pour cette recherche, le signalement ou le placement d'un enfant de mère toxicomane ne peut donc être quantifiée au niveau national, sans que l'on puisse en déduire qu'elle n'est que résiduelle. Le placement d'un enfant est aujourd'hui un phénomène rare, cela n'enlève rien à la portée d'un tel événement.

De nombreux problèmes méthodologiques, mais aussi éthiques, s'imbriquent, qui à l'évidence ne peuvent être approfondis à l'échelon national.

PARTIE II : LES ACTEURS ET LES MODALITES DES SIGNALEMENTS

Après les éléments de cadrage au plan national que nous venons d'évoquer, une enquête locale va nous permettre d'approfondir les mécanismes de mise en œuvre des signalements des femmes toxicomanes et de leurs jeunes enfants et les rapports qu'entretiennent les différents acteurs.

Quelques définitions sont indispensables pour contextualiser ce travail. Une première exploitation de nos données nous permettra ensuite de définir les différents acteurs présents sur notre terrain et les relations qu'ils entretiennent. La méthodologie du travail de terrain va tout d'abord être présentée ainsi que les choix de rédaction de ce texte.

Une deuxième sous-partie sera consacrée à une confrontation entre les données de la littérature et les perceptions des acteurs de terrain sur les questions de la toxicomanie, des femmes et de leur maternité.

Ensuite, les principaux acteurs institutionnels seront présentés, y compris dans leur propre regard sur leurs partenaires. Les mesures d'action éducative qui ont pour l'instant été présentées uniquement d'après le cadre légal, seront de nouveau définies, en grande partie au travers des représentations qu'en ont les acteurs institutionnels et les femmes concernées.

1) 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
C'est confus,

Voilà

Pour dire ce que c'est qu'un signalement, parce que tout le monde utilise le terme signalement

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
C'est vrai que les termes sont souvent

Même aux gens moi, si je vais un jour, enfin si je pense à une AEMO administrative, je parle pas de signalement, je parle d'une réponse administrative ou d'une action éducative administrative, je parle pas d'un signalement, ça a tendance en plus à les effrayer, alors que l'AEMO administrative en général il faut l'accord des parents, c'est quand il y a pas réellement de danger mais quand on veut justement en terme de prévention éviter que la situation se dégrade, donc c'est vrai que le mot signalement c'est un terme auquel il faut faire particulièrement attention. Tout le monde parle de signalement, quoi.

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 terme⁶⁹.

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 :

⁶⁹ - 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).

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.

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, les Hauts-de-Seine, et plus particulièrement le nord de ce département, 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.

Les trajectoires sont entendues ici selon le sens que leur donne Anselme Strauss s'agissant de malades : « *En revanche, le terme de trajectoire a pour les auteurs la vertu de faire référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail développée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués. Pour chaque maladie différente, sa trajectoire imposera des actes médicaux et infirmiers différents, différents types de compétences et autres savoir-faire, une répartition différente des tâches entre ceux qui travaillent (y compris, le cas échéant, les parents proches ou le malade), et exigera des relations tout à fait différentes –qu'elles soient simplement instrumentales ou de l'ordre de l'expression- entre ceux-ci* » (Strauss Anselme, 1992).

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, 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.

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.

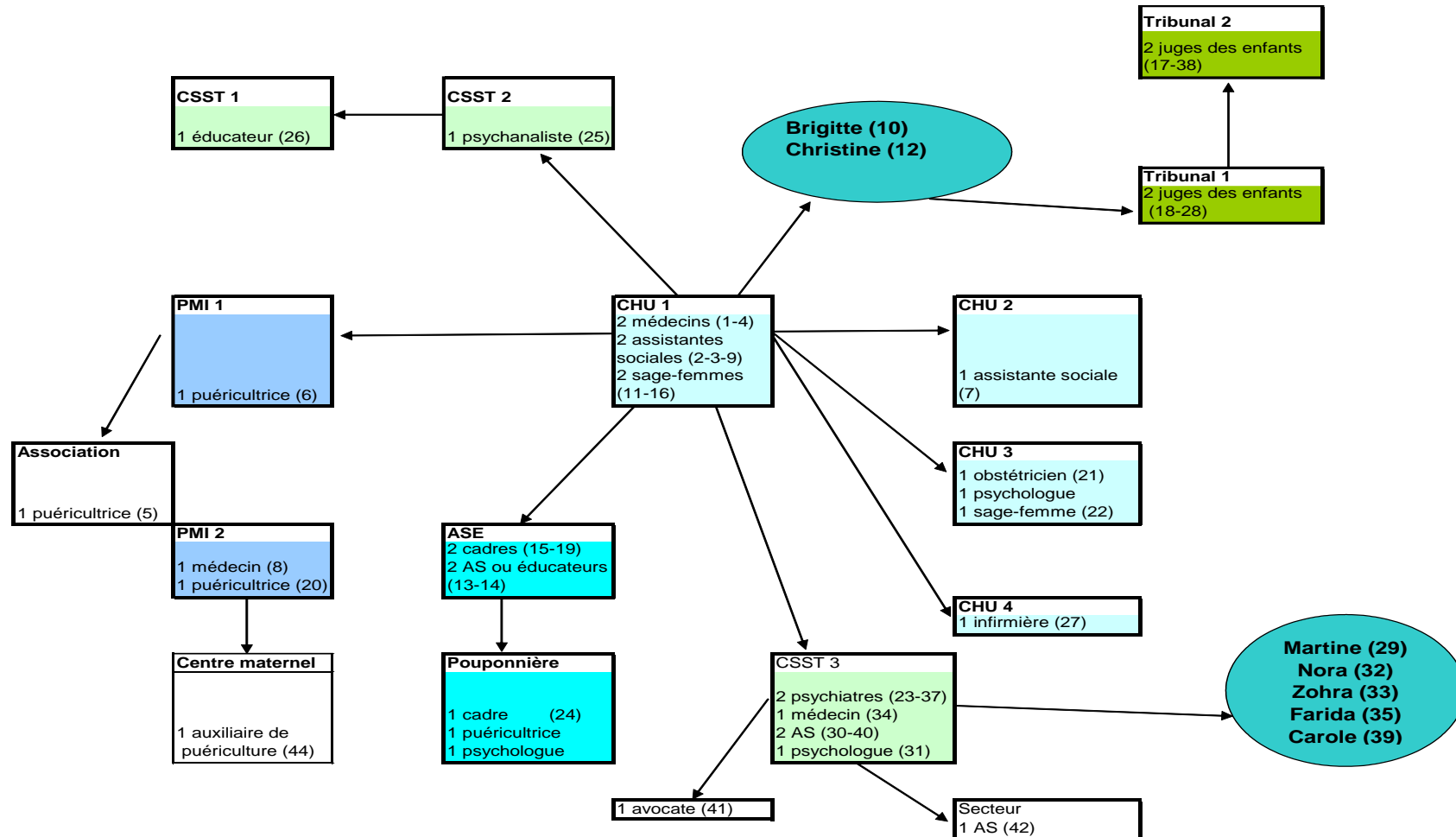
Nos interlocuteurs n'ont pas été choisis à proprement parler. A partir de deux personnes ressources, un professeur de pédiatrie et un médecin de PMI, nous avons réalisé des entretiens exploratoires, leur permettant de situer leurs différents partenaires privilégiés dans le contexte d'une situation de 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°6. 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.

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.

Les avantages de cette méthode sont clairs : ne pas s'enfermer dans des hypothèses pré-construites, obtenir des points de vue et des récits variés, mais aussi approfondir diverses pistes au fur et à mesure de la recherche. De plus, il est possible d'affiner certains points au gré des entretiens par des relances. Cette méthode nécessite par contre de transcrire chacun des entretiens et de les relire avant d'effectuer les suivants, de façon à anticiper des questions pour relancer l'interlocuteur, quelle que soit la direction qu'ait prise l'entretien. Les thèmes abordés au fil des entretiens sont également beaucoup plus diversifiés puisque chaque interlocuteur pouvait développer un sujet qui l'intéressait, sans se sentir contraint par une grille de recueil imposée par l'enquêtrice. 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.

Figure 7 : Schéma du recueil des entretiens (numéro de l'entretien, voir tableau en annexe)



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). De même, pour le premier magistrat rencontré, son nom nous avait été donné par une de ces mères, comme étant « son » juge et il a accepté l'entretien après que nous lui ayons indiqué ce moyen peu conventionnel d'entrée en contact « *Mais comment avez-vous eu mon nom ? A t-il demandé. C'est une femme toxicomane qui m'a indiqué que vous étiez son juge* ». Deux autres juges pour enfants (dont l'un ne l'est plus actuellement), dans un autre tribunal, ont été contactés à l'occasion d'un colloque et d'une journée d'études.

✧ ***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 contacts ont dans l'ensemble été faciles avec les professionnels, la méthode utilisée permettant de se recommander d'une personne connue du nouvel interlocuteur. Ils sont bien sûr différents selon les professionnels, plutôt plus réticents vers le bas de l'échelle sociale. Les puéricultrices étaient ainsi très gênées, voire paralysées par la présence du magnétophone, rendant quasi palpable la distance sociale. Au contraire, les juges ou les médecins se positionnaient plutôt sur un pied d'égalité. Les assistantes sociales globalement étaient plus difficiles à cerner, voyant sans doute dans le chercheur un concurrent, comme l'ont déjà relevé d'autres chercheurs (Beaud Stéphane et Weber Florence, 1998).

L'institution la plus résistante a été l'Aide sociale à l'enfance. Le barrage des secrétariats avant le contact avec les cadres a été très difficile à franchir. Pour joindre l'un d'entre eux, il m'a fallu appeler quasiment tous les jours pendant un mois. Une cadre finalement jointe au téléphone, se déclarant enthousiasmée par le sujet qu'elle connaissait particulièrement, forte d'une expérience de vingt ans, refusait tout entretien sans l'autorisation de sa directrice. Celle-ci a encore essayé de me décourager : « *Il faudrait écrire au Conseil général* ».

De même, à la pouponnière départementale, les refus ont été très fortement exprimés. Finalement, l'entretien n'a pu m'être accordé qu'après être passée par la voie hiérarchique. La directrice a reçu l'ordre de me recevoir, ce qui n'a pas beaucoup facilité un contact « spontané ». A l'arrivée au rendez-vous, après une attente d'une bonne demi-heure, elle m'a indiqué qu'elle me recevrait avec la psychologue, et l'assistante sociale de son service. Celles-ci ont eu bien du mal à s'exprimer dans ce contexte. Cette attitude est difficile à interpréter. L'Aide sociale à l'enfance est par définition un lieu peu ouvert sur l'extérieur, assez stigmatisé, mais peut être s'agissait-il tout simplement d'un manque d'assurance personnel, face à un sujet sensible.

✧ **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 mentale⁷⁰.

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 telles⁷¹ 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

⁷⁰ - 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.

⁷¹ Désignées par l'un des acteurs institutionnels, car souvent ces femmes réfutent cet étiquetage, ce qui sera développé ultérieurement.

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 centre de soins parisien 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 spécialisés⁷². 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

⁷² Les différentes structures seront spécifiquement décrites au cours de ce chapitre.

sont très curieuses et s'informent immédiatement de toute nouvelle présence « *et toi tu es qui ?* ») et prennent l'habitude de me parler.

La salle d'attente est tout à la fois un lieu de passage obligé, un endroit pour se détendre⁷³, où certains patients peuvent quelquefois venir sans rendez-vous, simplement pour être là. Le centre de soins est pour certaines femmes (et de plus rares hommes) le seul lieu de sociabilité de leur vie, elles y viennent « en passant ». Les stagiaires (infirmière, assistante sociale ou psychologue) y restent de longues heures pour faire connaissance, comprendre et observer. Elles ont aussi un rôle dans la régulation des échanges, afin d'éviter les rixes et pour tenter de faire dévier les conversations malvenues (sur la drogue, de commérages malveillants sur d'autres patients, etc.). De fait, la salle d'attente est un lieu où les choses peuvent dégénérer assez vite, discussions vives, engueulades voire passages à l'acte et coups.

Je me suis intégrée à la salle d'attente avec les stagiaires, mais tout en précisant bien que je n'étais pas là dans le même cadre professionnel, mais pour un autre type de travail. Pour certaines, d'ailleurs, il était clair que je ne faisais rien. Le moment d'une nouvelle rencontre était ainsi quelquefois difficile avec la nécessité de me rattacher à l'université et à la sociologie. La réaction est toujours imprévisible, y compris « *Ah oui, moi aussi j'ai fait socio ! t'es dans quelle fac ?* ».

A chaque visite, en fin d'après-midi ou pendant des temps morts, je prenais des notes de terrain. J'ai rencontré au total une vingtaine de femmes, qui toutes m'ont livré de façon informelle des éléments de leur histoire personnelle. L'étape suivante, qui consistait à leur proposer un entretien enregistré, s'est révélée beaucoup plus difficile à franchir. Globalement, il m'est apparu que cette proposition ne pouvait être faite qu'au bout de trois à quatre rencontres avec une femme, lorsqu'elle connaissait mon prénom et venait spontanément me parler à son arrivée.

Le peu de disponibilité de l'équipe soignante n'a pas permis que les rendez-vous avec les médecins soient l'occasion de me présenter leurs patientes. Par ailleurs, une

⁷³ - Dans la salle d'attente se déroule le cérémonial du café. En principe, les personnels préparent le café, qui est disponible en permanence gratuitement. De fait, il faut en refaire plusieurs fois par demi journée. Un des patients s'en charge et propose une « tournée », difficile à refuser sans paraître discourtoise à l'égard de ce partage. Le niveau de consommation de tabac est également impressionnant et la circulation des cigarettes l'objet de tractations intenses, entre celles qui peuvent en acheter, celles qui partagent, celles qui refusent d'en donner, celles qui « taxent » inlassablement.

certaine réticence de quelques membres de l'équipe était manifeste à ce que j'interroge « leurs » clients, à la fois parce que l'enquête était ressentie comme une forme d'ingérence voire une surveillance de leur activité et une forme d'appropriation rendant difficile qu'une autre version de la vie de ces femmes me soit révélée. Les contacts ont de ce fait uniquement été pris de ma propre initiative dans la salle d'attente.

Deux difficultés majeures à propos du sujet de ma recherche entraînaient la méfiance, voire l'agressivité des femmes, non pas à mon égard⁷⁴, mais par rapport à mon travail. La première était de définir mon sujet comme « *Je m'intéresse au placement des enfants de mère toxicomane* ». La réaction était immédiate, toutes se considéraient comme non toxicomanes, souvent du fait d'un traitement de substitution ou parce que cet épisode leur semblait appartenir à leur passé. Le refus était alors catégorique, le fait de les rencontrer dans un centre de soins pour toxicomanes ne justifiant pas, à leurs yeux, de les considérer comme telles. J'ai donc, dans un deuxième temps, éludé le mot, pour ne parler que des femmes ayant perdu la garde de leurs enfants.

La deuxième difficulté était bien évidemment le sujet lui-même. Si une grande majorité d'entre elles avaient, ou avaient eu des enfants placés, ce n'est pas quelque chose qu'elles étaient prêtes à livrer, aux soignants déjà, et encore moins à une personne extérieure. Anne, que j'avais rencontrée déjà quatre ou cinq semaines de suite et qui m'avait spontanément raconté des épisodes entiers de sa vie, dont le placement de ses enfants, s'est tout de suite mise en colère, puis à pleurer. Elle voulait à la fois me faire plaisir, mais ne voulait pas du tout parler de « ça ». Elle m'a expliqué pendant une bonne demi-heure, en me racontant de nouveaux éléments, qu'elle ne voulait pas faire ce travail avec moi. Toutes ses phrases étaient émaillées d'interjection du genre « *vas-y* », « *t'es relou* ⁷⁵ », « *putain, tu crois que j'en suis fière* » pour me manifester son indignation de parler spécifiquement de ce moment de sa vie. Finalement, elle m'a serré la main, tout en me disant « *Une autre fois peut être, aujourd'hui je ne peux pas* ».

⁷⁴ - Une seule femme a été systématiquement et ouvertement agressive à mon encontre. Ses enfants n'étaient pas placés et donc « elle ne m'intéressait » pas pour l'enquête, ce qui lui était insupportable, tout autant que le sujet, car elle vivait avec la crainte que cela puisse arriver.

⁷⁵ - Relou, verlan pour lourd, désagréable.

Pour certaines femmes au contraire, celles qui étaient fières de me montrer que « tout ça c'était du passé » et qu'elles en étaient bien sorties, la proposition a été acceptée relativement facilement⁷⁶ et nous nous sommes isolées pour l'enregistrement dans un bureau de médecin. La durée moyenne de ces entretiens a néanmoins été moitié plus courte qu'avec les professionnels, environ 30 minutes à une heure.

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 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.

A partir de l'hôpital, un travail particulièrement complet a pu être réalisé concernant une jeune femme, appelée Christine dans notre texte, que la plupart de mes interlocuteurs se sont avérés connaître sur le département des Hauts-de-Seine et dont ils me citaient spontanément l'histoire. J'ai pu rencontrer très longuement cette femme. De fait, les différents récits des professionnels la concernant, l'assistante sociale, le juge, le médecin de l'hôpital sont mis en relief dans ce texte, ainsi que son

⁷⁶ - De manière générale, ces femmes sont incapables de respecter un rendez-vous, surtout s'il comporte un caractère facultatif, ce qui était évidemment le cas. Quelquefois le rendez-vous pris pour le mardi suivant a débouché sur un entretien un mois après, ce qui montre la nécessité d'une présence longue sur le terrain.

histoire telle qu'elle me l'a livrée. La trajectoire que chacun décrit peut ainsi être rapprochée de sa propre biographie⁷⁷. L'histoire de Christine a été choisie comme fil conducteur dans la rédaction car tout à la fois elle présente un archétype des récits recueillis auprès des femmes mais aussi parce que plusieurs professionnels ont pu m'en parler et que les récits peuvent se croiser sur une même biographie.

Tous les entretiens ont été entièrement retranscrits par nos soins⁷⁸, 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 indispensable, mais il ne suffit pas à empêcher l'identification de nos interlocuteurs. Les noms des lieux, des centres de soins, des hôpitaux ont été retirés. Malgré tout, la version qui est proposée ici n'est concevable que dans un cadre universitaire. Il sera nécessaire de faire de nombreuses coupures pour la restitution aux professionnels⁷⁹.

✧ *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 ans⁸⁰. Les dossiers examinés ne sont pas

⁷⁷ - Le récit complet de Sandrine clôture ce travail.

⁷⁸ - 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.

⁷⁹ - A laquelle je me suis engagée, parce que la plupart sont très intéressés à avoir une vision globale de la situation qu'ils n'ont pas dans leur pratique et parce que cela me semble une juste rétribution de tout le temps qu'ils m'ont consacré.

⁸⁰ 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.

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.

De manière générale, l'accès aux dossiers est une question sensible lors de ce type de recherche. Les personnes habituées à travailler sur dossiers, et susceptibles d'être remplacés à tout moment, en particulier les magistrats lors d'une audience, considèrent le dossier comme appartenant aux personnes concernées par la procédure. De ce fait, aucune réticence ne se manifeste quant à une analyse du contenu de ces dossiers.

A contrario, les assistantes sociales, éducateurs ou psychologues considèrent le contenu de leurs dossiers comme leur propriété individuelle. Ces personnels ne se substituent pas en cas d'absence, mais prennent des notes sur des feuilles volantes, sans « sortir » le dossier. Quand le chef de service demande l'état de tel dossier, ces professionnels rédigent un rapport qui éventuellement ne reprend pas tous les éléments en leur possession. Le secret professionnel est ici compris comme le secret de la parole des personnes reçues. A tel point, que l'une des assistantes sociales nous a indiqué que lors du départ d'une collègue, celle-ci récupérerait l'intégralité des écrits auxquels elle avait procédé, pour ne laisser dans les dossiers qu'un résumé de la situation. De même, avant archivage des dossiers, ceux-ci sont vidés par leur auteur.

Certains des professionnels rencontrés ont néanmoins accepté de nous lire des extraits importants de leurs dossiers, que nous avons pu retranscrire du fait de l'usage du magnétophone.

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.

2) 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 France⁸¹ 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 garçons⁸², 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*

⁸¹ - 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).

⁸² - 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)

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* »⁸³. 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).

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

⁸³ Kai Hermann et Horst Rieck, « *Moi, Christiane F., 13 ans, droguée, prostituée...* », Mercure de France, 1981 pour la traduction française.

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 MILDT⁸⁴, 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 nomenclature⁸⁵ 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

⁸⁴ - 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.

⁸⁵ Catégories reconnues au niveau scientifique international, par l'OMS et l'Association américaine de psychiatrie dans le DSM IV.

dans la vie active et développer des stratégies pour combiner vie professionnelle et usages de drogues (Fontaine Astrid, 2002).

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 drogue⁸⁶ 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,

⁸⁶ - 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)

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 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 précaires⁸⁷. Ainsi, une alcoolisation pendant la grossesse ne serait véritablement dangereuse que dans les classes sociales les plus défavorisées⁸⁸. 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 maltraitements connus, 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 intervenants⁸⁹.

⁸⁷ - A ce propos le mémoire de maîtrise de Agnès Dumas sur les représentations du syndrome d'alcoolisation fœtale des obstétriciens. (Dumas Agnès, 2003)

⁸⁸ - 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*.

⁸⁹ - Voir une véritable souffrance, que nous évoquerons en quatrième partie.

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 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. A 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 hôpital⁹⁰.

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 :

⁹⁰ - 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.

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 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.

Les ouvrages destinés aux femmes enceintes restent en général assez neutres sur la question des drogues, nous l'avons vu précédemment. Certains auteurs cependant n'hésitent pas à tenir des propos assez simplistes, quel que soit leur propre position

sociale⁹¹. Voici un extrait d'un ouvrage de 1991, dans son édition 2000, situé dans les pages concernant la troisième semaine de grossesse : « *Future maman qui vous drogue, vous avez là une chance inespérée pour essayer de vous débarrasser de l'emprise de la drogue et redevenir vous-même. Vous attendez un bébé. Faites pour lui ce que vous n'avez pas pu faire pour vous. Et même si c'est très difficile, ne vous inquiétez pas, il va sérieusement vous aider* » (Delahaye Marie-Claude, 2000).

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.

⁹¹ - Ces ouvrages sont écrits soit par des médecins, soit par des mères de famille qui livrent leur expérience. Dans le cas cité, l'auteur est Maître de Conférences de biologie cellulaire.

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-né⁹².

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 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

⁹² - 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.

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. Qui tient aussi à des conditions sociales, matérielles, dans lesquelles elles vivent, c'est sûr que, si elles ont pas de chaise haute, donc, il y a forcément un lien, une promiscuité qui demeure, euh, mais qui peut être leur pose pas plus de questions que ça, malgré tout...

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.

Ouais, mais comme on lui dit, il faut absolument qu'on travaille la séparation. Parce que ça devient problématique. A tel point problématique que effectivement il y a aussi des retards dans tous les autres domaines, pour l'enfant, il peut pas évoluer, dans une telle fusion. Mais tout prend tellement de temps que parfois on en arrive un peu à, à culer au dernier moment, à se dire bon alors là on fait quoi, mais parfois c'est le temps nécessaire aux mamans pour pouvoir entendre le fait qu'il faut avoir un accompagnement autre.

Psychologue, CSST, entretien n° 31.

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. C'est à dire qu'on élève un enfant pour qu'il vous dise merde !

[...] 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.*, 2004a). 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 AMM⁹³ (autorisation de mise sur le marché). La relance des programmes méthadone, par la possibilité de 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 (*cf. infra*).

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).

⁹³ - 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.

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 méthadone, 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 personne pour le faire. Et on retrouve ces gens, désinvoltes complètement, bon ben voilà.

Assistante sociale, maternité, entretien n° 7.

Une récente étude européenne menée dans six pays auprès de femmes toxicomanes⁹⁴ 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.*, 2004a).

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 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

⁹⁴ 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.

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 sociaux⁹⁵.

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).

⁹⁵ - 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.

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. Être 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 !

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 ça 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 verticales⁹⁶ 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.

⁹⁶ - 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.

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.

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 portaient quelques heures après...

Cadre sage-femme, entretien n° 16.

Pour nombre de soignants, l'autorisation de la mise en place des traitements de substitution⁹⁷ 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

⁹⁷ En 1995 pour la méthadone et 1996 pour le Subutex (buprénorphine haut dosage).

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 caricaturale 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...

On ben voilà, je veux dire, elles reprennent à côté, euh de la cocaïne, alors du Subutex alors qu'on s'injecte, enfin bon des choses comme ça, et là, et là de nouveau, et c'est vrai déjà depuis plus d'un an, voire deux ans, moi je retrouve des femmes qui nous arrivent ici dans le cadre de grossesses non suivies de nouveau, hein, c'est-à-dire complètement désinsérées, qui accouchent et qui n'ont aucune demande d'aide, je dirais par rapport au produit puisque elles savent déjà, ce que c'est la substitution, etc. 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 période⁹⁸.

⁹⁸ - 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)

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 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 positives⁹⁹ 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 ».

⁹⁹ 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.

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 stigmatisme 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 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 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.

[Question : Et ça, ça ne se fait pas forcément en première consultation ?]

Si on ne le sait pas non, par contre si on le sait, c'est sûr qu'on l'enverra à la prochaine consultation. Si c'est par exemple des partenaires extérieurs, parce que maintenant on travaille en réseau, là la consultation sera déjà ciblée sur ces personnes-là...

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*¹⁰⁰ : « j'ai dit : vous droquez mon gosse ? C'est vrai, vous le droquez 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, 1994b).

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

¹⁰⁰ - 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).

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 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* »¹⁰¹.

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

¹⁰¹ - Le Républicain Lorrain, 16 octobre 1999, « La mauvaise mère et le psychopathe déchaîné in (Aubisson Sandrine, 2002a)

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* ».

Les femmes toxicomanes peuvent également être décrites comme immatures, proches d'une adolescente à n'importe quel âge et ayant donc un rapport très distant à la maternité, qui ne serait vécue que comme un désir sans rapport avec la réalité d'un bébé. Ainsi un pédiatre dont les propos sont rapportés dans une recherche : « *Ce sont des femmes qui s'offrent un poupon, qui s'offrent une grossesse et qui jouent à la poupée avec leur bébé* » (Fedi M.T., 1994, p. 42).

Les femmes toxicomanes intériorisent, en quelque sorte, ce discours de disqualification à leur égard puisqu'elles ne supposent même pas qu'elles puissent avoir des droits ou qu'un juge puisse les entendre. Elles sont par ailleurs confrontées aux réticences de leur entourage sur leur capacité à être mère, voire sur les conséquences que leur consommation pourrait entraîner pour le bébé. Ainsi l'une des femmes interviewées par S. Aubisson (2002b, p.66) raconte son expérience : « *Oui, je l'ai dit à ma mère (qu'elle était enceinte), ben bonjour hein, bonjour l'angoisse. Oh, j'étais une assassine, une irresponsable avec tout ce que je m'étais droguée, j'allais faire un mongolien¹⁰² et tati... il allait être malade, enfin un tas de cinéma* ».

De même, 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...

¹⁰² - Peut être par analogie avec l'enfant de mère alcoolique qui peut être atteint d'un syndrome d'alcoolisation fœtale et d'un retard physique et intellectuel, comparé ici avec une trisomie 21.

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 parisienne :

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 problèmes¹⁰³, et en tout cas, son manque total d'empathie avec cette clientèle potentielle.

¹⁰³ - Elle était pourtant présente dans le cadre du bénévolat.

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.

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 loser 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 douleur¹⁰⁴, ce qui présente un risque pour l'enfant.

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

¹⁰⁴ - 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.

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 des Grands Boulevards.

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 défailants* ». 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 démunies 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 bébé¹⁰⁵. 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).

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).

¹⁰⁵ - La dose de produit passant dans le lait paraît insuffisante pour cela.

3) Les principaux acteurs institutionnels et leurs relations sur le terrain

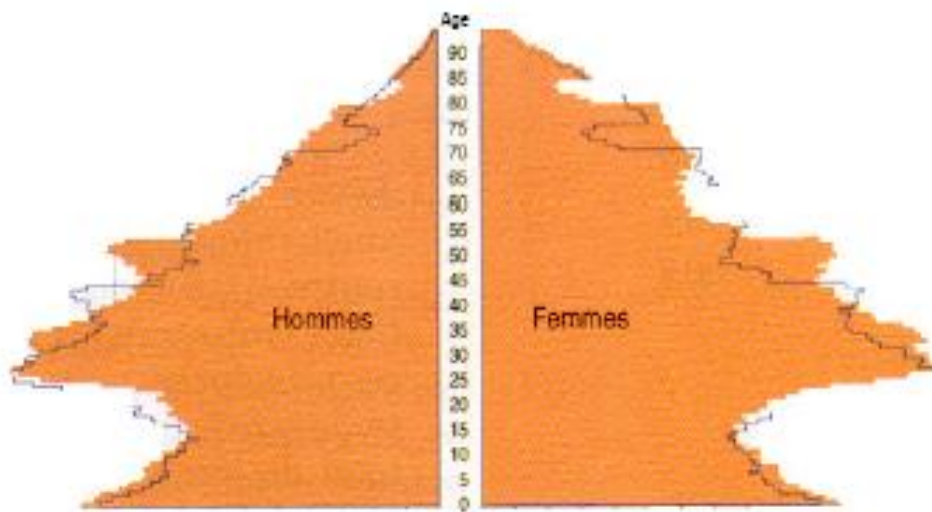
Dans cette sous-partie, il ne s'agit pas de reprendre le schéma fonctionnel déjà décrit au niveau national, mais d'observer comment se mettent en place la concertation et la coopération au niveau local. L'accent est davantage porté sur les ressources départementales et sur ce qui peut se faire localement, en s'éloignant quelque fois relativement du cadre théorique défini par les textes. De ce fait, dès cette présentation des acteurs, la description faite par les professionnels de leurs ressources et de leurs limites est illustrée par les propos qu'ils nous ont tenus.

Le département des Hauts-de-Seine comptait 1 428 881 habitants au recensement de 1999, ce qui en fait le département francilien le plus peuplé après Paris. Il connaît une progression soutenue, liée essentiellement à une forte natalité. Le nombre de naissances y est en augmentation constante depuis 1995, malgré une pause en 1998. En 2000, l'INSEE a recensé 24 699 naissances domiciliées sur le département, soit un taux de natalité de 17,1 ‰ contre 15,8 ‰ en Ile-de-France (24 577 en 2001)¹⁰⁶. Ce nombre de naissances situe le département au 4^{ème} rang métropolitain après le Nord, Paris et la Seine-Saint-Denis (Conseil général des Hauts-de-Seine, 2003). 72,2 % des enfants sont nés dans le département, 25,8 % dans les autres départements d'Ile-de-France dont 20,2 % à Paris. Cette dernière proportion montre le lien étroit pour le sujet qui nous intéresse avec la capitale, les centres hospitaliers parisiens étant amenés à faire une part importante des accouchements et donc à prendre éventuellement des décisions concernant ces enfants.

Le département des Hauts-de-Seine a une structure démographique assez particulière, avec une base large, un creux au niveau des 10-20 ans et une proportion importante de personnes âgées.

¹⁰⁶ - Source : sante.gouv.fr/drees/statiss

Figure 8 : Pyramide des âges du département des Hauts-de-Seine en 1999



Source : INSEE (en bleu, pyramide de 1990)

Une description des familles des Hauts-de-Seine résultant d'une enquête de l'UDAF 92 est reprise en annexe. Elle montre que près de 57 000 familles monoparentales sont recensées sur le département.

A- Les maternités et les autres services hospitaliers

Plusieurs réseaux sont organisés dans les Hauts-de-Seine autour de la grossesse et de la petite enfance, en complément de l'action de la PMI ; il s'agit en particulier du Réseau périnatal ville-hôpital médico-psycho-social Nord 92. Ce réseau couvre 13 communes de la boucle Nord des Hauts-de-Seine (carte en annexe) et a mis en place des actions et des moyens, en particulier un numéro d'appel téléphonique unique pour signaler toutes les situations problématiques repérées par l'un ou l'autre des partenaires. *« Le Réseau périnatal Nord 92 vise à améliorer la coordination entre les différentes structures (du secteur libéral, public, et du tissu associatif) impliquées dans la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés. L'objectif est de favoriser l'accompagnement médico-social des familles avant, pendant et après la grossesse, de diminuer le nombre de grossesses peu ou mal suivies, ainsi que de prévenir les troubles de la relation parents-enfants et leurs conséquences à long*

terme »(Conseil général des Hauts-de-Seine, 2001). Le rôle des réseaux sera examiné en troisième partie.

Le département des Hauts-de-Seine dispose d'une quinzaine de maternités, dont 3 CHU dépendants de l'AP-HP. Leur activité est variable, comme le montrent ces données récapitulatives :

Tableau 9 : Activité des maternités des Hauts-de-Seine

Nom	Type	Lits	Accouchements
Antoine Béclère	CHU	61	2313
Beaujon	CHU	36	2205
Foch	HOP	51	2196
Courbevoie	HOP	38	2130
Louis Mourier	CHU	56	2118
Jean Rostand	CH	30	1930
Saint-cloud	CH	26	1554
Hertford British	CH privé	30	1076
Max Fourastier	CHU	18	1042
Lambert	Clinique	33	1359
Ste Isabelle	Clinique	17	1346
Ambroise Paré	Clinique	33	1057
Martinets	Clinique	24	785
Américain	CH privé	18	569
Meudon	Clinique	22	521
Anthony	CH privé	45	212
Total			22413

Source : SAE : Ministère de l'emploi et de la solidarité – DRESS

Ce tableau fait état de l'activité des services implantés sur le département et non des des naissances domiciliées, certaines femmes accouchant sur ce département et résidant en dehors, d'autres résidant dans le 92 et accouchement dans un autre département (Paris en particulier).

a) Le regard sur les autres services

Les relations entre les hôpitaux et la PMI sont considérées comme allant de soi pour l'ensemble des acteurs, il leur paraît nécessaire de collaborer aussi bien dans la phase anténatale qu'après l'accouchement. De fait, les séances de travail en commun ont été organisées, afin que chacun connaisse ses interlocuteurs.

Mais je peux vous dire que, un signalement en tout cas au niveau du service de PMI, toujours, oh ben oui toujours ça je peux vous dire qu'on ne peut pas imaginer laisser sortir une patiente sans que le service de PMI de secteur soit prévenu. Ce qui ne veut pas dire qu'il y ait un signalement auprès de la justice, hein. Mais ça de toute façon... On a donc... Se réunissent ici tous les mercredis les puéricultrices de secteur, on a trouvé cette, euh, façon, cette organisation pour que les choses soient plus faciles, et donc, sont signalées si vous voulez aux puéricultrices de secteur, toutes et pas que les toxicomanes, toutes les mamans à problèmes, en difficulté pour X raisons finalement ah ça toujours. Il y a toujours un signalement.

Cadre sage-femme, entretien n° 16.

Pour les personnels rencontrés en maternité ou en pédiatrie, les pires difficultés de fonctionnement évoquées ont trait aux rapports avec l'ASE. Je ne dirais pas que cette structure cristallise toutes les rancœurs, mais ces griefs sont manifestes dans de nombreux entretiens. Le personnel d'encadrement de l'ASE en a bien conscience, comme nous le verrons par la suite, car les relations paraissent extrêmement tendues :

Quand au fonctionnement de l'ASE, ça, il est pas facile. Je pense que les individualités sont tout à fait, euh, acceptables, mais le fonctionnement lui l'est beaucoup moins. Alors entre autres le fonctionnement qui me pose problème, alors il y a deux choses : la première c'est qu'il faut disons un dossier de situation, il faut qu'il y ait un référent. Donc s'il y a une réunion une fois par semaine, qui est le jeudi et que votre enfant il est confié le vendredi et bien il faut attendre la réunion du jeudi suivant pour savoir qui sera le référent. Il n'y a pas vraiment de notion d'urgence dans ces cas-là. Et quand il y a urgence, à ce moment-là c'est le travailleur social de permanence, en sachant qu'il change tous les jours. Donc vous vous appelez le lundi en exposant votre situation, et tout ça et puis le lendemain il y a eu un changement, donc vous voulez des précisions, c'est pas le

même travailleur social d'urgence, vous vous recommencez votre petite histoire, donc c'est le fonctionnement qui est très difficile.

Assistante sociale, entretien n° 9.

Les contacts directs avec l'Aide sociale à l'enfance sont rares et plutôt décrits comme explosifs. Ils ont lieu à propos de situations très particulières qui déchaînent les passions, l'ASE étant alors décrite comme incapable de faire face à une situation sortant de la routine. De plus, de manière générale, c'est une différence de philosophie qui est mise en évidence, les équipes médicales affirmant vouloir privilégier le lien entre la mère et l'enfant tandis que, selon elles, l'Aide sociale ne verrait que le bien être immédiat de l'enfant au détriment de son épanouissement futur. De son côté, l'ASE estime, elle, travailler essentiellement le lien, tout en garantissant la sécurité immédiate de l'enfant.

Non, ça a été assez net ici mais j'ai eu des discussions avec des collègues de province qui me disaient qu'ils avaient les mêmes soucis, des difficultés de communication avec l'ASE qui ne favorise, enfin, dans l'histoire que j'ai reprise cet après-midi, on a été contraints de faire un signalement parce qu'on n'avait aucun lieu où mettre ensemble la mère et l'enfant, alors qu'on avait un projet, qu'on avait même une place théoriquement dans un centre mère-enfant et dès l'admission à l'Aide sociale à l'enfance, ils ont tout remis en cause, tout ce qu'on avait organisé en, et du coup, en disant que la mère était... Que ça marcherait pas... Que la mère était folle. Mais le fait que l'enfant et la mère soient ensemble dans un laps qui est pas neutre, alors là y'avait une discussion, eux disaient vous allez l'abîmer cet enfant en faisant vivre avec sa mère si mal pendant que nous on disait le contraire, et en plus on voyait très, très bien ce qui allait arriver, la mère de déception en déception, d'absence de place en placement, s'est évidemment réalcoolisée, réaggravée, donnant raison à l'ASE.

Médecin pédiatre, CHU, entretien n° 1.

Les assistantes sociales qui argumentent très soigneusement les dossiers de signalement ne cachent pas leur frustration car elles ont l'impression que leur travail n'est pas pris en compte par l'ASE qui recommence toute l'évaluation dès qu'elle est saisie. Pour les juges au contraire, il est absolument normal de reprendre tout le dossier, puisqu'on entre dans une nouvelle phase, celle d'une enquête judiciaire, confiée à des services habilités. Ceci ne remet donc aucunement en question le travail réalisé antérieurement, mais signifie que la phase judiciaire amène une nouvelle construction du dossier.

Les contacts directs avec les services de la justice sont rares pour les médecins, hormis les situations de maltraitance caractérisées, découvertes lors d'une

consultation aux urgences par exemple. Dans ce cas-là, le signalement judiciaire est fait immédiatement par le médecin de garde.

Alors quant aux rapports avec les juges pour enfants, euh, dans les villes moyennes de province y a des rapports qui sont très... très proches. Parce que les gens sont pas très nombreux, y a une mater un service de néonate, une ASE, un juge qui peut être relativement stable et du coup y a de bons rapports. Ici, euh...ils sont beaucoup débordés, complètement débordés. Oui ils sont submergés par toutes leurs histoires, de plus en plus de jeunes délinquants et violents et du coup il a du mal, et de plus en plus, parce que autrefois on arrivait à avoir au téléphone un juge pour enfants, on lui expliquait la situation. Ça devient quasi impossible.

Médecin pédiatre, entretien n° 1.

Généralement, il n'y a donc pas de contacts, dans une visée préventive, entre les services de maternité ou de pédiatrie et les intervenants judiciaires. Quelques exceptions sont néanmoins rapportées. Lors d'un colloque récent¹⁰⁷, le procureur de la République de Quimper a indiqué qu'il se rendait en maternité pour participer aux staffs anténataux sur l'orientation des mamans en difficulté. Cette organisation, avec l'intervention judiciaire pour un enfant à naître, soulève de multiples questions, comme cela ressort de la revue de littérature internationale. Le magistrat se positionne ainsi dans le champ de la prévention, qui normalement est une attribution de l'Aide sociale à l'enfance, puisque cette action est nommée « prévention de la maltraitance anténatale ».

b) Le centre maternel et l'UMB

Nous consacrons quelques lignes à une structure hospitalière de moyen séjour qui gère un centre maternel¹⁰⁸, qui bien que n'étant pas située sur notre département de référence a été citée par la plupart de nos interlocuteurs comme un lieu ressource incontournable. Nous sommes allées sur place au cours de notre recherche et y avons

¹⁰⁷ Colloque Pour un observatoire national de l'Enfance en danger, « Repérer pour mieux traiter », lundi 15 septembre 2003, Paris, Ministère délégué à la Famille, Ministère de la Justice.

¹⁰⁸ - Il est à noter que le Département de Paris inclut cet hôpital comme l'un des centres maternels agréés mais néanmoins sans comptabiliser les femmes admises dans les statistiques des mères accueillies.

rencontré le médecin gynécologue responsable du service et le psychiatre qui y est attaché¹⁰⁹. Un entretien a de plus été mené avec une cadre sage-femme.

Le centre est une structure hospitalière de moyen séjour, qui accueille des femmes enceintes (20 lits) ou récemment accouchées (21 lits), donc en anténatal ou en postnatal, lorsqu'il existe une pathologie pendant la grossesse ou que le lien mère-enfant doit être évalué. Il est ainsi décrit par sa directrice : « *Un centre unique en France recevant des patientes d'horizons très divers aux pathologies multiples* » (Blazy Michèle, 2001).

Contrairement à ce qui se passe en maternité, un prix de journée spécifique est prévu pour les bébés, la capacité d'accueil étant de 23 berceaux (les accouchements multiples sont expressément prévus). L'équipe est pluridisciplinaire et comporte, outre les médecins obstétricien, pédiatre et psychiatre, deux assistantes sociales, trois psychologues, des sages-femmes, infirmières, auxiliaires de puériculture.

Le centre maternel, la plupart de nos interlocuteurs désigne la structure ainsi, ne peut de toute évidence pas répondre à toutes les demandes d'évaluation des situations mère-enfant pour le secteur nord ouest de la région parisienne. De ce fait, les critères d'admission ont été resserrés, ce qui pour les acteurs extérieurs tend à rendre cette structure quasiment inaccessible. Ainsi pour cette assistante sociale, il manque des établissements intermédiaires entre la maternité et un éventuel appartement thérapeutique, qui permettraient d'évaluer le lien entre la mère et le bébé :

Donc il faut trouver l'intermédiaire, donc l'intermédiaire c'est quoi ? Alors nous, notre piste c'était le (centre maternel), mais bon on a beaucoup de problèmes avec (centre maternel), ils ont tellement eu de problèmes avec les mères toxicomanes que eux aussi nous disent oui mais, gna gna gna, bon alors euh Parce que en plus de ça, eux prennent les mamans qu'ils ont eues déjà en anténatal.

[Hum hum]

Oui parce que c'est comme ça que ça fonctionne, ils ont les mamans avant et après. Donc y a pas de place, en gros y a pas de place. Alors comment faire ?

Assistante sociale, entretien n° 3.

¹⁰⁹ Les deux personnes m'ayant reçue ensemble, je n'ai pas proposé d'enregistrer l'entretien. Par la suite, un autre entretien collectif sera par contre enregistré.

Pour une autre assistante sociale, le recours à ce type de structure ne peut se faire que pour des femmes qui se situent « dans l'entre-deux », en écartant d'abord celles qui vont bien, sont substituées, ont un foyer et un conjoint et qui sortent de la maternité avec un suivi PMI et à l'autre extrême celles qui ne sont pas suivies du tout, qui n'ont pas de traitement de substitution, qui se prostituent, etc.

Vous avez le cas de figure de ces mamans qui ont touché le fond, qui sont mi-figue mi-raisin, qu'on essaye d'accompagner, mais qui a du potentiel et puis qui acceptent les règles, c'est-à-dire l'AEMO, la PMI, euh, la famille d'accueil et qui finissent en appartement thérapeutique et qui arrivent, alors là j'ai pas assez de recul pour vous dire, parce que c'est vrai que c'est quelque chose qu'on fait depuis trois quatre ans, avant vous savez il y a beaucoup d'hôpitaux qui font des signalements d'office, dès que la mère est toxicomane, hein, ça ça existe. Donc là on a pas assez de recul. La plus ancienne maintenant que j'ai, ça va faire trois ans, elle a un appartement thérapeutique. Elle est passée elle pas par une famille d'accueil on a réussi à avoir une place au [centre maternel], elle est restée deux mois au [centre maternel] et ensuite elle a embayé sur l'appartement thérapeutique et ça se passe bien, voyez, ça se passe bien. Donc, vous avez ce cas de figure-là où bon ben il y a quelque chose à faire.

Assistante sociale, entretien n° 3.

Cette « sélection » des femmes susceptibles d'intégrer cette structure est reconnue par l'établissement lui-même ; un entretien et une lettre de motivation sont demandés à la femme pour son admission. D'autant plus qu'il s'agit ici d'une structure « à haut seuil », c'est-à-dire dans laquelle l'abstinence de la consommation de produits stupéfiants est une condition impérative du séjour. Si l'on y ajoute également les règles strictes du règlement intérieur, qu'exige la vie en collectivité, peu de femmes encore toxicomanes sont susceptibles d'y trouver une place.

C'est-à-dire qu'on fait très attention à être assez contenant, c'est l'institution, ça peut sembler un peu rigide, mais justement on essaye d'être contenant, euh, et on s'appuie sur l'institution pour ça.

Donc quand la personne, si la personne intègre le service, elle sait qu'enfin elle va, complètement adhérer à ce contrat, donc complètement accepter la vie en institution avec le règlement. Il y a le règlement général, ne pas sortir tout ça, et les toxicomanes on leur demande de ne pas sortir pendant huit jours, à la fois pour qu'ils se posent, hein, et en même temps qu'elles puissent, euh, tenir le coup à savoir.

Elle nous dit par exemple je suis sous Subutex, j'en prends un le matin un le soir et en fait au cours de la conversation elle en prend quatre qu'elle se procure par voie détournée (rires) qui sont pas dans le traitement normal. Et donc, si elle sort pas, elle pourra pas se procurer son petit surplus.

Donc huit jours, c'est un petit peu une mise à l'épreuve, donc elle est prévenue qu'il faudra qu'elle accepte cette contrainte des huit premiers jours où donc il n'y a pas de sortie, le traitement il est donné par le personnel soignant, qu'elle ne fera pas n'importe quoi et qu'après bon on fera le point et on reverra le contrat en fonction de son comportement, bon de ce qui se passe et que on peut se trouver aussi en rupture de contrat auquel on ne travaille plus ensemble et puis voilà.

Cadre sage-femme, entretien n° 22.

Ainsi, chaque semaine, les femmes subissent un contrôle urinaire afin de vérifier leur consommation éventuelle de substances. Et comme dans toutes les structures pratiquant ce type d'examen, des tentatives de fraude sont rapportées (comme des échanges d'urine entre copines), qui font partie du « jeu » (l'abstinence ne peut être obtenue sans rechutes). Comme le reconnaît l'équipe de direction, « *Jusqu'à présent, les placements très précoces réalisés dans le service étaient dus à la maladie mentale et/ou à la toxicomanie active de la mère* » (Blazy Michèle, 2001).

Parmi les femmes que nous avons rencontrées, Christine et Nora sont allées dans ce centre maternel pour leur premier accouchement. Voici l'extrait du récit de Nora sur cet épisode :

Alors j'ai été hospitalisée à (centre maternel) de la part de (médecin), de (CSST),

[Question : Donc tu venais à (CSST) en étant enceinte ?]

Tout à fait, donc j'avais deux mois de grossesse, en venant à (CSST), j'ai rencontré le docteur X, de la part de (hôpital), et donc le père X m'a dirigée vers un centre médical, un hôpital, (centre maternel), j'y suis resté pendant, jusqu'à mes 8 mois de grossesse. Après j'ai été en hospitalisation et donc

[Question : Pourquoi, il y avait une menace d'accouchement, un problème ?]

J'avais un problème avec le beau-père de ma fille. Et donc de là, donc j'ai été à l'hôpital, et à 8 mois 1/2 de grossesse je suis arrivée à (maternité), et là donc j'ai eu mon accouchement, aux neuf mois et une semaine j'ai accouché. Et donc là, donc j'ai accouché, tout ça...

Nora, entretien n° 35.

L'hospitalisation de Nora dans ce centre maternel est rendue possible par les contacts entre son centre de soins et cette structure. Nora ne souffre d'aucune pathologie de la grossesse, elle est substituée, a un logement, mais vit avec un homme violent (qui n'est pas le père de l'enfant), qu'elle désigne comme le beau-père de sa fille. La décision d'hospitalisation vise à la séparer de son compagnon. Elle ne retournera pas dans cette structure après l'accouchement et son refus d'être aidée entraînera le placement de son enfant.

Sur ce même département limitrophe se situe une Unité mère-enfant, mais pour laquelle les possibilités d'obtenir une place sont rarissimes. Un seul de nos interlocuteurs nous l'a d'ailleurs citée :

Il y a (structure), [médecin] qui est le pédopsychiatre de l'intersecteur ici est aussi chef de service de l'unité mère-enfant, y en a un dans [département], y 'en a j'ai ici çà quelque part, il y a un nombre extrêmement insuffisant de lits et on a souvent beaucoup de mal à trouver des places et ces secteurs sélectionnent leurs patientes, enfin les couples mère-enfant qu'ils prennent en charge en écartant tout ce qui est problème social grave et consommation addictive ce qui fait que, il reste plus que, il reste plus que les dépressives de bonne famille et on en a pas beaucoup d'exemplaires dans le coin

[Question : et ils ont peu de lits ?]

Oui et puis bon, le raisonnement est pas faux, ils disent si on se donne un mal de chien pour travailler la relation mère-enfant et que çà se termine par un placement pour SDF, c'est idiot. Bon moi je pense que c'est pas perdu mais ...

Médecin pédiatre CHU, entretien n° 1.

Ce type de structure, appelée UMB, unité mère-bébé, et relevant du secteur psychiatrique est assez rare en France et n'existe que dans quelques pays, dont la Belgique et l'Angleterre¹¹⁰. La plupart des admissions se font à la demande de la mère, conseillée par l'équipe de maternité ; seules quelques unes résultent d'une hospitalisation à la demande d'un tiers. 10 % des mères admises dans ces établissements en France sont déjà sous l'effet d'une demande de placement judiciaire provisoire, ce qui signifie que le signalement a déjà été effectué à l'admission (Debourg Alain (dir.), 2003).

Une des femmes rencontrées a séjourné dans ce lieu ; elle nous a été décrite comme ayant fait une dépression après son accouchement et est actuellement toujours suivie en psychiatrie :

Et euh, et à [UMB] vous diriez que c'était quoi comme expérience ? C'était un lieu qui était bien ?

Oui, ils nous apprenaient à nous occuper de notre enfant

Cà c'est important, quand on sort de la clinique là au bout de quatre jours on sait pas s'occuper du bébé

On sait pas trop comment faire, et comme j'avais des difficultés parce que j'étais dépressive, donc j'ai été accueillie à [UMB] et là-bas j'ai été prise en

¹¹⁰ Voir « Séparation et pathologie maternelle. Données franco-belges sur les facteurs liés à une séparation mère-enfant à l'issue d'une hospitalisation en unité mère-bébé », in A. Debourg, 2003.

charge par des psychiatres. Ma mère venait me voir. Ils m'expliquaient bien comment il fallait que je fasse pour m'occuper du bébé, ils m'assistaient
Donc vous étiez entourée
J'étais bien entourée, madame,
Vous aviez peur de pas pouvoir faire face avec le bébé par moments ?
Si j'avais peur, mais j'ai passé outre mesure
Hum hum... et vous êtes restée combien de temps ?
Oh je suis restée assez longtemps. J'ai du rester deux mois où quelque chose comme ça.
D'accord et ensuite vous êtes rentrée chez vous ?
Oui, ensuite je suis rentrée chez moi
Donc ils considéraient que vous étiez capable de vous occuper de votre enfant. Donc ça se passait bien avec le bébé ?
Ça se passait bien et puis j'ai le père de mon fils¹¹¹ qui est venu habiter avec nous.

Martine, entretien n°29.

L'orientation des femmes toxicomanes à la sortie de la maternité est donc un problème récurrent pour les assistantes sociales : à la fois il leur paraît dangereux de les laisser sortir sans structure d'accueil et à la fois la sélection drastique mise en place par chaque type d'établissement entraîne une pénurie de places, limitant les possibilités.

B- Le service social polyvalent et les centres sociaux

Bien que nous n'ayons pas décrit les services sociaux de secteur au niveau national, leur action sur le terrain est incontournable, puisque ce sont les assistantes sociales qui, dans les quartiers, ont les contacts les plus fréquents avec les populations en difficulté. Elles participent ainsi au repérage des « familles à problèmes » et par suite, « à risques », au sens le plus large. Pour ce qui est de l'observation directe des situations des enfants, l'action des services sociaux est complétée par celle de la PMI, plus directement impliquée dans le suivi des grossesses et des soins aux jeunes enfants.

Les Centres sociaux, quant à eux, sont des équipements de proximité, agréés par la Caisse d'Allocations Familiales et gérés par elle ou par des associations. Ils proposent

¹¹¹ - Il s'agit du père de son second enfant, alors qu'elle racontait son séjour à l'UMB après la naissance de sa fille aînée, dont le père est décédé pendant la grossesse.

un large éventail de services et d'activités. Pour le Département de Paris, « *Ils sont identifiés comme lieux d'animation globale sociale, éducative et culturelle en direction des familles et des habitants d'un quartier ; ils participent de plus en plus aujourd'hui à la lutte contre l'exclusion et aux politiques d'insertion des populations en grande difficulté* » (Département de Paris, 2003).

Alors que les autres partenaires que nous avons évoqués sont départementaux, l'action sociale est du domaine des communes. Son origine remonte à 1893 par une loi stipulant que chaque commune devait créer un bureau d'assistance pour assurer l'Aide sociale légale (Thévenet Amédée, 2002). Les bureaux d'aide sociale actuels sont issus du décret de 1953 et se dénomment centres communaux d'action sociale (CCAS).

Par la loi du 22 juillet 1983, une commune peut exercer, par convention avec le département, les compétences du département dans le domaine sanitaire et social. Un exemple nous en a été donné dans cette recherche, les centres communaux peuvent ainsi gérer les aides allouées par l'ASE par exemple les bons d'hébergement. Par ailleurs, le département dispose d'un service départemental d'action sociale dont le principe d'organisation est la sectorisation¹¹². Une assistante sociale est nommée par secteur. Les assistantes sociales sont polyvalentes par secteur ou par catégorie (vieillesse, enfance).

L'action des assistantes sociales polyvalentes (dites de secteur) n'est pas spontanément évoquée par nos interlocuteurs. Elles ne semblent ainsi pas participer au repérage des mères toxicomanes, même si elles apparaissent ensuite comme partenaires de leur prise en charge (donc sollicitées en seconde intention). L'intervention en première ligne de l'assistante sociale polyvalente est liée soit à une sollicitation d'une femme ou d'une famille, éventuellement pour une aide sociale comme le RMI, ce fut le cas par exemple pour Carole, qui s'est présentée à elle pour des difficultés à régler sa facture d'EDF, soit consécutive à un signalement par le SNATEM (119). Ainsi, dans ce deuxième cas, l'assistante sociale peut être sollicitée par l'ASE pour procéder à une enquête.

¹¹² - Le département est découpé en secteurs, comprenant chacun une zone de population de l'ordre de 3 000 à 5 000 habitants (Thévenet, 2002). C'est le cas également de la PMI ou de la sectorisation psychiatrique.

Le 119 c'est ni plus ni moins une succursale de l'Aide sociale à l'enfance, donc c'est des professionnels de l'Aide sociale à l'enfance qui prennent note de tous les faits, et puis ensuite, retransmettent aux services sociaux, mais centraux, donc à la direction, euh, qui rebascule sur notre responsable et qui là, suivant si la famille est connue ou non, ben on fait une visite à domicile, en général obligatoire quoi, soit la DASES, soit le centre d'action sociale, soit parfois il me semble la brigade des mineurs

[Question : Si ça paraît grave ou urgent ?]

Voilà, qui intervient... On fait une réponse à la TSU qui est un service de l'Aide sociale à l'enfance, qui est le traitement social de l'urgence, voilà.

Donc...

Nous, on fait un rapport écrit qui doit être sous quinze jours. C'est assez rapide je pense quand même.

[Çà se comprend !]

Assistante sociale polyvalente, entretien n°42.

Les assistantes sociales hospitalières vont également recourir aux services de l'assistante sociale de secteur pour les aides légales, en particulier le RMI.

Dans le cadre de notre enquête, les Centres sociaux sont quasiment invisibles, ce qui laisserait supposer que le repérage ne se fait que très rarement par leur intermédiaire, du fait d'une mission relevant plutôt de la prévention. Une seule situation examinée dans le cadre d'un dossier de juge des enfants expose la prise en charge d'une jeune femme dans un CHRS (centre d'hébergement et de réhabilitation sociale) qui lui permet de se stabiliser, de retrouver un emploi et d'obtenir un droit de visite de plus en plus large pour sa fille placée à l'ASE. Pourtant, ainsi que le relève la mission Naves-Cathala, depuis une dizaine d'années, les CHRS ont un rôle essentiel dans l'accueil des familles en difficulté au niveau du logement¹¹³. L'absence de toute référence à ces structures, par les assistantes sociales rencontrées, semblerait indiquer qu'elles ne considèrent pas que ces centres puissent être une ressource dans le cas d'une femme toxicomane avec enfants.

¹¹³ - Environ 10 000 enfants seraient accueillis dans les CHRS. La loi de 1998 sur les exclusions sociales a défini les familles comme pouvant faire l'objet de cette aide.

C- La protection maternelle et infantile (PMI)

La PMI a une mission générale de surveillance des femmes enceintes et des enfants de moins de trois ans, définie à l'ordonnance du 2 novembre 1945, avec un objectif de lutte contre la mortalité infantile et de promotion de la santé publique. Ses origines plus anciennes remontent à la loi Roussel de 1874 sur la surveillance des enfants de moins de deux ans (Rollet-Echalier Catherine, 1990).

Les équipes de PMI mènent des actions médico-sociales qui ont été définies par la loi du 29 juillet 1991 qui prévoit des actions d'accompagnement psychologique et sociale des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies (Thévenet Amédée, 2002). Ce point particulier explique la connotation actuelle de « pédiatre des pauvres »¹¹⁴.

Les moyens de la PMI reposaient sur un maillage très serré afin de réaliser une surveillance médicale généralisée et systématique : « *C'est bien d'un quadrillage dont il s'agit puisque certaines proportions sont instituées : une consultation prénatale pour 20 000 habitants, une consultation de nourrissons pour 8 000* » (Norvez Alain, 1990). Ces objectifs sont toujours en vigueur et servent de référence pour les actions entreprises par les départements. Par exemple pour Paris, le nombre de visites effectuées est d'environ 150 %, soit une fois et demi la norme (P.M.I. (protection maternelle et infantile), 1998). Les données collectées pour l'ensemble des départements français montrent néanmoins des disparités dans ce maillage : l'indicateur publié est le nombre d'enfants vus en consultation ou à domicile pour 100 habitants de moins de quatre ans. Il varie de 8 % en Vendée à plus de 100 % dans des départements comme la Somme, la Haute-Vienne et la Seine Maritime (ANDASS (Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des Conseils généraux), 2002).

Sur les Hauts-de-Seine, neuf secteurs de PMI sont distingués regroupant un nombre variable de communes généralement adjacentes (cf. carte en annexe). Tous les

¹¹⁴ - Selon une Auxiliaire de puériculture interviewée, les femmes ne considèrent pas le pédiatre de la PMI comme un « vrai » médecin car il ne peut pas prescrire (sauf les vaccins).

centres n'assurent pas l'ensemble des missions, 16 centres sont chargés de la protection maternelle tandis que 71 assurent la protection infantile.

L'activité essentielle, outre les consultations, pour les vingt sages-femmes intervenant en protection maternelle, consiste en des visites à domicile, sur signalements reçus pour moitié des établissements médicaux et pour moitié des établissements sociaux, « *en cas de grossesse pathologique ou en cas de grossesse se déroulant dans un contexte de difficultés psychosociales* » (Conseil général des Hauts-de-Seine, 2003). 1 547 femmes ont ainsi bénéficié en 2002 de 8 730 visites à domicile de la sage-femme en pré ou postnatal, dont 11 % n'avaient pas de couverture sociale. Pour situer un ordre de grandeur, sur ce département en 2002, on a eu environ 24 500 naissances, soit environ six femmes sur 100 visitées à domicile, mais vues en moyenne 5,6 fois.

Selon les puéricultrices rencontrées, la clientèle de la PMI ne se distingue manifestement pas de la population des quartiers d'implantation. C'est plutôt la disponibilité de la structure qui influence sa fréquentation : un centre de PMI qui n'ouvre que deux demi-journées par semaine induit une sélection des personnes qui ne veulent consulter qu'en PMI, alors qu'un centre proposant de larges plages horaires¹¹⁵ drainera une clientèle plus variée, car il sera identifié comme un service de proximité par les parents.

Les puéricultrices interrogées doutaient d'ailleurs de la bonne connaissance de l'existence de la PMI par les parents, l'information dans les maternités leur semblant rare ou inadéquate (« au faciès » selon leurs dires¹¹⁶). Une action de promotion de la PMI a néanmoins été lancée en 2002 sur le département avec l'édition de fascicules¹¹⁷ distribués à 50 000 exemplaires par l'intermédiaire du carnet de grossesse (Conseil général des Hauts-de-Seine, 2003).

¹¹⁵ - Hypothèse très théorique selon de nombreux interlocuteurs car les secteurs de PMI manquent actuellement cruellement de titulaires et ont plutôt tendance à n'ouvrir que une à deux après-midi par semaine.

¹¹⁶ Comprendre quelqu'un qui est du genre à ne pas pouvoir payer une consultation chez le médecin libéral.

¹¹⁷ - Un titre évocateur : « *Parents, on le devient. La PMI vous accompagne dans cette découverte* ». Le paragraphe suivant renvoie de façon implicite au rôle que peut jouer la PMI : « *Les bébés ne naissent pas avec un mode d'emploi collé sur le front et le rôle de parent n'est pas acquis d'avance* ». On voit l'éloignement de l'objectif premier qui était la survie des enfants. Celle-ci étant acquise (la mortalité infantile n'a cessé de diminuer jusqu'à moins de 5 ‰), le rôle de la PMI est réorienté sur l'aide à la parentalité.

Peu d'études nationales existent, nous l'avons vu, sur la PMI. Cependant, dans les Hauts-de-Seine, quelques travaux ont été rassemblés par le Conseil général, qui généralement en avait assuré le financement. Ils datent tous malheureusement d'une dizaine d'années. Une étude sur les pratiques des services de PMI montre ainsi que pour une cohorte de 190 enfants pris en charge un mois donné sur trois communes, 36 % avaient été signalés par un listing de la mairie¹¹⁸, 20 % par les hôpitaux et maternités. Les autres étaient repérés soit parce qu'il s'agissait de familles déjà suivies, soit par des signalements aux services émanant de partenaires divers comme les assistantes maternelles (Durning Paul *et al.*, 1993). Sur ces 190 signalements, 75 feront l'objet d'une seule visite à domicile et 21 de deux visites ou plus dont trois pour un problème de toxicomanie ou d'alcoolisme au sein de la famille. En fin de compte, seuls 7 % des enfants auront eu un vrai suivi comportant plus de trois visites, ce qui rejoint notre calcul pour la période actuelle.

Lors de cette enquête, il avait été demandé aux 86 puéricultrices du département de remplir une fiche pour chaque visite effectuée la semaine précédente. Ce changement d'angle confirmait l'approche par les dossiers : 2/3 des visites effectuées étaient des premières visites. Sur les 346 fiches remplies, 156 situations étaient considérées comme préoccupantes par les puéricultrices, mais 67 % ne leur paraissaient pas relever de la protection de l'enfance. Seules 5 % des situations faisaient l'objet d'une procédure en cours, alors que 28 % étaient décrites par les puéricultrices comme pouvant « peut être » ou « probablement »¹¹⁹ relever d'une mesure de protection.

Que nous apprend cette étude réalisée en 1992 ? A l'évidence, alors que la plupart de nos interlocuteurs évoquent le suivi par la PMI, comme une première mesure relativement encadrante, elle n'a aucune consistance dans une grande majorité des cas. La puéricultrice reçoit en effet l'avis, tente une démarche pour effectuer une visite, mais ne peut d'aucune manière s'imposer à une mère qui ne le souhaite pas. Les sages-femmes rencontrées ont bien conscience de cette difficulté :

C'est très difficile. Bien sûr parce que les puéricultrices, alors on s'est posé le problème mais pas que pour les femmes toxicomanes, pour une autre femme où le cas dramatique s'est pas bien terminé, ou on a eu l'impression que tout avait

¹¹⁸ Théoriquement, la PMI est informée par la Caisse d'Allocations Familiales qui reçoit les déclarations de grossesse, mais également par les communes qui reçoivent les déclarations de naissance et par les hôpitaux et cliniques qui font les accouchements.

¹¹⁹ Le questionnaire était ainsi formulé : cette situation vous paraît-elle relever d'une mesure de protection ? Non, peut-être, probablement...

été mis en place, le signalement, etc. la puéricultrice, donc se présente et si on ne lui ouvre pas la porte, évidemment elle ne peut pas forcer la porte. Elle va revenir une seconde fois, après, je dirais, en tout cas pour l'histoire que j'ai en tête, malheureusement, il ne s'est rien passé quoi, parce qu'on ne lui ouvrirait pas la porte donc elle est partie, il faudrait là, je crois une démarche judiciaire pour alors, mais alors c'est un autre processus, pour faire ouvrir la porte.

Alors il faut être sûr qu'il y a un réel danger. Donc c'est pas facile, c'est pas facile. Alors les puéricultrices nous disent ou c'est une famille avec laquelle on travaille, entre parenthèses depuis longtemps, on les connaît parce qu'ils sont en difficulté parce que grande famille, mal logée, etc. on travaille avec eux les enfants sont suivis à la PMI, je dirais que là c'est relativement facile. Pour toutes les autres, on n'a jamais, jamais la certitude effectivement que le signalement va déboucher sur un suivi, à long terme.

Cadre sage-femme, entretien n° 16.

Malgré des textes définissant une action généralisée de la PMI, des dénonciations de son indigence actuelle existent, comme le constat de postes non pourvus ou de secteurs laissés à l'abandon. Elles ne sont que faiblement relayées par les médias, sauf quand un scandale éclate à l'occasion d'une « affaire ». Ainsi, le sous-titre d'un article du Monde : « *Dans le Cher, une mère célibataire de 23 ans, pourtant signalée aux services sociaux, ne s'occupait plus de son fils de trois ans depuis plusieurs semaines. Ce nouveau cas de maltraitance pose la question du dispositif d'alerte* »¹²⁰. A cette occasion, une directrice de l'enfance interviewée analyse ainsi la situation « *L'autre raison serait qu'il y a bien eu des signaux d'alerte, mais qu'on n'y a pas prêté garde. Il faut savoir que le dispositif qui avait été mis en place il y a plusieurs décennies en termes de vigilance sanitaire des enfants en bas âge est en train de perdre de sa vigilance et de son efficacité, notamment parce que les acteurs ne l'alimentent pas* ».

Dans le cadre de notre recherche, un juge estimait cependant que le système de vigilance est performant pour les très jeunes enfants, qu'il est ensuite bien relayé par les écoles maternelles mais indigent pour les enfants plus âgés, en particulier au niveau du collège.

Globalement donc, pour les maternités, le partenaire privilégié est la PMI. Pour le premier CHU visité, les relations sont même très formalisées, sous forme de réunions hebdomadaires, dans le cadre du réseau périnatal.

¹²⁰ - A. Garcia, Le Monde, vendredi 30 août 2004, p. 7, *Un procès souligne les failles du suivi des enfants en danger.*

Oui, alors nous déjà sur la maternité, on a tous les mercredi après-midi une réunion avec toutes les puéricultrices de secteur. Mais ça c'est pour tout le monde, hein ! Donc toutes les mamans qui ont euh des difficultés d'ordre social, psychologique ou ça peut être un bébé qui a un problème médical, donc tous ces couples parents enfants sont signalés aux puéricultrices de PMI hein, pour les petites difficultés sur l'allaitement maternel, hein on voit une maman un peu en difficulté. Donc là c'est sûr qu'on signale d'autant plus. Mais il y a en plus la réunion de synthèse où il y a les gens de la PMI qui sont là.

Cadre sage-femme, entretien n° 11.

Le rapport Bianco préconisait dès 1980 la fusion de la PMI et de l'ASE en un service unifié de l'enfance. Quelques départements ont opéré un tel rapprochement (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 2003).

D- L'Aide sociale à l'enfance (ASE)

a) L'activité de l'ASE sur le département

Dans les Hauts-de-Seine, les huit secteurs territoriaux de l'ASE correspondent aux secteurs de la PMI, à l'exception des secteurs 6A et 6B regroupés en un seul secteur 6 (carte en annexe). Les statistiques sur le taux d'équipement départemental montrent qu'en matière de protection de l'enfance, le département des Hauts-de-Seine est plutôt sous-équipé, avec un taux de 3,92 lits pour 1000 jeunes de moins de 20 ans, contre 4,23 pour l'ensemble de l'Ile-de-France et 4,71 pour la France métropolitaine. Voici l'évolution des lits disponibles pour les sept dernières années sur le département :

Tableau 10 : Hauts-de-Seine, lits ou places installés au 1^{er} janvier par catégorie d'établissement

Etablissements	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Accueil mère-enfant	426	396	335	335	335	335	335
Pouponnière à caractère social	192	192	48	48	48	48	48
Foyer de l'enfance	196	196	281	281	281	281	281
Maison d'enfants	719	662	722	672	610	672	672
Centre de placement familial	0	0	48	48	20	48	48

Source : DRASS, enquête ES-FINESS-Ministère de la Justice

La structure des établissements a donc assez peu varié, sauf en ce qui concerne les places en pouponnière, qui ont largement diminué depuis 1997. En réalité, les capacités d'accueil ouvertes au département, et non sur le département, sont plus importantes du fait de conventions avec d'autres départements, permettant un accueil, en particulier en province.

La statistique relative aux lits ne recouvre manifestement pas celles concernant les places disponibles, décrites par les structures départementales. On lit en effet dans le bilan dressé par le Conseil général : « *Les établissements accueillant des enfants et des jeunes dans les Hauts-de-Seine offrent 722 places* » (Conseil général des Hauts-de-Seine, 2003). Prenons l'exemple très précis des pouponnières. Deux pouponnières départementales sont installées sur le département, celles d'Asnières et du Plessis-Robinson. Voici les mouvements (flux) ayant affecté ces établissements et le nombre d'enfants à chaque fin d'année (stock) ainsi décrits :

Tableau 11 : Hauts-de-Seine, activités des pouponnières en 2002

Communes	Enfants Au 31/12/2001	Admissions En 2002	Sorties En 2002	Enfants Au 31/12/2002
Asnières	39	36	42	33
Plessis	46	45	51	40

Source : Conseil général des Hauts-de-Seine, 2003

Les 48 lits théoriques sur le département, recensés par la DREES se traduisent ici par 73 à 85 enfants présents au 31 décembre selon l'année. D'après le Conseil général leur capacité respective serait de 36+44 enfants, ce qui signifie qu'à la fin 2001, les deux établissements étaient en sur effectifs. Le coût de fonctionnement de ces pouponnières en 2002 s'élevait à 8 095 553 euros, soit 51 % du total des frais de fonctionnement des établissements départementaux, pour l'accueil de 12 % des enfants (0-3 ans).

A ces places en pouponnière départementale, il convient d'ajouter celles qui sont offertes par le secteur associatif, soit une pouponnière habilitée, située à Neuilly sur Seine, ayant 50 places disponibles. Seules quatre places sur dix sont utilisées par le département des Hauts-de-Seine.

L'Aide sociale à l'enfance des Hauts-de-Seine dispose de quatre lieux d'accueil hors département : Parmain (95), Rambouillet (78), Saint-Gervais-la-Forêt (41) et Montluçon (03), ce qui multiplie les places disponibles mais rend le fonctionnement plus difficile, en particulier, pour assurer le maintien des liens entre les enfants envoyés dans ces centres ou dans des familles d'accueil en province et leurs parents domiciliés sur l'Ile-de-France. Sur Paris, les enfants sont souvent envoyés dans une grande partie des départements français, voire même à l'étranger, les plus gros effectifs étant néanmoins dans des départements relativement proches (Yonne, Sarthe, Orne, etc.).

L'autre dispositif d'accueil, particulièrement évoqué par nos interlocuteurs, est constitué par les centres maternels. Nous verrons ensuite qu'ils revêtent une importance cruciale dans l'accueil des mères ayant des difficultés au cours de leur grossesse. Sur le département, cinq centres maternels sont disponibles, un départemental (Les Marronniers à Châtillon) et quatre associatifs habilités (Le Bief à Antony, Clairefontaine au Plessis-Robinson, Le Tilleul à la Garenne-Colombes et Saint-Raphael à Antony). Un seul de ces centres est par conséquent situé dans la partie nord du département, ce qui explique sans doute l'impression décrite par nos interlocuteurs « qu'il n'y a rien » sur le secteur nord où se situe plus particulièrement notre terrain d'enquête. D'ailleurs aucun des quatre centres maternels associatifs

n'accueille plus de 40 % de bénéficiaires issus du département. Ces centres seront envisagés comme alternative au placement des enfants dans la troisième partie.

Enfin, à ces places disponibles dans les établissements publics pour les enfants s'ajoutent les places en famille d'accueil et celles que proposent les établissements associatifs bénéficiant d'une habilitation.

Voici la répartition des 2 489 enfants placés et suivis par l'ASE du département au 31 décembre 2002 (stock), le flux de l'année 2002 étant quant à lui de 1 340 enfants placés :

Tableau 12 : Répartition des enfants placés et suivis par l'ASE des Hauts-de-Seine au 31 décembre 2002

Lieux d'accueil	Nombre d'enfants	%
Familles d'accueil	921	37,1
Maisons d'enfants	685	27,5
Autres	374	15,0
Adolescents autonomes	206	8,3
Foyer de l'enfance	102	4,0
Etablissement d'éducation spécialisée	77	3,1
Pouponnière à caractère social	82	3,3
Etablissements à caractère sanitaire	42	1,7
Total	2 489	100

Source : (Conseil général des Hauts-de-Seine, 2003)

Sur les 921 enfants placés dans les Hauts-de-Seine en 2002 et accueillis en familles d'accueil, 640 sont accueillis sur le Département, soit les deux tiers, ce qui représente un effort important. Néanmoins, sur le total des enfants placés du département, seul finalement un quart (640 sur 2489) sont accueillis en familles du même département. Le rapport d'activité explique cette situation par l'âge élevé des jeunes concernés (des adolescents) pour lesquels des accueils institutionnels sont plus souvent choisis (Conseil général des Hauts-de-Seine, 2003).

On voit bien ici la difficulté du passage d'un nombre de lits disponibles à un effectif d'enfants effectivement accueillis. De plus, ces statistiques ne tiennent pas compte des enfants confiés à un tiers digne de confiance par le juge des enfants, comme nous l'avons vu au niveau national. En les comptant, le total est alors de 4 453 enfants en 2002. Cela signifie que les statistiques habituellement reprises, qui ne concernent que les placements à l'ASE (cf. première partie) ne concernent que 55 % des enfants réellement placés. Et même dans ce cas, sont encore exclus les enfants confiés dans la famille élargie sans décision judiciaire, qui ne font l'objet d'aucun recensement.

Le nombre de mesures mises en œuvre est très variable selon les communes, au sein d'un même département, alors que nous avons observé que les variations entre départements étaient nettement marquées dans les études nationales.

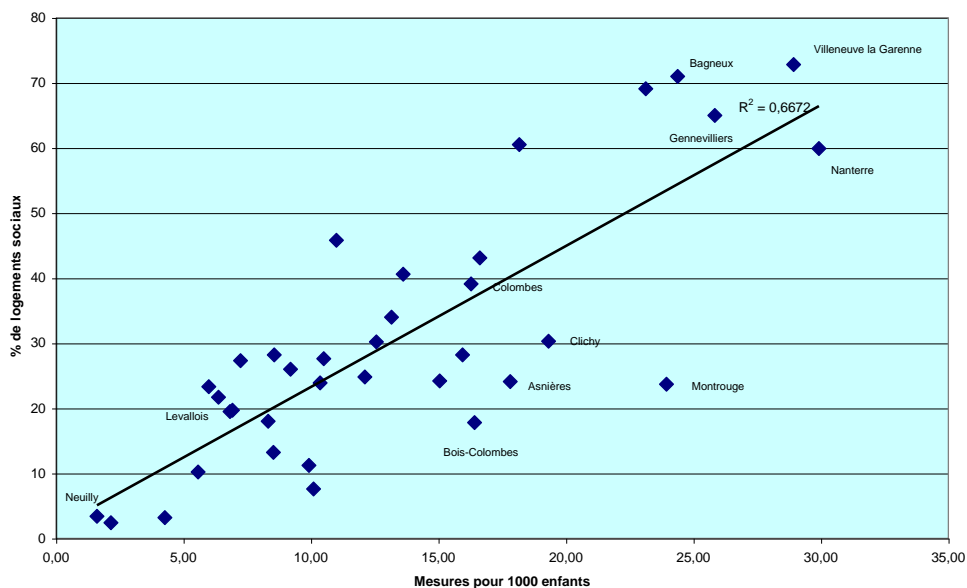
Pour l'année 2002 et sur le département des Hauts-de-Seine, 5030 enfants ont été suivis dans le cadre de mesures d'aides à domicile, 528 en action préventive, 1594 en aide à domicile administrative et 2908 en AEMO judiciaire. La part des décisions judiciaires est notable, puisqu'elle représente près de 58 % des mesures à domicile. Le Conseil général publie des données par commune (Conseil général, 2003). Si l'on s'intéresse au nombre de mesures prises sur ce département, la variation est de 2 à 428 selon la commune. Pour les comparer valablement, il faut rapporter ces mesures à la population susceptible d'en être l'objet, c'est-à-dire aux jeunes de 0 à 20 ans¹²¹. On obtient ainsi un taux dans la population qui varie de 1 à 29 mesures éducatives pour 1000 enfants selon la commune, avec une moyenne départementale de 14. L'un des enjeux de la discussion au niveau national, nous l'avons vu, est de savoir si les conditions précaires des ménages suffisent à expliquer la majorité des mesures prises à l'égard des familles.

Pour illustrer ce point à l'échelle de ce département, nous avons rapproché le taux de mesures pour 1000 enfants précédemment calculé, du pourcentage de logements sociaux dans la commune. La moyenne dans les Hauts-de-Seine est de 30,1 % de logements sociaux, les extrêmes allant de 2,4 % à Neuilly-sur-Seine à 72,8 % à Villeneuve-la-Garenne. Le graphique ci-dessous illustre le résultat à l'échelle du département ; chaque commune est figurée par un point ayant pour coordonnées le

¹²¹ - L'ASE prend en charge des jeunes majeurs jusqu'à leur 21^{ème} anniversaire.

nombre de mesures prises pour 1000 enfants et le pourcentage de logements sociaux. Pour la lisibilité du graphique, seuls les noms des principales communes du nord des Hauts-de-Seine ont été indiqués (carte en annexe).

Figure 9 : Répartition des communes du département selon le nombre de mesures d'aide à domicile de l'ASE pour 1000 enfants de moins de 20 ans et le pourcentage de logements sociaux



Source : calculé par l'auteur d'après des données du Conseil Général des Hauts-de-Seine (2002 et 2003)

Le graphique montre un très bon ajustement linéaire de ces deux variables, le coefficient de corrélation étant de 0,81. Les communes les plus défavorisées connaissent le plus de mesures de ce type. Les résultats sont comparables, bien qu'un peu moins prononcés, lorsque l'on rapproche le nombre de placements pour 1000 enfants (de moins de 1 à près de 19).

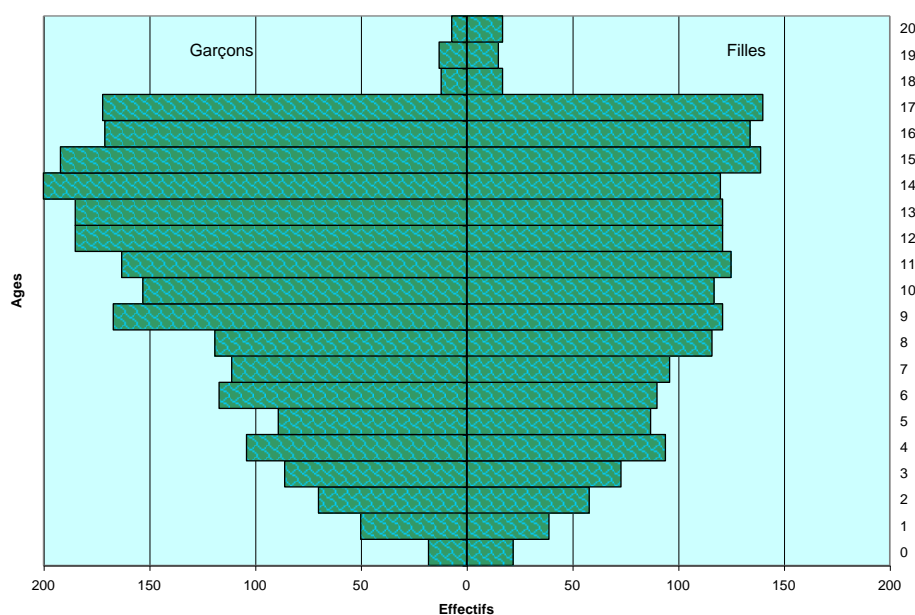
Ce simple calcul répond, en grande partie, à toutes les interrogations relatives à l'influence de la pauvreté ou des conditions de vie précaires sur les décisions concernant les enfants. Les territoires les plus dégradés, ayant une part plus forte d'habitats sociaux, un taux de chômage supérieur, une part de bénéficiaires du RMI plus importante (pourcentage plus de quatre fois plus élevé) montrent aussi, proportionnellement, des signalements plus fréquents aboutissant à une prise en

charge par l'ASE, soit en milieu ouvert, soit en placement. L'Aide sociale à l'enfance comme l'aide sociale en général concerne des populations pauvres dans le sens de populations assistées (Paugam Serge, 1991).

Comparativement, le constat fait à l'échelle nationale se vérifie dans les Hauts-de-Seine, beaucoup moins de familles bénéficient d'une aide financière que d'une mesure de placement. 1824 familles en 2002 se sont vues accorder une aide financière, sous forme d'allocations ou de secours d'urgence, pour un total de 2,6 millions d'euros.

Aucune donnée n'est disponible pour ce département sur la répartition par âge des enfants sous AEMO. De telles données sont publiées pour Paris, concernant le total des mesures, administratives et judiciaires. Elles nous permettent de construire une pyramide par sexe et âge des bénéficiaires :

Figure 10 : Pyramide des âges des jeunes suivis en AEMO sur Paris en 2003



Source : établi par l'auteur d'après des données ASE Paris, 2004

Les mesures d'AEMO concernent peu des enfants très jeunes (ou plus exactement leurs familles), ce qui infirmerait plutôt l'idée qu'elles sont proposées en première intention, avant d'aller vers un placement¹²².

Les aides à domicile enfin, se décomposent en interventions des aides ménagères et en actions éducatives d'aide à domicile (AEAD). Pour les premières, six associations interviennent. Pour les secondes, des équipes psycho-socio-éducatives accompagnent les parents dans leurs fonctions parentales. Cette mesure peut être administrative, 1 594 situations en 2002 ou judiciaire, concernant 2 908 enfants en 2002. Au total, 5 030 enfants ont bénéficié d'un suivi éducatif dans leur cadre familial, soit 53 % des enfants suivis par l'ASE.

La structure par âge des enfants accueillis par l'ASE est déterminante, puisque les mesures de signalement de femmes toxicomanes qui nous intéressent ici, concernent le plus souvent des nouveau-nés ou des jeunes enfants.

Tableau 13 : Hauts-de-Seine, répartition par âge des enfants placés lors de leur première admission à l'ASE en 2002

Classe d'âges	Effectif	%
0-3 ans	91	12,8
4-6 ans	60	8,5
7-12 ans	124	17,5
13-17 ans	306	43,0
18-21 ans	129	18,2
Total	710	100

Source : Conseil général, 2003

Ce tableau montre clairement que l'activité de l'ASE, dans ce département, est focalisée pour l'essentiel sur des enfants d'âge relativement élevé, plus de la moitié ayant plus de 13 ans, c'est-à-dire en fait plutôt des adolescents, en particulier délinquants, mais aussi les mineurs étrangers isolés, plutôt que sur la petite enfance, mission première de l'assistance publique.

¹²² - Beaucoup de ces pistes mériteraient d'être approfondies, en particulier par des études de cohortes, mais cela dépasse de loin nos objectifs et propos ici puisque nous avons centré notre recherche sur une vision globale des pratiques autour de la toxicomanie.

b) Les contacts avec les autres intervenants

Comme nous l'avons montré précédemment, les services hospitaliers tendent à ne pas contacter directement l'ASE. Il n'y a donc pas pour les nouveau-nés de signalement administratif, par l'intermédiaire du Conseil Général, mais directement un signalement judiciaire. La collaboration entre les services apparaît ainsi difficile, à la fois pour des raisons liées à des temporalités différentes mais aussi à des perspectives divergentes, voire à une rigidité de ces services souvent dénoncée dans les propos recueillis. Les rapports de l'ASE avec les services médico-sociaux chargés éventuellement d'effectuer les signalements paraissent assez tendus, nos interlocuteurs étant le plus souvent critiques et peu enclins à chercher un terrain d'entente avec cet organisme.

Ainsi pour A. Grevot, « *L'énorme écart entre, d'une part, ses ambitions affichées, et, d'autre part son modeste souci d'opérationnalité* » constituerait pour l'ASE son premier handicap. Ce défaut de transparence rend son action incompréhensible de l'extérieur.

Pour un médecin de PMI interviewé, par exemple, le fait que l'on ne puisse pas laisser les enfants chez les assistantes maternelles qui les ont effectivement accueillis avant le placement, en leur donnant un agrément ASE paraît peu explicable, d'autant plus qu'elles bénéficient d'un agrément de la PMI et ont effectivement pris en charge nuit et jour les enfants.

Pour le Juge des enfants, par contre, l'Aide sociale est directement impliquée dans le service de la Justice et à ce titre, son action est plutôt bien perçue. Il n'en reste pas moins qu'aux termes de la loi, c'est au juge qu'il revient de fixer les modalités du placement et à veiller à ce qu'elles soient appliquées, comme nous l'indiquait ce magistrat :

Moi je pense quand même que ça a évolué [l'ASE, ndr] et je pense aussi, et je pense aussi que, quand c'est judiciaire, c'est la responsabilité du juge de, surveiller, ce qui se passe, d'engueuler l'ASE si il le faut, de demander des rapports, de demander des comptes, euh, de demander comment ils font pour faciliter les relations parents-enfants, de demander aux audiences aux

parents comment ça se passe, si on leur donne des bons de transport pour aller voir les enfants, voilà, moi je pense que c'est la responsabilité du juge dans ces cas-là, de secouer le cocotier...

Juge des enfants, entretien n°28.

Pour ce juge, l'évolution de l'ASE sur les quinze dernières années est manifeste et la plupart des parents qui ont des enfants plus âgés placés le lui expriment.

La rigidité et l'archaïsme

Dans le vocabulaire appliqué à l'Aide sociale à l'enfance, le terme le plus souvent revenu est celui de « rigidité ». Les services de l'ASE ne semblent pas pouvoir s'adapter aux situations telles qu'elles apparaissent à leurs interlocuteurs, mais vouloir que toutes les situations entrent dans leur cadre de pensée. Nous en avons relevé un exemple frappant par le vocabulaire qui est employé par les professionnels rencontrés, vocabulaire qui paraît complètement anachronique et contraire au sens des évolutions législatives.

En voici un premier exemple. Quand un enfant est abandonné par sa mère à la naissance, les soignants nous font part de leur désarroi face à ce nouveau-né seul qui ne peut pas demeurer en maternité ou en néonatalogie plus de quelques jours ou quelques semaines, le temps de trouver une solution. Pour les pédiatres, il y a une urgence psychologique sinon matérielle à trouver un lieu d'accueil pour cet enfant. Pour désigner ce laps de temps où l'enfant reste en maternité, un des cadres de l'ASE va devant nous utiliser l'expression « *L'enfant est consigné à l'hôpital* ». Cette expression m'ayant déroutée, j'ai évidemment consulté un dictionnaire pour confronter mon impression à la définition qu'il pouvait en donner. Pour le Larousse deux sens peuvent être distingués : pour un objet, être consigné signifie soit être mis à la consigne, soit devoir être rendu contre une garantie (bouteille consignée), pour une personne, être consignée signifie « *empêchée de sortir à titre de punition* ». Peut-on assimiler un bébé à un objet que l'on laisse en dépôt, ou un humain puni, mais de quoi ?

En réalité, il semble qu'il y ait là la survivance d'un vocabulaire « maison », puisque Pierre Verdier indique « *Après les orphelins et les enfants trouvés, l'Assistance*

publique va découvrir les enfants « en dépôt », (terme qui sera supprimé en 1943, mais que j'ai encore rencontré dans mes débuts en Lorraine dans les années 70 à 80). Il s'agit d'enfants dont les parents sont incarcérés ou hospitalisés » (Verdier Pierre, 2003).

Un deuxième exemple est révélateur de l'utilisation d'expressions archaïques. A plusieurs reprises, les personnels ASE nous ont indiqué que dans tel ou tel cas, les enfants étaient immatriculés comme pupilles de l'Etat. Or, cette expression a été supprimée par la loi de 1970 qui dispose que les enfants sont admis parmi les pupilles de l'Etat, ce qui suppose un geste de reconnaissance, d'appartenance à un groupe, d'entrée. Dans le cas de l'immatriculation, dont là aussi on a bien du mal à supposer que l'on puisse l'appliquer à une personne (on immatricule les véhicules), il ne s'agit que de lui donner un numéro (l'immatriculation à la sécurité sociale). De plus, les personnes concernées avaient toutes une quarantaine d'années voire moins, ce qui implique que même leur formation remonte à une date postérieure à l'entrée en vigueur de cette loi. Elles ont donc acquis un « vocabulaire maison », remontant à la première moitié du XXème siècle, voire même avant.

La « psychologisation » à outrance

Les nouveaux métiers de la relation et de la famille ont amené à utiliser de plus en plus une certaine « vulgate psy » qui participe d'une psychologisation de la société (Castel Robert, 1981). Comme le note Claude Martin, « *Ces nouveaux professionnels, dont le nombre n'a cessé de croître tout au long des trente dernières années, ont manifestement joué un rôle croissant dans la construction des références et des normes en matière de rôles parentaux* » (Martin Claude, 2003).

Les éducateurs et assistantes sociales employés dans des services comme l'Aide sociale à l'enfance ou la Protection Judiciaire de la Jeunesse, souvent issus des mêmes écoles de travail social, n'échappent pas à ce mouvement.

Un travers des personnels de l'ASE, surtout des plus jeunes, a été mis en évidence par certains de nos interlocuteurs : une prise en compte poussée à l'extrême des nouvelles connaissances sur les capacités du nouveau-né. Ainsi, la nécessité de parler au bébé et de lui expliquer ce qui va lui arriver fait partie de la formation de ces

personnels, mais une utilisation maladroite de cet acquis, les met en décalage avec les parents. C'est ce que nous explique cette assistante sociale de maternité, à propos d'une rencontre à laquelle elle avait assisté :

C'est plutôt une déformation. Ben vraiment, je veux dire, c'est plus des éducateurs c'est plus des assistantes sociales, ce sont des psychologues qui sont vraiment dans l'accompagnement. Moi j'ai souvenir d'une petite d'une maman toxicomane qui a été confiée au mois d'août et j'ai assisté au départ de l'enfant. Alors la mère avait disparu et le papa était là. C'était la première fois que les collègues de l'ASE rencontraient le père et j'ai accompagné la dame de l'ASE auprès du père et du bébé et, la collègue de l'ASE disait au père, un gamin de 20 ans bien connu des services de police comme on dit, et qui tenait la petite crevette dans ses bras et il essayait de faire bien, parce qu'il savait que le bébé était confié à l'ASE, qu'il y avait déjà un juge et donc il essayait d'assurer... et donc ce papa essayait de faire bonne figure et le bébé dormait, mais vraiment profondément et la collègue de l'ASE disant :

- Bon monsieur avez-vous expliqué à votre petite ce qui va se passer ?
- Et alors le papa dit ben beuh,
- Oui vous lui avez dit ce que vous êtes en train de faire ?
- Il dit ben euh je lui ai dit qu'on sortait de l'hôpital....

C'était pas tout à fait cela non plus. Et la collègue :

- Ce n'est pas tout à fait cela (voix doucereuse) donc je vais reprendre avec la petite. Bon alors voilà ce qui va se passer, ton papa et ta maman n'ont pas la possibilité de t'accueillir, etc etc

et la petite dormait dormait dormait et elle fait tout un lahius et le papa me regardait et dit

- mais elle entend pas elle fait que dormir,

et il y avait un tel décalage. La gamine, peut être heureusement pour elle s'est pas réveillée. L'éducatrice disant mais elle entend, même au plus profond de son sommeil, elle entend. Et ce père était mais effrayé et on le sentait, et il me regardait, il appelait au secours, l'air de dire mais... à qui je confie mon bébé.

Vraiment on arrivera jamais à dialoguer, hein. Et pour un premier contact, c'était, je pense pas adapté. Vu de l'extérieur c'était dramatique et comique, c'était vraiment, mais ils vont jamais se rencontrer ces gens là.

Assistante sociale, maternité, entretien n° 9.

De fait, pour cette assistante sociale, les personnels de l'ASE n'arrivent pas réellement à communiquer avec les parents. A un autre moment du même entretien, elle nous déclare « *Il y a de quoi être parano pour des parents, l'ASE les rend fous quand même* ».

Ce décalage est rapporté par les quelques études sur les contacts entre les parents d'enfants placés et les personnels de l'aide sociale, mais aussi par le rapport de 2004 du Défenseur des enfants qui relève que l'approche des travailleurs sociaux est trop psychologique, même quand ils n'ont pas cette formation initiale, mais trop peu

juridique, ce qui empêche une réelle aide des parents dans leurs difficultés matérielles.

Pourtant, pour ce cadre socio-éducatif de l'ASE, le changement est profond depuis une dizaine d'années et le renouvellement du personnel très important permet de réorganiser les services.

Alors ce qui est intéressant ici par rapport à [commune], parce qu'il y avait hein des anciens professionnels dans cette équipe, des professionnels qui avaient vingt ans d'expérience et c'est vrai que faire bouger des professionnels c'est difficile, quand on est ancré dans ses pratiques, pour les faire bouger il faut du temps. Et ici depuis deux ans depuis la mise en place de la RTT on a une équipe qui s'est complètement renouvelée, donc de jeunes professionnels, qui ont envie aussi d'aller vers d'autres pratiques professionnelles et je crois que ça passe par là aussi. Hein, les images d'un service de l'Aide sociale à l'enfance, passent aussi par, ben aller vers d'autres, travailler avec d'autres, en lien avec la CDES¹²³ en lien avec la PMI et en lien avec d'autres partenaires pour développer d'autres actions auprès des familles, Ça j'y crois beaucoup avec les jeunes professionnels, ils ont pas du tout les mêmes modes d'approche que ceux qui étaient ancrés dans des pratiques de séparation, placement, de protection, et qui étaient pas du tout sur le champ de la prévention, hein.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

Sur ce secteur (STASE), depuis 1998, les services du Conseil général de prévention et l'Aide sociale à l'enfance travaillent de concert, alors même que l'ASE n'était pas du tout positionnée sur le champ de la prévention. Ce cadre nous en donnera quelques exemples précis, comme le fait d'accepter des placements administratifs de courte durée, en urgence, en cas d'hospitalisation de la mère, ce qui ne se faisait pas du tout avant son arrivée.

E- Le parquet des mineurs et les juges pour enfants

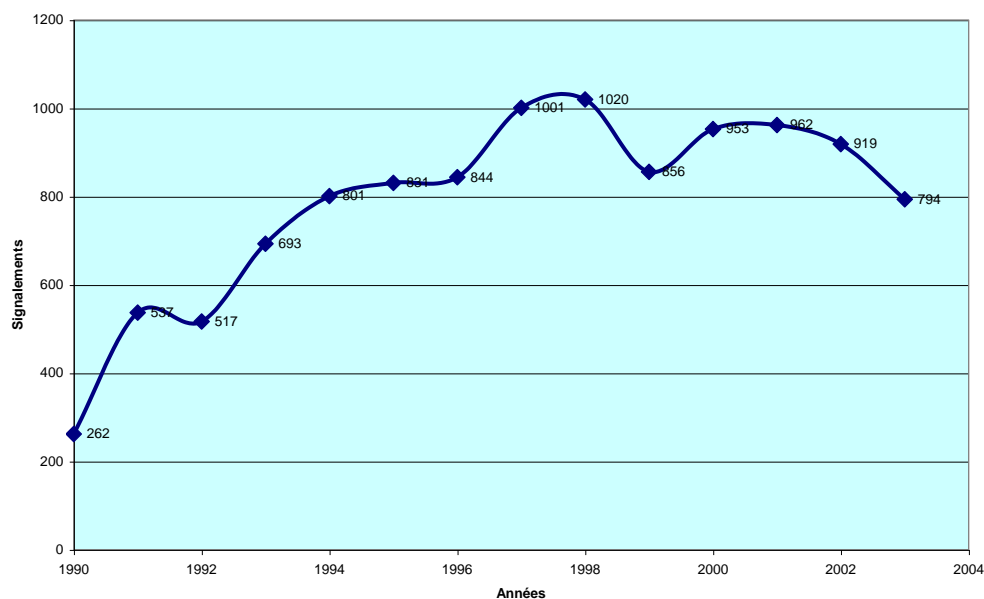
Sur les Hauts-de-Seine, le parquet des mineurs est sectorisé en trois territoires correspondant à la boucle nord jusqu'à Colombes et Levallois-Perret, le centre de Nanterre et Neuilly sur Seine à Meudon et le sud, de Boulogne-Billancourt à Antony (cf. carte en annexe). Par ailleurs, le découpage du territoire se fait entre les neuf

¹²³ Commission Départementale d'Education Spéciale, chargée de l'orientation des élèves ne relevant pas du dispositif général (handicapés et autres).

secteurs des neuf juges pour enfants. Les communes ne sont pas forcément adjacentes et, de ce fait, le secteur d'un juge pour enfants peut être à cheval sur deux secteurs du parquet des mineurs.

Pour le Département de Paris, les signalements au procureur sont comptabilisés par le Conseil général et montrent une nette explosion après 1990 à 1998 (plus du triple), puis une légère stagnation après 2000 :

Figure 11 : Nombre de signalements adressés au procureur de la République à Paris



Source : d'après des données (Aide Sociale à l'Enfance (ASE), 2004)

La très nette baisse depuis 1998 contredit le mouvement observé au niveau national, de recours de plus en plus fréquent à l'intervention judiciaire. Voici en quels termes, le rapport de l'ASE l'explique : « *Il est probable que la notion de danger évolue et s'apprécie différemment ; les services sociaux ont été sensibilisés à la trop rapide judiciarisation des réponses et invités à épuiser, avant ce recours, toutes les mesures d'aide administratives* » (Aide Sociale à l'Enfance (ASE), 2004), p. 133.

Parmi les quelques variables publiées concernant les mineurs ayant fait l'objet de ces signalements (1083 enfants pour les 794 signalements de 2003), celle sur l'âge est particulièrement intéressante puisqu'elle n'est pas disponible au niveau national :

Tableau 14 : Age des enfants concernés par les signalements judiciaires en 2003 à Paris, Nanterre et en France

Groupes d'âges	Paris		Nanterre		France	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-6 ans	949	27	659	30	31589	30
7-12 ans	973	27	604	28	31548	30
13-15 ans	918	26	549	25	25047	24
16-17 ans	716	20	374	17	16487	16
Non précisé	5	0	12	0	754	1
Tous âges	3561	100	2198	100	105425	100

Source : Ministère de la Justice, Données locales TPE, 2005

L'affirmation selon laquelle les interventions judiciaires concerneraient surtout des adolescents délinquants ou des mineurs isolés est à relativiser ici, bien que le mode soit situé dans la classe 16-17 ans, puisque 60 % des enfants signalés ont moins de 13 ans pour la France entière et 54 % à Paris. Alors que les services de l'Aide sociale à l'enfance constatent un vieillissement des jeunes pris en charge, le flux des signalements vers les instances judiciaires concerne des enfants plutôt jeunes.

Un tableau en annexe récapitule l'ensemble des données disponibles concernant les saisies du juge des enfants en assistance éducative sur le tribunal de Nanterre, seul compétent dans les Hauts-de-Seine.

L'essentiel des saisines du juge des enfants pour mineurs en danger provient du parquet (76 % en 2003 à Nanterre), beaucoup plus rarement de la famille, du mineur ou de son gardien (7 %).

Pour l'ensemble des intervenants médico-sociaux rencontrés, les liens avec le parquet sont de bonne qualité ; de leur point de vue, il est relativement facile de se faire entendre et de signaler une situation qui semble problématique. La plupart des assistantes sociales ont ainsi des contacts écrits ou téléphoniques courants avec le parquet. Certains soignants ont des positions plus nuancées. Sans trouver les rapports mauvais, ils estiment néanmoins que les milieux professionnels sont trop

cloisonnés et qu'il est difficile de travailler ensemble, y compris du fait que les délais et les temporalités de prise en charge diffèrent :

[Question : Donc il n'y a rien au niveau du parquet, comme concertation ou quelque chose d'organisé ?]

Organisé ! Non ! Ils fonctionnent, le judiciaire et le médico-social, c'est très étanche. Je pense qu'ils se méfient. Ouais, ouais, ils se méfient de nos positions qu'ils doivent juger excessivement humanitaires, irréalistes. Et puis les positions sont complètement différentes, et l'échelle de temps complètement différente. Et puis ça nous pose problème car on peut pas garder indéfiniment un enfant dans un secteur d'aigu¹²⁴, les mères en maternité... alors on le fait quand même pour un certain moment.

Médecin pédiatre CHU, entretien n° 1.

Le reproche le plus couramment formulé par les assistantes sociales est le manque de retour dans les informations transmises au parquet et le fait que quelquefois il y ait un classement sans suite sans qu'elles en aient été avisées. Les parquets ont au cours de ces dernières années fait des efforts sensibles de communication par exemple avec les victimes, afin de les tenir informées des décisions prises. Les professionnels ont quelquefois le sentiment d'être moins bien lotis et doivent se contenter de supposer que le parquet n'a pas donné de suite, puisque le juge ne les a pas contactés. En revanche, lorsque le signalement leur paraît justifié, traduisant l'aboutissement de la réflexion d'une équipe, l'inaction du parquet et/ou du juge alimente un sentiment de frustration et de découragement. L'incompréhension peut rapidement s'installer, surtout quand deux ou trois rappels sont effectués et que les appels téléphoniques restent sans réponse. L'affaire peut être interrompue au niveau du parquet par un classement sans suite sans que le juge des enfants ne soit saisi. Voici une de ces situations :

Là, on avait fait un rapport, en fait cette femme, moi je l'ai suivie, pour la première grossesse donc elle a accouché ici et puis après je l'ai suivie ici pendant deux ans et il se trouve que euh, donc elle s'est retrouvée à la rue, donc j'ai fait un certificat de coups et blessures un jour qu'elle portait des traces de strangulation, donc je connaissais sa situation, on en parlait beaucoup et donc il se trouve qu'elle s'est trouvée vraiment à la rue, en plein hiver, avec sa petite fille qui avait un an et quelques, euh, il faisait froid, euh voilà (rires) et euh, bon on avait essayé de lui trouver des structures d'accueil d'urgence, bon c'était une nuit d'hôtel par ci, une nuit d'hôtel par là et on s'est rendu compte qu'elle vivait pas non plus dans les chambres d'hôtel donc on s'est dit on peut pas, y avait une gamine de 13 mois dehors avec une maman en plein hiver, c'était pas possible... donc on l'a signalée au juge et on a fait deux lettres au juge qui sont restées sans aucune réponse. Alors ce qu'on a su après, c'est que le juge avait fait une convocation et que la dame s'y était pas rendu, et qu'après, ça c'était arrêté là...

¹²⁴ - Comprendre secteur de court séjour.

Médecin, entretien n° 4.

Le fait que la plupart du temps, le parquet puis le juge des enfants n'accusent pas réception du signalement, puis ensuite n'informent pas les signalants des suites données à l'affaire est ainsi éprouvant pour les services. Ils n'ont aucun critère pour évaluer leur action¹²⁵. On retrouve cette caractéristique dans les données de l'ODAS sur les appels au numéro vert de l'enfance maltraitée : la moitié des appels concernent des enfants qui ont déjà été signalés. Les protagonistes ont parfois l'impression que leur voix n'est pas suffisante, donc pas assez autorisée pour obtenir qu'il y ait au moins une enquête. Dans d'autres situations néanmoins, les assistantes sociales sont appelées à se déplacer pour être entendues par le juge, ce qui les conforte dans leur professionnalisme et le fait qu'elles soient un interlocuteur à part entière. Même si certaines minimisent cette tâche, on perçoit bien que les autres en sont fières et qu'elles en tirent une reconnaissance de la qualité du travail réalisé en amont, avant le signalement.

Les associations qui participent à l'accueil des enfants ont également des contacts avec les juges, d'autant plus que certains préfèrent faire des placements directs plutôt que de passer par l'Aide sociale à l'enfance :

Pour plusieurs enfants, hein, c'est le juge qui nous amène des fois, hein, il appelle directement, il dit « est-ce que vous pouvez prendre cet enfant ? » ou alors soit il envisage une OPP, pour plus tard, dans un autre lieu, ou euh, mais il dit « en attendant c'est chez vous qu'il sera le mieux ». Parce que, il y a des juges qui n'aiment pas l'Aide sociale à l'enfance et qui ne veulent pas que les enfants passent par les foyers de l'Aide sociale à l'enfance. Ils préfèrent faire des OPP directes dans les établissements, avoir un contact direct avec les établissements et, euh, ils trouvent que les parents s'y retrouvent plus, en fait ils sont eux avec les parents et l'établissement. Ils ne veulent pas d'éducateurs de l'Aide sociale à l'enfance. Bon ça c'est certains juges. C'est vrai que ceux-là ne sont pas appréciés par l'Aide sociale à l'enfance (rires).

Puéricultrice, association, entretien n° 5.

Globalement, pour les professionnels de l'Aide sociale, les rapports avec les magistrats sont satisfaisants :

¹²⁵ - Ce manque d'information concernait de manière générale les victimes dans les années 1990, comme j'avais pu le constater lors du terrain de ma thèse. Les affaires étaient classées sans suite sans que les victimes n'en soient informées. Elles ne pouvaient que déduire du silence prolongé que leur affaire n'aurait pas de suite. De gros progrès ont été faits dans cette direction, les avis de classements sans suite étant maintenant généralisés. Il semble que les institutionnels dans ce type de dossiers n'aient pas encore profité de cette ouverture judiciaire.

On travaille bien dans cette partie des Hauts-de-Seine, hein, moi j'échange beaucoup avec le substitut du parquet, on travaille relativement en cohérence quoi, quand on est pas convaincu de l'accueil, moi je le dis, et le parquet me suit ; Quand je suis convaincue je le dis aussi et il me suit aussi.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n°15.

Mais les rapports de ces mêmes services avec certains des juges ont l'air plus tendus, justement ceux qui privilégient les placements directs, en évinçant l'Aide sociale à l'enfance dont l'état d'esprit et les méthodes ne leur conviennent pas. Pour l'un des juges des enfants, l'ASE est d'ailleurs une institution qui est très humaine, mais dans le mauvais sens du terme, elle a la prétention d'être une meilleure mère que toutes les autres, tente de capter les enfants qui lui sont confiés et finalement les rend bien volontiers quand ses efforts ne sont pas récompensés.

Le rôle du juge est indispensable pour les intervenants en toxicomanie rencontrés au cours de l'enquête de terrain, car il dit la Loi alors que précisément le propre du toxicomane est d'être en infraction avec les règles ; mais encore faut-il que le juge en soit conscient, accepte ce rôle et agisse dans ce sens :

Ah oui, oui, si vous voulez nous l'apparition de la justice dans le paysage, ça ne, on considère si vous voulez que le juge pour enfants est un partenaire, ce n'est pas un ennemi, hein ! C'est un partenaire et même il est parfois très utile, parfois il ne comprend pas toujours d'ailleurs son utilité, moi j'aimerais bien que de temps en temps il comprenne bien que, moi j'en ai beaucoup discuté avec [juge], ça, il partage pour partie ce que je dis, mais lui il dit c'est la limite des juges, ils n'ont pas tous la formation nécessaire. Mais en revanche, nous, ce qu'on peut attendre d'un juge c'est qu'il pose le cadre, et qu'il le pose dans le cadre, [Question : De la loi ?]

Oui, mais du tiers qui est investi de ce pouvoir, par tous, y compris nous. Ce qui nous permet ensuite de travailler. S'il ne pose pas le cadre de cette loi, on est parfois très embêtés pour continuer à travailler, parce que justement ce sont des gens qui sont extrêmement sans repères ou dans la transgression.

Psychiatre, CSST, entretien n° 23.

Ainsi, pour ce psychiatre, il faudrait dans l'idéal qu'il puisse rencontrer chacun des juges en charge des dossiers des personnes dont il assure le suivi, mais en pratique peu de juges acceptent de se prêter à une telle coopération, d'autant plus en région parisienne où les cabinets sont surchargés.

Les juges peuvent également éprouver des difficultés à travailler avec les services médico-sociaux. Ce qu'ils mettent le plus souvent en avant est leur faible interconnaissance, mais aussi éventuellement leurs points de vue divergents :

C'est peut être la représentation que j'en ai, mais les psychiatres ou les médecins s'intéressent à leur patient mais pas à l'enfant, ça c'était très net, hein ! Les centres spécialisés, sauf ceux qui s'intéressent à la famille, à la relation, ils sont dans la relation thérapeutique à l'adulte et considérant que le fait de rendre l'enfant, le fait de maintenir l'enfant dans la famille, ça fait du bien à la mère. Je suis d'accord, mais moi je n'ai pas la même optique. C'est-à-dire que, bien sûr, il faut soutenir la mère, mais quand même, moi mon centre d'intérêt c'est l'enfant, alors l'enfant il a quand même sa mère, mais je prendrais quand même moins de risques que ne prendrait le psychiatre, parce que lui il ne prend pas de risques du tout, enfin il prend tous les risques mais il ne les prend pas, c'est pas son problème un enfant. On a le sentiment que les enfants c'est un autre monde, la famille n'est pas le monde des psychiatres, la relation thérapeutique, enfin c'est la représentation, c'est un peu caricatural ce que je dis, mais je vois la différence avec le centre (CSST) qui est dans une relation mère-enfant ou parent-enfant, alors là je respire, je sais qu'ils s'y intéressent, je me permets d'appeler pour leur dire où est-ce que j'en suis.

Juge des enfants, entretien n°38.

On retrouve le clivage entre les intervenants qui seraient « pour la mère » et ceux du côté de l'enfant. Le manque de communication et d'échanges d'information est également soulevé par ce juge qui fait observer « *un médecin ne va jamais me dire ce qu'il constate sur le plan thérapeutique* ». D'où d'ailleurs toute l'importance de pouvoir recourir à l'avis des experts dans le cadre des investigations.

F- Les centres de soins pour toxicomanes et l'ECIMUD

Sur le département des Hauts-de-Seine, on dénombre sept centres spécialisés de soins pour toxicomanes (CSST), que nous avons par ailleurs analysés en détail lors d'une précédente recherche (Simmat-Durand Laurence (dir) *et al.*, 1998). Nous nous consacrons ici plus particulièrement aux quatre structures situées dans la boucle nord du département, qui nous ont été directement citées par nos interlocuteurs. Un centre parisien s'y ajoute, atypique en ce qu'il est spécialisé dans les accueils des parents toxicomanes avec enfants, mais de fait un partenaire privilégié dans cette problématique.

a) Les centres de soins du département

Le travail en réseau autour de l'hôpital a permis d'intégrer les quatre centres de soins de la boucle nord des Hauts-de-Seine comme partenaires directs de la maternité. Il a permis la mise en place d'une relation de confiance entre les médecins généralistes et les centres de soins spécialisés en toxicomanie autour de l'hôpital. L'image que ces protagonistes ont les uns des autres s'en est trouvée modifiée : « *Il permet aussi de modifier l'image négative qu'avaient ces intervenants de nos maternités, considérées comme des lieux où les femmes étaient brutalement sevrées, mal accueillies et où la séparation d'avec l'enfant était envisagée a priori* » (Lejeune Claude, 1999).

Pourtant, encore actuellement, les autres intervenants ont tendance à considérer que les centres de soins sont de manière monolithique « pour » la mère et trop peu soucieux de la protection de l'enfant. Ceux-ci ne s'en défendent pas, mais retournent l'argument en estimant que lorsque les choses dysfonctionnent et qu'une femme toxicomane abandonne son enfant, c'est que les maternités ou autres intervenants de la petite enfance n'ont pas su l'accueillir convenablement :

Des expériences de femmes qui en utilisant un produit ont mis en danger leur enfant, je crois que ça tient le plus souvent à l'abandon dans lequel elles sont par rapport aux structures, ou à la pression des structures autour d'elles, je crois que ce n'est jamais lié directement à l'usage de drogues, alors c'est peut être un peu énorme de dire cela, je n'ai pas non plus une expérience ni des données statistiques, mais j'aurais tendance à penser euh, que si on examinait les cas où il y a eu, parce que ça existe très concrètement, des enfants qui ont été un peu laissés dans tel endroit, enfin bon la femme est partie, etc., je suis sûr qu'on pourrait retrouver quelque chose qui a dysfonctionné ou plutôt qui a été une sorte de pression sur cette femme, et pression qui va produire l'effet contraire. Donc une pression sur cette femme pour justement qu'elle s'en occupe sans entendre les limites de cette femme, et qui fait que effectivement il va y avoir à ce moment des choses graves, abandon, etc.

Psychanalyste, CSST, entretien n° 25.

Une association sur le département propose un réseau de familles d'accueil pour toxicomanes, susceptibles d'accueillir des femmes avec enfants. Cette solution paraît une alternative intéressante et est bien perçue dans les maternités (*cf. infra, les*

alternatives). Néanmoins, le nombre de places disponibles reste extrêmement restreint.

Le centre de soins, surtout s'il suivait la femme avant la naissance est ainsi susceptible de trouver une solution qui assurera le relais entre la sortie de la maternité et l'accueil dans un appartement thérapeutique.

Alors on a une solution maintenant ça fait deux fois qu'on le fait, ça se passe bien on est très content, c'est [Association], familles d'accueil. Donc là j'ai par exemple une maman qui a accouché, que j'ai envoyé en famille d'accueil

[Question : Mère enfant ?]

Oui, avec l'enfant, elle en a deux en plus, cette maman. Trois mois de famille d'accueil, ce qui permet quand même d'évaluer, de tester tout ça. Et là, (CSST) prend le relais, elle va avoir un appartement thérapeutique début juillet cette femme-là, parce que il faut que (CSST) puisse aussi, euh, qu'ils prennent des précautions et qu'ils puissent avoir l'évaluation de plusieurs professionnels... l'hospitalisation c'est trop court, c'est un risque pour eux de prendre un nouveau-né comme ça et ça permet aussi qu'après c'est plus un nourrisson, c'est un bébé de trois mois, quatre mois, c'est différent. Parce qu'au (CSST), un éducateur ou une éducatrice va passer, mais pas tous les jours, on va mettre en relais, on va faire le lien avec la PMI du quartier donc qu'on va mettre sur le coup.

Assistante sociale, entretien n° 3.

Une autre association gère, entre autres, des appartements thérapeutiques. Quelques uns ont été récemment ouverts à des femmes avec enfants, mais l'expérience, sans doute assez peu préparée selon ce thérapeute, s'est avérée difficile :

Le séjour des mamans toxicomanes en appartement, ça me semble très compliqué. Très compliqué. Probablement qu'ici effectivement on a insisté de prendre en charge des mamans qui avaient des problèmes psychiques manifestes et on a été débordés par ça, on a vraiment été débordés par ça. Et deuxièmement, il est probable que l'accompagnement socio-éducatif qu'on a mis en place n'a pas été opérationnel

[Question : Hum, c'est-à-dire pas suffisant ?]

Pas suffisant, pas adapté, euh, et qu'au sein même de cette institution ça a soulevé des débats, des conflits, des questions qui ne sont pas forcément... on a observé comment fonctionnaient d'autres structures, on a trouvé que les autres structures étaient extrêmement plus rigides, plus rigoureuses. C'était un cadre

[Question : Avec un contrat beaucoup plus ?]

Mais on a un contrat, le problème du contrat c'est de le faire respecter. Le problème c'est comment le faire respecter. Par exemple, il y a d'autres structures qui ne s'appellent pas appartements thérapeutiques mère-enfant mais qui accueillent des mamans avec leur enfant dans des studios, là il y a une structure à [ville], et bien ils ont des studios d'autonomie où ils ont une jeune femme et sa fille, voyez, donc et je dis pas qu'ils, mais [...]

Mais je pense que à mon avis, le problème... nous notre constat de départ, c'était, c'était celui-ci, effectivement il y a des mamans toxicomanes, euh, leur

enfant est placé parce qu'elles sont toxicomanes, ben oui, c'est tout à fait possible, donc si on leur propose des appartements avec un suivi, peut-être que leurs enfants seront pas placés, peut-être mais pas forcément.

Educateur, CSST, entretien n° 26.

Donc les choses se sont organisées autour du réseau, des expériences variées de prises en charge de ces femmes ont été tentées. En faire un bilan serait certainement très instructif mais dépassait les objectifs de cette recherche, qui explorait les relations de prise en charge entre les différents partenaires afin de comprendre la mise en œuvre des signalements.

b) Un CSST à part

Ce centre de soins spécialisé pour toxicomanes est axé sur la parentalité, donc les femmes enceintes et les parents. Il gère des appartements thérapeutiques (11) mais également des structures d'hébergement plus légères comme des chambres d'hôtels (12) et également un dispositif d'appui de soins à domicile via la PMI (DAPSA), pour des interventions de courte durée.

Donc il nous reste plus que (CSST), je sais pas si vous connaissez à (ville), (CSST) qui a des appartements thérapeutiques, qui sont spécialisés mère-enfant et avec qui on travaille. Alors au départ, même les CSST qui ont toujours eu des appartements thérapeutiques, refusaient les mères enfants par peur des conséquences, de la responsabilité, devant l'ampleur des mères enfants aujourd'hui et même des couples avec enfants, ont fini par, ils finissent par un petit peu ouvrir un ou deux appartements pour des mères mais euh, on est obligés de faire un accompagnement, un encadrement autour de...

Assistante sociale, entretien n° 3.

L'axe de travail principal dans ce centre est de favoriser les liens mère-enfant et d'organiser le maintien de ces liens dans le cas où un placement a été demandé. Le centre comporte un espace enfants où des psychologues travaillent avec les mères et les enfants, particulièrement dans les cas de relations pathogènes.

Ce centre noue des relations très étroites avec les centres hospitaliers partenaires (sur les Hauts-de-Seine ou à Paris) puisque les personnels se déplacent pour organiser la prise en charge dès la maternité :

Donc, pour ce qu'on fait à l'hôpital, ces femmes quand elles sont là, et bien pareil on leur organise éventuellement une sortie avec (CSST), donc une synthèse est faite en effet ici parce quelqu'un du (CSST) vient voir la mère, et on travaille...

[Question : Et là quand elles partent avec eux, vous faites quand même un signalement ?]

Oui, parce que le (CSST) nous le demande. Parce que le CSST ne fait pas d'hébergement, éventuellement en hôtel, mais elles peuvent aussi avoir des possibilités d'hébergement XY sur (ville) avec une prise en charge du CSST, pour la toxicomanie, enfin pour la substitution, et donc (CSST) demande.

Assistante sociale, entretien n° 2.

Ce centre, parce qu'il est spécifiquement destiné aux parents, mère ou père avec enfants, a développé un partenariat privilégié avec la PMI, mais reconnaît que les relations sont plus difficiles avec l'Aide sociale à l'enfance :

Nos partenaires privilégiés c'est la PMI. On essaye que ce soit l'ASE aussi mais là ils sont beaucoup plus institutionnellement lourds, de la même façon que à Paris si vous voulez il y a trois services d'AEMO qui se partagent [ville], ce sont des structures qui sont extrêmement hiérarchisées, très contraignantes à mobiliser en réalité. Alors on arrive à travailler avec quelques travailleurs sociaux

[Question : Individuellement ?]

Individuellement mais on arrive pas encore à structurer quelque chose, alors que la PMI, ça c'est fait vraiment très bien.

Psychiatre, CSST, entretien n° 23.

Ce centre a mis en place un réseau partenaire, de façon à aller à la rencontre des mères toxicomanes repérées par les structures « d'avant-poste » que sont les maternités ou les PMI. L'idée est d'apporter un soutien et une assistance ponctuelle à des services sur des situations difficiles demandant une expertise spécialisée, pour ensuite « s'effacer » et laisser les partenaires travailler seuls.

c) Les équipes de liaison

Les équipes de liaison sont des structures mobiles dans les hôpitaux, chargées de la prise en charge des malades usagers de drogue, quel que soit le service où se trouve hospitalisée la personne : maternité, psychiatrie, médecine générale ou lors d'une entrée par les urgences. L'idée est de décroiser la prise en charge et de décharger les soignants non expérimentés. La composition des équipes est variable selon les

services hospitaliers, généralement au moins un médecin et un infirmier, une assistante sociale voire un psychologue, si c'est un service important.

L'équipe de coordination des malades usagers de drogue (ECIMUD) est implantée sur un centre hospitalier des Hauts-de-Seine depuis 1992. Elle est composée d'un médecin interniste, d'une assistante sociale, d'une psychologue et d'une infirmière. Elle fait partie du réseau sida-toxicomanie-ville-précarité déjà décrit. L'ECIMUD est ainsi responsable des prescriptions de produits de substitution pendant le séjour hospitalier, afin de maintenir la continuité du traitement. De ce fait, toutes les femmes qui sont connues pour usage de stupéfiants ou de produits de substitution pendant leur grossesse, vont rencontrer au moins une fois l'équipe avant l'accouchement et seront suivies par elle pendant le séjour en maternité.

Chaque année, l'ECIMUD de cet hôpital prend en charge une vingtaine de femmes toxicomanes en maternité (25 en 2000, 23 en 2001, 17 en 2002, un peu plus en 2003). Sur cet ensemble, le nombre de signalements judiciaires est de 5 en 2000, 6 en 2001, ce qui représente entre le quart et le cinquième des femmes identifiées comme étant toxicomanes. La moitié de ces signalements demande une mesure en milieu ouvert. Pour mémoire, la maternité procède à environ 2 300 naissances par an environ, soit un taux de 10 ‰ de femmes toxicomanes identifiées (substituées ou non)¹²⁶.

L'équipe mobile intervenant à une autre maternité est par contre rattachée à la psychiatrie de l'hôpital Cochin et se compose d'un médecin psychiatre, d'une infirmière et d'une assistante sociale. Le flux annuel de femmes toxicomanes prises en charge par ce service est d'une vingtaine dont cinq feront l'objet d'un signalement, soit à peu près le même ordre de grandeur qu'à Louis Mourier.

¹²⁶ - Ce taux peut paraître important mais est lié à la « réputation » de cet hôpital en termes de soins aux femmes toxicomanes et à l'existence du réseau.

G- Les autres associations

Diverses associations sont susceptibles au plan local d'être partie prenante dans la prise en charge d'une femme toxicomane avec enfant. Leur intervention se fait en partenariat avec l'hôpital ou une assistante sociale en particulier, sur un mode d'interconnaissance, ou parce que le juge pour enfants peut placer l'enfant directement auprès d'une telle association.

Ensuite il y a des possibilités pour ces femmes SDF d'appartements thérapeutiques ou, alors, ou des familles d'accueil. Donc pour les appartements thérapeutiques ou les familles d'accueil on travaille directement avec les associations qui gèrent ça, donc c'est pareil c'est eux qui viennent voir les femmes et c'est eux ... nous c'est pareil on fait le travail d'étayage, éventuellement de signalement mais on travaille avec eux, avec ces associations et sinon c'est eux qui suivent les femmes, qui les suivent dès leur passage ici, je veux dire dès qu'elles sont hospitalisées, là je vous dis on a une femme qui est restée deux mois l'année dernière, elle est partie en famille d'accueil en province, à 150 kilomètres et la psychologue de la structure qui est venue la voir.

Assistante sociale, entretien n° 2.

Souvent face à l'insuffisance de structures appropriées, les intervenants expriment leur idéal d'associations susceptibles de combler les manques auprès des jeunes femmes ainsi identifiées.

Ouais ça pourrait être un interlocuteur, je sais pas, le tissu associatif ici il est quand même un peu pauvre, hein, c'est quelques associations, dans les quartiers, qui ont, qui essayent de faire des choses, mais tout de suite c'est stigmatisé comme étant pour des gens en difficulté ou des enfants en difficulté. Or, se reconnaître comme en difficulté c'est quand même pas si facile que ça, surtout quand c'est des tout petits, petits, on va pas vraiment considérer à deux mois, que c'est un enfant en difficulté. Donc c'est vrai que c'est plutôt des systèmes, des associations généralistes entre guillemets qu'il faudrait...

Médecin CHU, entretien n° 4.

Fondée sur un mode associatif, l'une de ces structures légères est susceptible d'accueillir au « pied levé » des enfants dans n'importe quelle situation (y compris gravement handicapés ou autistes), comme pourrait le faire une grand-mère. Cette structure peut être utilisée dans le cadre d'un étayage autour de la mère toxicomane, associant le centre de soins ou l'appartement thérapeutique, la PMI, etc.

Bon ben après c'est la structure qui a en charge la maman qui fait le signalement, parce que des fois ça finit comme ça. On a une situation, là je l'ai appris hier, que les trois enfants... donc c'était une dame, avec trois enfants avec un appartement thérapeutique, avec un gros travail, je sais pas si vous connaissez [association], donc un gros travail avec [association] pour accueillir les enfants, qui les prend le week-end quand la maman est pas bien et tout et tout et là le centre de soins spécialisé a fait un signalement et les trois enfants sont placés parce que la maman a complètement perdu pied.

Assistante sociale, entretien n° 3.

L'association est amenée à travailler avec à peu près tous les autres partenaires que nous avons identifiés, les centres de soins, l'hôpital, la PMI bien sûr en partenariat étroit, le juge pour enfants ou l'Aide sociale à l'enfance. Les relations sont parfois conflictuelles avec cette dernière institution, présumée vouloir combler ses propres lacunes par « l'utilisation » de la souplesse de l'association :

[Question : Et vos relations avec l'ASE ? Vous travaillez avec l'ASE ?]

Oui, oui, ah oui, oui. Certaines fois ils nous prennent, enfin il faut faire attention avec certains éducateurs ou services, ils nous prennent un peu pour un établissement, ils voudraient nous prendre pour un établissement de leur service. On est souvent euh. Enfin, ils nous situent souvent quand il y a une demande d'accueil temporaire.

Donc en urgence par exemple, on peut évaluer ou en urgence parce qu'eux n'ont pas de possibilité d'accueil en urgence, en fait tout simplement. Alors certaines fois c'est difficile, parce qu'ils font l'évaluation de l'accueil temporaire, après il y a une signature réelle de l'accueil temporaire, et pour en finir, l'enfant il reste à [association] pendant pas mal de temps, le temps de cette évaluation, après rechercher le lieu, donc, c'est pas toujours,

[Question : Donc vous servez de relais aussi à l'ASE ?]

Oui, oui, ça nous arrive. Oui, mais là on est, on dit oui, et on est... On veut quand même travailler avec eux, parce qu'il y a des situations, il faut qu'on est de bons rapports avec l'Aide sociale à l'enfance parce qu'il y a des situations de chez nous, qui un jour iront à l'Aide sociale à l'enfance ; il faut qu'on puisse ménager les rapports entre nous, et quand même maintenant je trouve y a quand même plus un travail de prévention qui est fait à l'Aide sociale à l'enfance.

Puéricultrice association, entretien n° 5.

Ainsi, ce qu'indique cette association, c'est comme nous l'ont affirmé la plupart de nos interlocuteurs, l'incapacité de l'ASE à travailler dans l'urgence ou sur du court terme, en n'acceptant par exemple que des placements d'au moins six mois, voire un an dans ses propres structures.

L'ensemble des personnes sollicitées nous ont parlé d'au moins une mesure, que ce soit une aide éducative en milieu ouvert ou un placement. Toutes les variétés de placement ont été envisagées, non plus du point de vue des textes, mais dans leurs avantages et inconvénients pour les professionnels comme pour les familles.

4) 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 nous ont montré que le juge avait 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 familial¹²⁷ 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 statut des assistantes maternelles a été profondément modifié en 1992, quel que soit leur secteur d'intervention ; celles de l'ASE en ont également bénéficié. Nous avons vu néanmoins dans la première partie que l'homogénéisation des traitements au niveau national n'existe pas. Aujourd'hui, il existe des formations à destination de ces personnels afin d'assumer un nouveau rôle qui ne doit plus se cantonner à un simple gardiennage mais doit comporter une dimension éducative.

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

¹²⁷ - Il ne s'agit pas de la famille de l'enfant ou de celle de sa mère.

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 pouponnière¹²⁸ 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...

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

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.

¹²⁸ - 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.

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 province¹²⁹.

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.

Certains interlocuteurs ont pu établir des comparaisons entre différents services de l'Aide sociale à l'enfance avec lesquels ils étaient amenés à travailler ; ce serait ainsi une spécificité des Hauts-de-Seine de choisir un séjour en pouponnière souvent long avant l'orientation vers une famille d'accueil ; par comparaison, il nous a été indiqué que la Seine-Saint-Denis privilégiait les familles d'accueil même pour de très jeunes nourrissons¹³⁰.

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

¹²⁹ - 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.

¹³⁰ - Notre sujet n'étant pas directement les modalités de prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance, nous n'avons pas approfondi ce point. Il est néanmoins intéressant de constater que sur cet autre département hébergeant pourtant des populations précarisées, l'argument de ne pas trouver de familles d'accueil ne semble pas mis en avant.

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 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 société¹³¹, 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'éducation¹³² ; 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. Quelquefois, un problème de toxicomanie est un révélateur d'une situation familiale

¹³¹ - 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.

¹³² - 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.

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 balaise là-dedans, ouais, ouais. Elle paraît conforme. Je comprends que dans une IOE¹³³ 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

¹³³ Investigation d'orientation éducative : enquête demandée par le juge des enfants aux services judiciaires.

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 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 demande¹³⁴ 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. Mais nous on a aucune vision de ce qui se passe réellement chez les tiers. Alors après, ça nous revient, soit par l'école, soit par la PMI, soit par le service social de secteur.

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 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 conseil à apporter à ce tiers digne de confiance, parce qu'effectivement il n'y a pas de

¹³⁴ Sauf si cela paraît contraire à l'intérêt de l'enfant. Nous en verrons un exemple.

réfèrent 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 structures¹³⁵. 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.

¹³⁵ - Il peut placer l'enfant, non la mère, sauf si elle est mineure.

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 ?]

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 professionnellement¹³⁶ 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.

¹³⁶ - 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.

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 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.

Une recherche sur les liens familiaux dans le contexte du sida montrent ainsi que, même si parfois les décisions sont anticipées ou s'inscrivent dans un continuum de garde de dépannage, quelquefois la garde de l'enfant échoit à une grand-mère ou une tante de manière tout à fait impromptue, dans une situation d'urgence.

Les auteurs relatent ainsi une situation où la mère était dans un centre maternel, qui alerte la grand-mère : « *On a été surpris, un matin, ils m'ont dit, Madame, il faudrait que vous veniez chercher les deux petits, ou bien nous appelons la DASS qui viendra les prendre* » (Dumaret Anne-Camille et Donati Pascale, 1999), p. 63. On peut relever ce terme de DDASS, destiné à entretenir une image négative, voire à culpabiliser cette grand-mère pour qu'elle accepte la garde de ses petits-enfants.

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 :

[Question : Oui, mais la puer va continuer quand même ?]

Oui

[Question : Il y aura une éducatrice en plus ?]

Oui, de l'ASE, qui va aider, qui va, qui aidera aussi au niveau de la prise en charge sociale. L'éducatrice peut être assistante sociale, mais c'est pas forcément l'éducatrice. Elle s'occupera de lui favoriser les aides financières, par exemple, en plus. Si l'enfant est plus grand, ils aident par exemple à faire sortir l'enfant, à l'amener dans des spectacles ou à la piscine, pour décharger les mamans, là elle est encore petite.

Médecin PMI, entretien n° 8.

Ce médecin a, semble-t-il, des difficultés à définir quel sera le rôle exact de l'éducatrice, sauf pour ce qui concerne les démarches financières.

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 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.

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.

c) Des mesures inconsistantes ?

La mission Naves-Cathala avait pu constater combien le suivi en milieu ouvert pouvait être souvent extrêmement réduit. C'est l'impression qui se dégage des dossiers judiciaires examinés ou des récits des femmes rencontrées. Sur une période de six mois, il n'y a souvent qu'une seule rencontre avec le travailleur social. De plus, la connaissance qu'ont les professionnels de ces mesures se limitent bien souvent à leur dysfonctionnement, ce qui est le cas également pour le public, auquel la presse ne rapporte que les échecs de ces mesures.

Pour la fin des années 1990, le rapport de l'IGAS sur quatre départements faisait état d'un nombre moyen de 25 à 40 mesures par éducateur, soit environ 22 familles, ce qui ne permettait pas des rencontres très fréquentes (Jacquy-Vazquez Bénédicte *et al.*, 2000).

De plus, les familles ressentent les mesures en milieu ouvert comme un prélude au placement qui n'apportait une aide qu'à l'enfant et pas à sa famille. En définitive, le placement est souvent l'aboutissement d'une série d'échecs d'autres mesures (Naves Pierre et Cathala Bruno, 2000). Cette mauvaise presse de l'AEMO parmi les familles nous est confirmée par ce professionnel :

Alors que l'AEMO, c'est pas du tout ça, parce que le juge plutôt que de prendre une mesure de placement met une AEMO justement pour éviter,
Pour éviter le placement
Pour éviter le placement et pour travailler au mieux, de façon à éviter le placement,
Mais
Mais les gens ne le perçoivent pas comme ça. C'est vrai que
Pour eux, c'est un chantage au placement, quelque part l'AEMO, c'est une menace
Oui, lorsqu'il y a des faits qui sont suffisamment graves pour justifier un placement, effectivement, c'est une menace qui pèse. Et notamment dans les familles de toxicomanes, euh, où c'est quand même très limite, la plupart du temps ils ont quand même du mal à comprendre qu'en fin de compte, l'AEMO est une mesure d'aide et qu'on est en aucun cas là pour placer absolument l'enfant,
Hum
Mais c'est, c'est très particulier, parce que les familles ont du mal à comprendre cela.

Chef de service SSE, entretien n° 43.

Néanmoins, les recherches sur l'AEMO (Durning Paul et Chrétien Jacques, 2001) donnent très rarement la parole aux familles et encore moins celles consacrées au placement.

Les dysfonctionnements de l'ASE qui nous ont été décrits peuvent également imposer des doubles mesures à la famille, par manque de personnels :

Même si c'est pas très légal, mais il y a des doubles mesures, dans un cas assez particulier où quelquefois L'Aide sociale à l'enfance demande au juge des enfants une double mesure, une mesure d'AEMO, parce qu'ils n'ont pas de référent à mettre, pour le suivi de la mesure, lorsque l'enfant est placé,
D'accord
Ce qui est une aberration, à mon sens, parce que dans le service social de l'enfance, enfin le service social de l'enfance ne fait pas le même travail auprès des familles que l'Aide sociale à l'enfance. Moi, c'est une aberration pour moi, donc ce genre de mesures, je fais le point de manière régulière avec l'aide sociale à l'enfance pour voir un peu quand est-ce qu'on arrête, par contre là où je trouve que là où la mesure d'AEMO peut s'imposer et peut avoir un sens sur une courte durée, en même temps qu'une mesure de

placement, c'est soit lorsque la mesure d'AEMO est chargée de préparer le retour de l'enfant, euh dans sa famille

Ouais

Ou bien, il vient d'y avoir un placement et la mesure d'AEMO se continue, sur une période courte de façon à faire le relais avec les services de l'ASE avec la famille pour euh, bien qu'on change de prise en charge et bien préparer les choses.

Chef de service socio-éducatif, entretien n° 43

Dans ces pratiques de l'AEMO on perçoit beaucoup mieux le continuum entre les différentes mesures, qui d'après les textes, paraissaient plutôt exclusives les unes des autres, à savoir le placement ou les mesures en milieu ouvert. On voit dans ces exemples, que l'AEMO peut se substituer ou se superposer au placement, qu'elle peut le précéder ou le suivre.

C- Les tutelles

Les tutelles ont été très peu évoquées, car elles sont souvent ignorées des soignants et ne concernent que les assistantes sociales ou l'Aide sociale à l'enfance.

Il existe trois formes de tutelle : la tutelle familiale, lorsque les deux parents sont privés de l'autorité parentale ou décédés, la tutelle sociale et la tutelle administrative des pupilles de l'Etat. Dans le cadre de ce travail, seule la seconde forme a été évoquée par nos interlocuteurs. Les données publiées sur ces mesures permettent d'estimer à environ 10 % des mineurs confiés à l'ASE, ceux concernés par de telles mesures (cf. première partie).

a) La tutelle sociale

La tutelle sociale est prévue par l'art. 433 du code civil : « si la tutelle d'un mineur reste vacante, le juge la défère au service de l'ASE ».

Comme le note le rapport du groupe de travail «Protection de l'enfance » (Naves P. *et al.*, 2003), « *Le texte ne prévoit ni conseil de famille, ni subrogé tuteur* ». De ce fait, dans ce cas précis, l'ASE exerce seule cette responsabilité.

Ainsi, lorsqu'un enfant est abandonné dans les premiers mois de sa vie, l'Aide sociale à l'enfance engage une procédure devant le tribunal d'abandon judiciaire (art. 350). Ceci permettra que l'enfant devienne adoptable. Quand l'enfant est abandonné tardivement, le fait de devenir adoptable ne lui permettra pas d'être adopté, faute de demande¹³⁷. Dans ce cas, ce cadre de l'ASE explique que la tutelle vaut mieux que d'être entretenu dans l'espoir d'une adoption très aléatoire :

La petite, je la vois une fois par an parce qu'en plus là moi j'ai la tutelle, donc euh. Parce que c'est pareil après on s'interroge lorsqu'on pose un 350 à 8-9 ans on se dit est-ce que c'est pas mieux d'avoir une tutelle à l'Aide sociale à l'enfance qu'un 350 ou qu'un enfant abandonné s'il y a pas de projet d'adoption derrière, sur quoi il se construit l'enfant ? Sur un 350 toute sa vie, hein ? Donc on préfère, dans ce cas là on s'interroge beaucoup plus sur une tutelle.

[Question : Et les effets sont différents ?]

Ben les effets sont différents, c'est-à-dire là que la décision elle relève du président du Conseil général, alors c'est vrai que par délégation au responsable du service territorial, une tutelle c'est quand même un substitut d'autorité parentale, c'est un parent qui a été absent, très longtemps, c'est une institution qui a pris le relais, c'est pas non plus un enfant abandonné. Une maman peut toujours se re-manifester dans le cadre d'une tutelle, hein, ça laisse une ouverture quand même. Là j'ai une tutelle, le gamin a 15 ans et la maman elle revient, donc, on a à travailler aussi.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

La tutelle sociale est donc un constat de la disparition des parents, mais sans en tirer les conséquences juridiques de l'abandon et donc de l'adoption. Sa

¹³⁷ - Les couples candidats à l'adoption demandent un enfant le plus jeune possible. Si l'enfant ne devient adoptable qu'à un âge avancé, ses chances d'être adopté sont très faibles.

justification est ici pour cette professionnelle, le fait que l'enfant n'aura de toute façon que très peu de chances d'être adopté et qu'il vaut mieux ne pas construire son futur sur cette hypothèse. La présentation qui est faite de cette mesure est néanmoins troublante car elle est en parfaite contradiction avec tous les arguments précédents, y compris de la même professionnelle, sur la nécessité de recourir très rapidement à la procédure d'abandon quand la mère se désintéresse de l'enfant sur des périodes de quelques mois. Ici, après 15 années de disparition, parce qu'une autre procédure a été choisie, la situation est interprétée totalement différemment : « *ce n'est pas de l'abandon* ».

b) La tutelle aux prestations familiales

Plusieurs des femmes rencontrées étaient sous tutelle, du fait de leur incapacité manifeste à gérer le budget familial. Certaines reconnaissaient leurs difficultés et concevaient cette mesure comme une aide ; d'autres, au contraire, la percevaient comme une sorte de déchéance. Ainsi Anne, qui se comparait à Martine, une toxicomane plus âgée et démente, n'arrêtait pas de répéter « *Tu te rends compte qu'ils m'ont mise sous tutelle, comme elle* », comme si elle lisait dans cette mesure son avenir chez cette autre patiente.

La tutelle aux prestations sociales est aujourd'hui encore mal identifiée, sauf par quelques acteurs spécialisés. Elle a mauvaise presse, en particulier dans le grand public : « *C'est depuis longtemps une mesure dépréciée et controversée en raison d'une image tenace de contrôle social et de normalisation des comportements familiaux. Et le tout récent débat sur la privation d'allocations familiales pour certaines familles d'enfants mineurs délinquants, n'a évidemment pas amélioré son image* » (Chauvière Michel, 1999).

Cette mesure peut être prononcée par le juge des enfants. Sur Nanterre, moins de 6 % des mesures prononcées sont des tutelles (*cf. tableau en annexe*).

Or, finalement cette mesure semble bien méconnue des acteurs de terrain dans le domaine des usages de stupéfiants, alors même que le fait de détourner les

ressources familiales pour assurer sa consommation de drogues nous a été présenté comme un risque de première importance pour les femmes toxicomanes (*cf. infra*). Un juge des enfants nous a décrit les deux cas qui selon elle, nécessitaient le recours à une telle mesure :

Voilà, c'est ça, quand les prestations familiales on a craint qu'elles soient détournées effectivement, qu'elles ne soient pas utilisées dans l'intérêt des enfants, alors soit de façon vraiment volontaire et, ouverte, le père va boire toutes les allocations familiales, ou dans votre cas, le dépenser à acheter sa drogue ou la mère, le père ou la mère, ou tout simplement que c'est une famille tellement endettée qu'il n'y a plus rien à manger à la fin du mois, donc là c'est pas forcément une grande malveillance, mais si vous voulez tout l'argent part pour les huissiers et puis il n'y a plus rien

[D'accord, oui j'ai vu, une aide à l'organisation]

Voilà et pour aider les gens à gérer leur budget, beaucoup de jeunes couples au départ assez défavorisés, qui n'ont pas trop idée de ce que c'est qu'un budget, que l'argent il faut essayer d'en mettre un petit peu de côté tous les mois, que les factures ça se paie quand elles arrivent, voilà.

Juge des enfants, entretien n°28.

A contrario, cette mesure n'est pas prise dans certains dossiers alors que les problèmes financiers vont entraîner la perte du logement. Ainsi, le compagnon de Christine est alcoolique et joue au PMU l'intégralité des revenus du couple « *quand il boit moins, il joue plus* » nous dira le médecin qui la suit. Elle travaille au noir malgré son allocation adulte handicapé pour nourrir ses enfants. Mais, très rapidement, les dettes s'accumulent. Elle devra quitter son logement et trouvera refuge chez sa grand-mère.

Le rapport de l'IGAS sur quatre départements avait souligné le faible recours aux conseillères en économie familiale dans le soutien aux familles, au profit d'une approche plus psychologique de leurs difficultés (Jacquey-Vazquez Bénédicte *et al.*, 2000).

Conclusion de la partie

Une approche au niveau départemental permet d'affiner la quantification entreprise au niveau national. Mais il n'est pas certain que les comptages soient effectués sur les mêmes bases dans les deux cas. Le Département de Paris produit, en diffusion interne, des données très détaillées sur les actions entreprises mais aussi sur les personnes concernées. Pour celui des Hauts-de-Seine, terrain principal de notre enquête, la situation est plus mitigée.

Aux côtés des deux institutions centrales du dispositif défini par les circuits détaillés au niveau national, l'ASE et la Justice, apparaissent des acteurs institutionnels ayant des rôles centraux dans le repérage des situations de danger ou de risque de danger, les maternités, la PMI, les centres de soins spécialisés pour toxicomanes et les associations, outre les services sociaux de secteur, dont le rôle est moins apparent. Les relations entre ces différents partenaires vont induire des comportements ou des pratiques qui s'éloignent parfois assez sensiblement du schéma théorique. La confusion dans les définitions retenues par chaque acteur, voire chaque professionnel, induit des pratiques souvent fort éloignées de la mise en œuvre attendue du cadre législatif. C'est d'ailleurs un débat au niveau national : le désengagement de l'Etat dans le secteur de l'enfance en danger a entraîné des disparités départementales en l'absence de directives centrales fortes (Défenseur des enfants, 2004).

Pour ce qui concerne la toxicomanie, les femmes n'ont pas bénéficié de mesures spécifiques jusqu'à ces dernières années, alors même que les âges des pratiques addictives se superposent à leur période féconde, les rendant susceptibles d'être mères pendant leur période de consommation. Le changement de regard est notable vis-à-vis des personnes dépendantes à l'héroïne, avec l'impression aussi que cette pratique appartient à une époque révolue, entre autres par la mise en place des traitements de substitution. A l'extrême, par une forme de basculement, les femmes toxicomanes cesseraient d'être perçues comme potentiellement dangereuses pour leurs enfants dès lors qu'elles seraient sous traitement de substitution. Les représentations de ces femmes comme « mauvaises mères »

restent néanmoins vivaces et vont induire des réactions en termes de signalement et de placement.

Enfin, les différentes mesures éducatives vues par les acteurs sont loin d'être aussi simples à choisir que le laisseraient supposer les textes. Les divergences d'opinion, les critères de choix, sur les unes et les autres, sont l'objet de véritables partis pris des acteurs. La question du placement chez la grand-mère maternelle en est la meilleure illustration.

Dès lors, comment vont s'opérer les choix des acteurs sur les mesures à prendre et sur la base de quels critères ? Chacun doit alors préciser quels sont les risques perçus dans une situation où une femme toxicomane est enceinte ou mère d'un jeune enfant.

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 professionnel¹³⁸ d'une part, et l'obligation de signaler de certains professionnels¹³⁹, 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 ? ».

¹³⁸ - 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.

¹³⁹ - 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.

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* » (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 périnataux chez l'enfant, ou d'être soumis à des négligences ou maltraitances. 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 potentialiser¹⁴⁰. 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.

De manière générale, notre société est de moins en moins tolérante aux risques de façon générale et à ceux pendant la grossesse en particulier, dans un climat

¹⁴⁰ - Comme des réactions chimiques en chaîne.

général de « sécurité de la grossesse¹⁴¹ ». Ce changement est récent. Alexandre Minkowski écrit que, à l'époque où il faisait ses études, « *Mes maîtres m'avaient appris que les risques de la naissance [...] étaient en quelque sorte inéluctables. Au sein de la population, ce risque relevait d'une notion que j'ai pour ma part toujours refusé d'admettre, la fatalité, génératrice de cette maladie endémique, le fatalisme* » (Minkowski Alexandre, 1987).

Les débats éthiques autour des droits du fœtus montrent la force de ce risque devenu inacceptable, comme en témoigne l'arrêt Perruche et les débats qu'il a suscités ou la tentative d'instaurer un délit d'interruption involontaire de grossesse. Notre société ne tolère plus le risque pour l'enfant à naître. De ce fait, l'intolérance vis-à-vis des comportements nocifs de la mère est de plus en plus forte, même si les pays européens n'ont pas atteint le degré des Etats-Unis ou du Canada. En Amérique du Nord, en effet, même la consommation tabagique chez une femme enceinte est devenue intolérable et elle est à l'origine d'un fort contrôle social. Des femmes sont aujourd'hui susceptibles de perdre leur droit de garde des enfants en cas de divorce sur le fait qu'elles soient fumeuses et qu'elles intoxiquent ainsi l'enfant (Condition féminine Canada, 2002).

Outre l'exposition prénatale aux substances elles-mêmes, la littérature internationale concernant les questions de négligence ou de maltraitance des enfants de parents toxicomanes évoque un certain nombre de risques. Par exemple, la nécessité pour les parents d'acquiescer des drogues illicites leur donne un mode de vie qui laisse peu de temps pour les soins aux enfants (Pilowsky Daniel J. et al., 2001). De plus, les conditions de santé des parents peuvent se détériorer, du fait de l'évolution d'une contamination par le sida ou d'autres infections et compromettre encore davantage l'attention portée aux enfants.

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

¹⁴¹ - Ainsi le plan périnatal du gouvernement de 1995 s'intitulait « Pour la sécurité de l'accouchement ».

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 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, comme nous l'avons évoqué en première partie, 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. Or, comme le note le rapport Naves, cette définition est la plus imprécise, « *ce qui démontre la fragilité des diagnostics* » (Naves P. *et al.*, 2003), p. II.18.

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. C'est difficile pour moi de vous en parler dans une globalité parce que je le lie beaucoup à l'état psychique de la personne. Ceci dit le toxique altère bien sûr l'état psychique de la personne, donc ce serait lié au produit mais ça dépend vous avez des gens qui s'alcoolisent, qui se sont toujours alcoolisés, beaucoup moyennement, et comment ils le tolèrent, comment ils peuvent tolérer aussi le manque.

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'enfant¹⁴². 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

¹⁴² Le syndrome du bébé secoué est une pathologie relativement médiatisée ces dernières années, à laquelle les puéricultrices se sont toutes référées.

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* » (Roseblum 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 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, psychologiquement, 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 ça¹⁴³. 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 Jason¹⁴⁴.

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 dimension¹⁴⁵.

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

¹⁴³ - 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.

¹⁴⁴ - Les Nouvelles d'Alsace, 14 octobre 1999 : « Nourrisson drogué ».

¹⁴⁵ - Voir par exemple les récits de vie recueillis sur le devenir des enfants placés en Seine-Saint-Denis (Legrand Caroline, 2002)

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.

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 irrépensible 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.

Comme nous l'avions évoqué, 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'accumulent 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 n'a pour le moment été défini que d'un point de vue juridique, à partir des textes qui le régissent. Il convient de rappeler qu'il 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 toxicomaniaque 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 fait est, que sur ce département, la question des femmes sans domicile est récurrente en sortie du service de maternité, en dehors de la question de la toxicomanie. A défaut de trouver une place en centre maternel ou dans un CHRS, les assistantes sociales sont contraintes de faire appel au SAMU social (le 115) pour obtenir un hébergement provisoire pour la nuit suivante. Chaque matin, la

femme se retrouve de nouveau sans solution et passe de longues heures à joindre de nouveau le SAMU social.

Cette situation est loin d'être anecdotique, puisque pour la seule ville de Paris, le rapport du SAMU social fait état de 400 femmes avec enfants sans hébergement ayant recours à ses services. Pour les femmes toxicomanes ou prostituées, la situation est également difficile. La Boutique dans le 19^{ème} arrondissement qui propose des services de bas seuil, accueille chaque année également près de 400 femmes sans domicile, toxicomanes et/ou prostituées (Garnier-Muller Annie, 2004) .

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. On a crée des liens ici et après il faut les défaire, il en reste toujours quelque chose.

Les toxicomanes sont souvent très, elles ont une fibre maternelle, elles ont un très fort sentiment maternel. Et il y a toujours quelque chose qui reste et même si l'enfant est en pouponnière ou en famille d'accueil, il y a des liens qui subsistent.

Normalement elles peuvent continuer à garder le lien.

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.

e) La clarification des situations

La débrouillardise au sein de la famille fait que bien souvent des situations *de facto* se créent qui peuvent très bien fonctionner pendant un certain temps puis à un moment donné poser des problèmes inextricables. Le recours au juge devient alors nécessaire pour dire le droit ou clarifier les droits et devoirs de chacun.

Quand les enfants sont confiés à des proches ou à un membre de la famille, les parents conservent l'autorité parentale et la totalité de leurs droits. Ils peuvent dès lors, de leur propre volonté ou non, faire obstacle à l'exercice des fonctions parentales par la personne qui en a effectivement la garde.

Sinon, oh je saute du coq à l'âne, je repense pour la première maman. Il y avait son état de santé, etc. et puis il y avait que je ne me sortais pas d'une situation, d'un imbroglio juridique, à savoir que lorsque les parents vont pas bien, il est tout à fait possible de, de confier son enfant. Disons que pour cette grand-mère, la grand-mère de cette petite, la première, et ben comme la mère avait toujours l'autorité parentale, et bien elle pouvait faire aucune action. Parce que si la mère arrivait à l'école, qu'elle était déjantée, que la grand-mère savait que sa fille allait pas, qu'elle partait à l'école chercher la fille aînée, on lui disait non, non, vous n'avez pas le droit de sortir l'enfant de l'école. Enfin, c'était très, très compliqué.

Donc, moi je m'étais renseignée à de multiples endroits, et finalement on avait fait une autorisation parentale. La fille était d'accord hein pour faire une autorisation parentale, pour confier sa fille à sa mère quand elle n'était pas en état. Et c'est passé plus ou moins bien. Mais sur de trucs complètement, c'est-

à-dire que pour inscrire la gamine en colonie de vacances, la grand-mère pouvait pas le faire, quand la mère n'était pas en état de le faire et disait mais j'en ai rien à foutre de savoir où elle passe ses vacances, elle pouvait pas partir en vacances.

Assistante sociale, entretien n° 9.

Face à de telles situations, le plus simple pour l'assistante sociale sera de faire un signalement au juge afin qu'il puisse définir les droits de chacun. En fait, finalement dans ce cas précis, une autre solution sera trouvée par l'intermédiaire d'un avocat, la grand-mère refusant le transfert de l'autorité parentale de façon permanente, afin que sa fille ne renonce pas à ses droits.

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.

Depuis la loi de 2002, les droits du père sont préservés, même lorsque la femme accouche sous X. Le père, qui souhaite reconnaître son enfant né d'une mère ayant accouché dans l'anonymat, peut le faire dans le délai de 2 mois précédant le placement de l'enfant pour adoption. Si les date et lieu d'établissement de l'acte de naissance de l'enfant ne sont pas connus, le père peut saisir le procureur de la République qui effectuera les recherches nécessaires.

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 immédiatement¹⁴⁶ 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.

[...]

Vous savez c'est dur aussi quand vous regardez tous les enfants qui sont pas adoptables, c'est donc la pouponnière pendant un an, après c'est une famille d'accueil avec changement tous les X années parce que, l'ASE estime qu'il faut pas que les familles s'attachent trop, enfin y a ce discours, que moi je suis pas d'accord mais enfin bon. Hein c'est ce qu'ils disent. Et puis après quand ils arrivent à l'âge de l'adolescence, ils vont souvent dans des foyers. Où là c'est quand même pas facile, là la vie en foyer. Moi, j'ai quelques patientes qui ont vécu comme ça et qui me disent qu'il y a beaucoup de violence, y a, c'est le plus fort qui règne, c'est une petite euh, c'est comme dans le monde carcéral, hein

[...]

Oui, c'est difficile, mais est-ce qu'il faut privilégier... Mais de toute façon l'accouchement sous X c'est quoi, le problème qu'on a avec l'accouchement sous X. 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.

¹⁴⁶ - La mère dispose néanmoins d'un délai de deux mois pour se rétracter.

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 1/2, 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. 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 ».

Le cas de Martine, tel qu'elle nous l'a exposé, est également intéressant, car elle a accouché sous X mais s'est ensuite rétractée et a reconnu sa fille. Sa motivation dans le choix de cette procédure est tout à fait particulière :

Son père en voulait pas et puis c'était pas la peine, je voulais prendre ma responsabilité. Et donc ils m'ont mise à [UMB], j'y suis restée neuf mois. Sous mandat judiciaire, le père avait 15 ans. J'ai reconnu l'enfant pendant la grossesse. Après j'ai accouché sous X, c'était [prénom] le psychologue qui me suivait.

L. était à la pouponnière, mais j'ai jamais perdu L. Ils me l'ont pas enlevée car j'étais une bonne mère mais je prenais du crack, toute la came et du crack. Ils m'enfermaient la nuit dans la chambre

[Question : Mais vous avez accouché sous X, donc vous vouliez pas le garder, si ? D'habitude quand on accouche sous X c'est pour le laisser le bébé !]

Ah non, pour pas que lui, il aille le reconnaître avant moi ! ça a rien à voir ! Parce que lui il aurait pu aller à la mairie le reconnaître avant moi

[OK]

Moi j'avais fait toutes les dispositions avec le juge, avant

[Question : Pour que le père puisse pas le reconnaître ?]

Oui, parce que lui c'était un braqueur, il avait fait Centrale¹⁴⁷ et tout.

Martine, entretien n° 29.

Son récit paraît néanmoins relativement confus, puisqu'elle indique avoir reconnu son enfant pendant la grossesse, ce qui est incompatible avec un accouchement sous X et la prémunissait contre le risque que le père la reconnaisse le premier. Mais comme nous l'avions vu dans la première partie, à l'époque de cette naissance, soit en 1994, l'accouchement sous X privait effectivement le père de toute possibilité de reconnaissance de l'enfant.

¹⁴⁷ - Le Centre Pénitentiaire...

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 mineure¹⁴⁸, 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 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

¹⁴⁸ - Cette modalité paraît bien théorique puisque par définition, la jeune femme peut accoucher sans révéler sa minorité.

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 paternante¹⁴⁹, où il pourra quand même évoluer un petit peu mieux ailleurs que dans un contexte de soins...

Assistante sociale, entretien n° 3.

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 les Hauts-de-Seine 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.

Donc on a pas l'adresse de la maman, on a l'adresse d'un hypothétique, d'un papa, papa qui n'a jamais voulu donner son nom, le bébé n'est pas reconnu ni par la maman, ni par l'un ni par l'autre, euh on n'a pas l'adresse de la mère, on a un numéro de portable où y a jamais personne derrière, un numéro de sécu qui correspond à rien, donc là qu'est-ce que vous voulez ? 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.

¹⁴⁹ - 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 ».

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.

Pour d'autres mères, ces disparitions de longue durée montrent un comportement d'évitement. A chaque étape, elles ne se donnent pas les moyens de décider d'une rencontre avec l'enfant, laissant les choses se faire en dehors d'elles :

Nous avons eu dernièrement une maman, elle est venue ici un mois avant, elle a disparu après, son premier enfant est resté à la garde de la grand-mère maternelle, le deuxième a été placé dès la maternité, elle est sortie de la maternité et après elle a disparu, il a été placé et donc après un an d'absence de la mère, c'est une procédure qui prend un an et demi,

oui

Une procédure d'abandon et elle savait que cet enfant allait être déclaré abandonné. Elle a voulu le revoir, j'appelle l'ASE et l'ASE dit il faut attendre une convocation du juge. Et justement le jour de l'audience, qu'elle allait passer, la veille, son troisième enfant qu'elle le garde, qui va très bien maintenant, tombe malade, il est hospitalisé, elle passe la nuit à l'hôpital, selon elle, et puis elle demande à l'infirmière de la réveiller pour aller à l'audience et qu'elles ont pas compris. Peut être je lui dis que le destin a décidé à votre place, mais vous avez toujours la possibilité de faire un recours, bon il faut que je lui donne cette solution, je peux pas lui cacher ce droit, mais je pense qu'au fond de soi-même elle ne voulait pas.

[Question : elle avait peur ?]

Non, elle avait vu cet enfant pendant deux-trois jours de sa vie, elle n'avait pas de lien avec lui.

Assistante sociale CSST, entretien n° 30.

Dans le même ordre d'idées, certaines ne voient pas leur enfant parce qu'elles ne trouvent pas le temps, elles déclarent « *j'ai plein de choses à faire* »... Elles restent à une maternité idéalisée, qui ne se concrétise pas par la rencontre avec leur enfant.

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 »)¹⁵⁰. 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 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).

Les données publiées par la Child Welfare League of America font quant à elles état de 30 800 enfants abandonnés dans les hôpitaux en 1998, dont 65 % positifs aux drogues, ce qui est manifestement la somme des deux types d'enfants décrits avant (Child Welfare League of America, 2001). Il semble néanmoins à la lecture des données plus détaillées que dans le cas des « boarder babies », les mères ne les ont pas abandonnés, mais que l'administration leur en a retiré provisoirement la garde.

¹⁵⁰ - 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.

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. Ce dernier aspect, en relation avec la notion de temps sera étudié dans la quatrième partie.

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. Donc, moi j'ai rencontré, donc on a mis en place un suivi avec [association], et on a été avec l'assistante sociale de [association] et moi-même [rue] à 6 heures du matin, on est prêt à tout, pour rencontrer cette euh, cette belle-sœur généreuse qui commençait à travailler à 7 heures du matin et qu'il fallait rencontrer avant. Donc on a visité l'appartement, on a vu l'appartement, on a rencontré la dame et tout ça. Une dame très, très bien, donc on lui a demandé de se mettre en rapport avec nous s'il y avait la moindre inquiétude et ça n'a pas loupé.

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 car elle était obligée, elle avait une adolescente encore à la maison, de 17 ans ou de 18 ans, qui était obligée de s'absenter des études pour garder le bébé, une fois, deux fois... ensuite il a fallu qu'elle trouve une assistante maternelle pour garder l'enfant 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,

[Question : Mais est-ce qu'on peut intervenir ?]

Si le bébé est en danger, si le fœtus est en danger, euh. Nous, ça nous est arrivé, le mois dernier d'avoir une patiente qui a été hospitalisée un mois avant le terme pour une MAP, un accouchement prématuré, donc il a fallu intervenir pour aller au domicile, pour voir si elle était bien chez elle, parce qu'on avait pas de nouvelles, pas de téléphone pour la contacter, juste pour voir si elle y était bien, pour être rassurés hein aussi, donc il fallait faire quelque chose, là c'était pour protéger l'enfant aussi, parce qu'on savait qu'elle était enceinte, hein, donc la police est intervenue chez elle, elle était chez elle, bon OK pas de problèmes, on a eu l'information bon voilà.

[C'est pas évident !]

Des situations pas évidentes. C'est au cas par cas, hein ! Là dans ce cas-là, menace d'accouchement prématuré, la patiente elle sort dans l'errance, avec en plus un concubin violent, elle avait été hospitalisée quelques mois avant pour violence conjugale, pour la protéger on l'avait hospitalisée en psychiatrie, donc on savait pas quand même sur quel pied danser, hein, il aurait pu très bien la violenter alors qu'elle était enceinte, hein, c'est aussi pour ça qu'on a fait la démarche de faire intervenir la police.

Donc c'est vrai que dans certains cas, quand il y a menaces, ou danger pour l'enfant. Si la patiente elle veut pas une césarienne, alors que le bébé il souffre, il est en souffrance fœtale, euh, qu'est-ce qu'on fait, ben si, on passe par le juge, je pense, nous on n'a jamais eu ce souci-là, mais je pense.

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.

Cette différence de traitement, selon qu'il s'agit d'un enfant légitime ou naturel, trouve des fondements historiques, les textes datant d'une époque où l'essentiel des naissances étaient légitimes. Or, actuellement en France, plus de 43 % des naissances sont des enfants naturels et cette proportion est supérieure à la moitié

pour les enfants de premier rang¹⁵¹. De ce fait, ce qui était un régime dérogatoire est devenu une démarche imposée à plus de la moitié des mères, de façon somme toute discriminatoire. C'est bien dans ce sens que l'a décrit la commission de réforme du droit de la famille présidée par Mme Dekeuwer-Defossez (1999), qui suggère d'admettre l'établissement automatique de la filiation maternelle pour toutes les femmes, ce qui renforcerait la sécurité juridique.

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.

[Question : Elles ne font pas la démarche mais elles ne disent pas le contraire non plus ?]

Non, c'est-à-dire qu'elles disent pas, j'en veux pas, elles disent je veux l'élever mais je sais pas comment je vais faire, ou pas maintenant mais pas, j'en veux pas il faut le faire adopter, jamais, j'en ai jamais rencontré une.

Toutes les adoptions que j'ai eues, c'est des adoptions consécutives à la non reconnaissance, c'est-à-dire qu'elles ne vont pas en mairie le reconnaître, et que de ce fait là, du fait de son statut, il peut être adopté. Pour qu'un enfant soit adopté, faut pas qu'il soit reconnu, faut pas qu'il y ait de lien juridique.

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 (*cf. supra*), le père ne pouvait plus reconnaître non plus l'enfant, ce qui le privait de sa paternité, comme l'a montré une affaire récente¹⁵².

¹⁵¹ Bulletin Mensuel de Statistiques n° 2, INSEE 2004.

¹⁵² 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.

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 erroné, même si elle fait bien la distinction entre les enfants reconnus ou non¹⁵³. 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 néonatal et elles n'ont plus donné suite. Et moi, là, j'ai quatre dossiers actuellement de femmes toxicomanes, d'enfants non reconnus et avec des soucis euh, justement, de consentement à l'adoption, parce que là je travaille avec les services de l'ASE, notamment pas mal avec le 92 parce que j'ai pas mal de cas sur [hôpital] où eh ben, on se pose la question, les enfants sont là, ils ont pas été reconnus mais la mère n'a pas dit qu'elle n'en voulait pas, alors

¹⁵³ Dans ces conditions, on se demande d'ailleurs comment une femme de faible niveau scolaire ou toxicomane est sensée s'y reconnaître.

on fait des recherches, des RIF, hein ce qu'on appelle des recherches dans l'intérêt des familles, on retrouve pas ces femmes, on sait pas où elles sont et on finit au bout d'un an par faire des commissions d'adoption.

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.

Donc, nous déjà on se préoccupe de l'état civil donc, euh, on voit si la reconnaissance a été faite sur le lieu de l'hôpital, donc la mairie de [ville] ou d'autres mairies ailleurs, où la mère allait, parce que souvent ce sont des femmes qui logent à l'hôtel ou n'ont pas de lieu de résidence fixe, donc on essaye de voir par rapport aux mairies, on demande des extraits d'acte de naissance, toutes les semaines, hein pour voir si la reconnaissance n'a pas été faite, et puis après si la reconnaissance n'est toujours pas faite, alors là on l'admet pupille provisoire l'enfant. Pupille provisoire, en tentant toujours d'informer la mère, parce que là j'ai un cas précis en tête, hein la mère elle était toxicomane, mais toxicomane incarcérée, on a retrouvé son lieu d'incarcération et à partir de l'hôpital, on a essayé de faire intervenir l'officier d'état civil, pour qu'il y ait une reconnaissance par la prison. Et puis en fait l'officier d'état civil, il a exigé de la mère un extrait d'acte de naissance qu'elle avait pas sur elle, donc la reconnaissance n'a pas pu se faire. Donc cet enfant est admis pupille, pupille en sachant que la mère a alors un délai de deux mois, hein, deux mois et un jour pour faire des démarches de reconnaissance sinon cet enfant après est admis pupille définitif.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

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.

Autour de ces situations de femmes qui disparaissent après l'accouchement, soit immédiatement, soit au bout de quelques jours, sans faire la démarche d'aller reconnaître l'enfant, une notion apparaît importante à souligner qui serait celle du transfert de l'enfant, hospitalisé en néonatalogie, soit du fait de sa prématurité, soit du syndrome de sevrage. Une piste intéressante paraît cette première séparation que la femme n'est pas en capacité de surmonter, ce qui entraîne sa disparition. Pour toutes les femmes accouchant prématurément, des

progrès énormes ont été réalisés afin d'éviter qu'elles se sentent exclues des soins à l'enfant ou coupables. Peu de protocoles d'accompagnement spécifique de cette période sont cependant relatés dans la littérature médicale.

Il faut également souligner que, outre les raisons liées au bien-être de l'enfant, l'impossibilité pour les services hospitaliers de maternité de conserver un nouveau-né « en attente » ou « pensionnaire » selon l'expression américaine, tient également à son statut au regard de la sécurité sociale. Cette difficulté est, semble-t-il, liée au fait que l'enfant ne dispose pas, dès la naissance, d'un numéro de sécurité sociale autonome, et n'est présent au sein de l'établissement qu'au titre de son parent¹⁵⁴. Il s'ensuit que l'enfant n'a aucune existence légale, s'il n'est pas lui-même malade et hospitalisé en néonatalogie : « *En effet les fœtus qui entrent à la maternité dans le ventre de leur mère en ressortent passagers clandestins, puisqu'ils ne sont pas administrativement reconnus en tant qu'individus* » (Szejer Myriam et Caumel-Dauphin Francine, 2001).

¹⁵⁴ - Les renseignements concernant le nouveau-né sont portés sur une feuille jointe au dossier obstétrical de la mère. Il n'a pas d'identifiant propre.



L'histoire de Christine, racontée par le médecin

Donc c'est une jeune femme, à l'époque une très jeune femme qui était contaminée, qui était, c'est une histoire un peu dramatique parce que le premier, l'homme, probablement à la source de sa contamination est mort, euh, je sais plus s'il a été tué ou si c'est une overdose, ça j'avoue que je ne sais plus, elle vous l'a raconté ?

[Réponse : Il s'est fait descendre]

Oui, c'est ça. Donc ça c'était la première chose.

Et puis ce qui s'est passé après c'est qu'elle est venue pour une demande d'ITG [interruption thérapeutique de grossesse, ndr], c'était en 1993. Alors en fait, cette demande d'ITG elle était faite en 1993 mais euh, elle a pas abouti. Attendez je dis des bêtises, parce que je confonds avec ses deux... Parce qu'elle avait un enfant, mais ça, elle a dû vous expliquer qu'elle avait un enfant qui est né et qui a été abandonné. C'est celui-là, c'est cette date-là. Cet enfant finalement, il n'y a pas eu d'interruption de grossesse, à l'époque.

Elle était très, très mélancolique, elle était suivie par un psy. Elle était dans une situation très, très précaire, parce que elle n'avait pas de logement, elle était à la rue, donc son ami venait d'être tué, donc on imagine bien, voilà. La famille de son ami ne voulait pas d'elle. Et il est noté dans le dossier par [obstétricien] « *vient pour interruption de grossesse mais attitude tellement mélancolique qu'on ne sait pas ce qu'elle souhaite vraiment* ». Alors que tout le monde était d'accord, visiblement, elle avait pris contact avec son médecin traitant, mais finalement elle est revenue après, elle était mieux, et elle était pas... Donc il a été décidé : pas d'interruption de grossesse, une hospitalisation.

Alors elle a quelqu'un de très important dans sa famille, qui est sa grand-mère. Plus que sa mère, pratiquement. En tout cas, elle était très, très importante, déjà à l'époque pendant l'hospitalisation, sa grand-mère était venue la voir pour essayer de lui soutenir le moral, parce que c'était quelqu'un de vraiment... Et c'est comme ça encore maintenant, puisqu'elle habite chez sa grand-mère.

Euh, voilà. Donc le bébé est né. [...] Euh, le bébé de toute façon, il a été placé en pouponnière.

Comme on était dans une situation difficile de toxicomanie encore active etc. et finalement nous on l'a vue. A l'époque, nous on avait des nouvelles régulièrement, mais c'était pas un suivi, et elle a rencontré cet homme quoi, son autre homme, celui d'avec lequel elle se sépare.

Donc en 98 elle a eu une autre petite fille c'est S., euh, et là, quelle vie ! Alors ce qu'elle dit c'est vrai, à partir du moment où elle a eu cet homme, elle a réussi à ne plus prendre d'héroïne. Ça, c'est vrai que c'est comme ça.

Je regardais dans le dossier, la correspondance. On a des lettres, sur ce petit garçon. Donc elle a été en foyer maternel et ça se passait pas très bien. C'était avant pardon. Le foyer maternel, c'était avant l'accouchement et à l'époque la cohabitation se passait pas bien et elle était toujours à la recherche de toxiques. Et après, c'est après que le bébé a été placé en pouponnière, il était à [pouponnière].

[Elle lit, ndr] « *J'ai peu de nouvelles de la maman, elle est venue le voir une fois au centre* ». elle était dans une toxicomanie très active. Et selon le centre, K. est décrit comme un enfant « *inquiet et impatient, c'est un enfant insécurisé puisqu'il est en effet passé en néonate, maternité, pouponnière* ». et après ça, donc elle, elle a connu ce monsieur, elle a arrêté le produit, grâce à ce monsieur, comme elle dit et elle a eu une autre petite fille, qui était S.

Alors, elle ce qu'elle dit, c'est qu'elle a essayé de maintenir le contact avec son petit. C'est-à-dire qu'elle écrivait à [pouponnière], elle écrivait. Elle envoyait du courrier qui lui revenait toujours, ou qui lui revenait pas d'ailleurs et euh, un beau jour elle a appris qu'elle était déchue des droits de mère, alors que elle avait eu déjà sa petite fille, ça c'était pas passé tout de suite. Elle m'en parlé, elle avait déjà S...



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.

En France, la personnalité juridique d'un être humain commence avec la naissance sous réserve que l'enfant soit né vivant et viable. Néanmoins, cet enfant à naître est déjà doté de droits, comme celui d'hériter de son père qui décéderait pendant la grossesse.

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 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.

Aux Etats-Unis, une pratique récurrente des services sociaux consiste à se saisir pour des enfants à naître, mais les instances judiciaires les déboutent de telles procédures, l'enfant n'étant pas encore juridiquement en danger.

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 çà c'est vu, çà 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 grossesse¹⁵⁵, 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).

Outre ces enquêtes quantitatives, cette question a été également abordée de façon empirique par entretien auprès de femmes qui n'ont pas fait suivre leur grossesse, mais elle ne concernait pas spécifiquement le cas de la toxicomanie de la mère

¹⁵⁵ - 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.

(Blondel Béatrice, 1993) ; (Goyaux Nathalie, 1996). L'absence de suivi correct de la grossesse multiplie par cinq le risque de prématurité (Blondel Béatrice, 1993). Une étude multicentrique dans une maternité de la région parisienne a mis en évidence que ces grossesses mal suivies sont surtout le fait de femmes en situation sociale précaire, très jeunes, sans couverture sociale, étrangères ou ayant un conjoint en situation irrégulière, au logement instable et sans ressources professionnelles (Lejeune Claude *et al.*, 1998). L'enquête nationale effectuée en 1995 (Wcislo M. et Blondel Béatrice, 1996) avait établi une corrélation entre le niveau de ressources de la femme et les risques périnataux (prématurité, faible poids). De même, celle de 2003 note que « *Dans le champ de la santé périnatale, les disparités sociales sont des facteurs pronostiques de prématurité, de petit poids de naissance ou de retard de croissance intra-utérine connus depuis longue date* » (Blondel Béatrice *et al.*, 2005), p.3.

Or, comme le montre la recherche de Catherine Bonnet, portant sur des femmes ayant demandé à accoucher sous le secret, le non suivi ou la découverte tardive de la grossesse peut dissimuler un déni, dont les conséquences peuvent s'avérer dramatiques, comme nous le verrons ci-après (Bonnet Catherine, 1996).

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.

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* »¹⁵⁶.

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

¹⁵⁶ - L'interrogation directe sur ce point n'était pas possible à ce moment du récit, je préférais opiner et la laisser poursuivre.

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 »¹⁵⁷, 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 inmanquablement 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, alors que... on l'attendait tous et qu'elle savait qu'elle

¹⁵⁷ - 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.

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 substitution¹⁵⁸ 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 esquive 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*

¹⁵⁸ 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'enquière pas de leur vie gynécologique (Lejeune, Simmat-Durand, 2003).

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, 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.

Une assistante sociale de maternité, dans un autre hôpital, nous a également décrit cet enchaînement, la mère en manque, sa fuite, le placement de l'enfant :

Donc moi j'ai connu, arrivée donc ici en 1988, les femmes vraiment toxico, euh, qui venaient pour accoucher, qui sortaient dès le lendemain ou dans les heures qui suivaient, donc ça j'ai vraiment connu cette phase-là, avec des femmes vraiment dans le produit et à cette époque-là de toute façon qui d'emblée nous déclenchaient des syndromes de manque très importants, que personne n'était à même de prendre en charge, c'est-à-dire que les seules personnes qui étaient référentes à ce niveau-là c'étaient les anesthésistes et c'était au bon vouloir du médecin, de prendre en charge ou de ne pas prendre en charge, donc il n'y avait absolument aucun protocole, rien de défini, sur ce, les femmes étaient tellement mal que pas interrogeables, parlaient, parce qu'elles avaient besoin du produit, donc elles restaient 24-48 heures, voyaient le service social rapidement ou pas du tout quelquefois et on se retrouvait avec les enfants ici en maternité qu'on transférait ou non selon les besoins et

qui de toute façon, ben ça finissait je dirais la plupart des cas, dans un placement, par un placement à l'Aide sociale à l'enfance, parce que les mères n'étaient pas revenues ou ne savaient même plus où était leur enfant, donc quand même des choses extrêmement dures.

Assistante sociale, maternité, entretien n° 7.

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 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 XXème 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 toxicomane la décision prise à son encontre.

Par ailleurs, un rapport de l'ODAS montre qu'en soi « *La précarisation de la société se traduit en danger pour les enfants, faute d'une meilleure adaptation des réponses* » (Observatoire National de l'action sociale décentralisée (ODAS), 1999). Ainsi, le non emploi des parents et par conséquent leur présence permanente au domicile aggrave le risque d'abus sexuels ou de maltraitances par augmentation de la durée de l'exposition à ce risque.

Pour des mouvements comme ATD Quart Monde, le placement des enfants s'inscrit dans une longue histoire des familles pauvres : « *De tous temps, les très pauvres ont dû se battre pour pouvoir vivre en famille. L'inquiétude et la souffrance engendrées par la peur du placement de leurs enfants sont inscrites dans la mémoire collective des familles très pauvres. Elles en sont traumatisées depuis des générations* », cité in (Deschamps Jean-Pierre, 2001).

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.

Cette question du logement a toujours été un argument fondateur des politiques sociales et d'ordre public ; dès la fin du XIXème siècle, on s'efforce de doter les ouvriers de logements décents, afin d'éviter les miasmes et la promiscuité. La santé et la morale sont en jeu dans ces considérations, qu'il faut, selon G. Vigarello, rattacher à « *une entreprise d'ordre* ». Il cite ainsi « *sans logement, il n'y a pas de famille ; sans famille, il n'y a pas de morale...* » (Vigarello Georges, 1993). Ces considérations semblent toujours d'actualité, tant la notion de logement décent revient dans les propos de nos interlocuteurs.

Je veux dire que quand il y a pas d'hébergement, cela se pose. C'est évident. Mais alors là bien sûr c'est le manque cruel de structures, on n'a rien, on n'a rien. Et ce qu'on a n'est pas, absolument pas satisfaisant, ne répond pas à cela. Qu'est-ce qu'on a ? Les foyers d'urgence et le SAMU social. C'est bien. Les foyers d'urgence qui sont surchargés, on arrive pas à avoir de place et en tous les cas c'est certainement pas adapté, hein ! Des gens qui doivent sortir dans la rue à 8 heures du matin et n'y rentrer que le soir. Donc, donc, hein ! Ou alors c'est le SAMU social avec tout ce que cela signifie la chambre d'hôtel, complètement isolée, qui est changée toutes les semaines. Aucun centre maternel n'accepte de prendre une femme toxicomane, hein, enfin voilà. Ce sont des critères qui sont, donc, le centre médical [de ville] et puis voilà y a que cela. Et puis faut que ce soit anticipé, et faut que ce soit, et puis voilà. Donc en tous les cas, nous cela ne concerne pas du tout du tout toutes les femmes qui peuvent arriver ici aux urgences, dans le cadre d'une grossesse non suivie, qui déboulent et qui accouchent là. Là on a rien.

[Question : Et l'ASE n'a aucune structure ?]

Non, vous savez quand on voit actuellement ce qui se passe à l'Aide sociale à l'enfance, pour obtenir des prises en charge, pour des filles mineures, qui n'ont aucun problème, je dirais, pathologiques,

Non le manque cruel de structures, nous on le vit au quotidien, au quotidien, parce que heureusement, heureusement que on a beaucoup de femmes qui vont bien, mais qui socialement vont très mal, on a rien, on a rien, on fait des sorties, on fait des sorties à la limite de la PMI, de la protection maternelle, à la limite et puis y a pas qu'ici, hein ! Je veux dire on a des réunions à l'AP, régulièrement, sur des thèmes. Je vois mes autres collègues de maternité, c'est tout le monde qui est logé à la même enseigne, les réseaux on a tous les mêmes et on a quasiment les situations, sur le nord de Paris on en a plus que [autres maternités] mais enfin, de toute façon. Voilà

[...]

Oui bien sûr, bien sûr et puis en plus ils [le SAMU social] réduisent les prises en charge. En plus, par-dessus le marché, maintenant on obtient plus de prise en charge, je dirais très longues, comme ça je veux dire, ça fragilise encore plus, parce que ce sont des femmes qui vont sortir une semaine là, une semaine ailleurs. Personne ne peut les suivre. Y a plus de référence sociale. Hein, des gens dans la nature. Dans la nature.

Assistante sociale maternité, entretien n° 7.

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 ? parce que moi, dans les missions, enfin ce que j'avais cru lire de la loi, enfin, le département devait...]

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 tabler 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 spécialisés¹⁵⁹. Pour l'un des médecins rencontrés, ce système est plutôt contre productif, eu égard à son coût et aux mauvaises conditions de logement :

¹⁵⁹ - 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.

Oui, c'est les départements. Moi je l'ai dit moult fois au département 92 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.

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).

Les problèmes de logement sont aussi des problèmes de voisinage. Lorsqu'il est avéré que la personne est toxicomane et qu'elle « profite » à ce titre d'un appartement mis à disposition par une association, les réactions peuvent être très hostiles :

Le troisième séjour s'est terminé par un placement. C'est pareil, ça nous a complètement échappé, là le troisième séjour, c'est l'environnement, euh, qui, l'environnement immédiat, qui a observé cette maman et ses trois enfants. Les gamins faisaient des toutes petites bêtises, mais ça prenait des proportions absolument gigantesques, les voisins faisaient des courriers à l'office d'HLM, enfin bon. Très concrètement les voisins disant, mais vous êtes toxicomane, vous bénéficiez d'un appartement, comment...

[Question : Et comment les voisins sont au courant qu'elle est toxicomane ?]

Ben parce que, elle s'est comportée, elle a eu des comportements de toxicomanie bien sûr, elle a invité des gens, elle s'est fait déborder, il y a eu des allers et venues, bien sûr, ça s'est greffé sur des choses, en partie objectives, après il y a eu de la jalousie, tout un tas de choses...

Educateur, CSST, entretien n°26.

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.

Tout à fait, ça il faut se demander effectivement si le juge des enfants doit être saisi parce que, est-ce que sous prétexte, c'est des problèmes sociaux plutôt, parce que si à cette maman les services sociaux sont incapables de procurer un logement, voilà, est-ce que c'est vraiment les conditions matérielles de vie qui la rendent incompétente ou est-ce que, auquel cas à mon avis c'est pas de la saisine judiciaire, du juge des enfants, parce que, moi je veux dire je suis pas là pour solutionner les problèmes sociaux, de toute façon c'est pas moi qui donnerai un logement à cette dame, bon, et puis même c'est très vicieux, parce qu'à partir du moment où vous avez placé l'enfant. On va dire ah ben cette dame elle a plus besoin d'un logement, puisque l'enfant est placé [Intervention : Puisque l'enfant est au chaud ailleurs...]

Exactement, exactement, et moi il m'est déjà arrivé de faire vraiment du forcing, enfin vraiment du forcing dans le sens de la grande passivité, enfin de refuser, je me souviens quand j'étais en province, toute une famille qui étaient tous dans un camping municipal, alors pendant que c'était l'été, ça allait, quand la mauvaise saison est arrivée, aucune commune, parce que c'était une famille de je sais pas combien d'enfants, un peu borderline, quoi des gens un peu asociaux mais personne n'en voulait, hein, aucune, vous pensez bien qu'aucun maire ne voulait loger cette fratrie un peu insupportable, hein, et on disait eh bien le juge des enfants n'a qu'à placer les enfants, vous vous rendez compte ils sont en danger à être sous la tente alors que l'hiver arrive. J'ai, mais vraiment, freiné des quatre fers pour placer ces enfants parce que je disais, mais c'est fou, ou est-ce qu'on va, je suis pas là moi pour dissimuler, les carences du politique ou, ou du social, quoi. Ça c'est sûr que c'est, mais c'est difficile aussi de faire la part des choses entre qu'est-ce qui relève de carences éducatives et qu'est-ce qui relève uniquement de problèmes sociaux.

Juge des enfants, entretien n° 28.

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).

Le rapport du Défenseur des Enfants relève également que la précarité ne saurait être en soi une indication de séparation et précise : *« Outre une éventuelle prise en charge médicale, le premier appui à fournir à ces enfants consiste à reloger leur famille »* (2004, p.124).

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. Voici l'extrait d'un dialogue au cours d'un entretien avec trois professionnelles d'une pouponnière de l'Aide sociale à l'enfance :

Chef de Service- C'est-à-dire que toutes ces mamans là, elles reconnaissent pas les raisons

Psychologue -non

Chef de Service- Qui ont conduit au placement de leur enfant, généralement, bon ben, c'est masqué par plein d'autres choses, elles en veulent à la société, aux services administratifs qui leur ont retiré leur enfant mais jamais elles sont capables d'élaborer que c'est le problème de la toxicomanie qui a fait,

Psychologue- A leur décharge, elles sont pas toujours aidées par les magistrats, qui ne mentionnent pas vraiment les raisons réelles, sur les OPP, souvent sont indiqués les problèmes sociaux, le logement, donc elles utilisent ça même si ça peut être dit pendant l'audience

Moi- Donc on leur dit c'est un problème de logement, elles trouvent un logement et elles ne comprennent pas que

Assistante sociale- L'enfant ne leur est pas remis

Psychologue-Mais ça, ça ne concerne pas uniquement les mères toxicomanes

Chef de Service- Non, on a eu d'autres situations, on peut le dire –(rires)

Moi- Ouais

Psychologue-Peut être que pour ce profil là, ça va être beaucoup plus

Chef de Service- Parce que quand on dit bien, quand on dit clairement les choses au départ, on arrive à travailler autour de ça, autrement pour nous, c'est vrai que c'est plus compliqué.

Pouponnière ASE, entretien n° 24.

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). Cela tiendrait à un rôle social tourné vers « le dedans », le domicile. Il serait ainsi plus intolérable de les laisser dehors. Leur rôle de mère serait une explication de cette protection relative, l'enfant représentant un avantage pour obtenir des aides. Elles sont de ce fait moins souvent à la rue au sens strict : *« Selon l'enquête parisienne, peu de femmes sans domicile passent la nuit dans la rue ou dans une forme d'abri précaire : lorsqu'elles dorment dans un centre d'hébergement, il s'agit plus souvent d'un centre de longue durée. La nuit précédant l'enquête, 83 % des femmes avaient dormi dans un centre d'hébergement contre 72 % des hommes ; en revanche, 1 % des femmes avaient passé la nuit dans la rue ou dans un abri précaire (tente, voiture, etc.) contre 8 % des hommes »* (p. 890).

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 domicile¹⁶⁰, 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

¹⁶⁰ - 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.

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 maghrébaine¹⁶¹, 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

¹⁶¹ - J'ai ré-écouté à plusieurs reprises cet extrait, elle dit bien maghrébaine comme féminin. J'ai donc conservé cette expression.

populations logées en « hôtels secs », suite à un appel au 115¹⁶². Il s'agit essentiellement de personnes sans 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*

¹⁶² - 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.

enfin plus ou moins, peut-être plus que moins, très enquinée 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.

Aux Etats-Unis, des données existent sur les femmes sans domicile parmi les admissions dans les programmes de traitement de la toxicomanie. En 2002, 13 % des 171 400 admissions concernent des personnes sans domicile dont un cinquième sont des femmes, dont l'âge moyen est de 35 ans (SAMSHA, 2004).

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 pénales¹⁶³. 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

¹⁶³ -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 ».

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.

Des éléments précieux à ce propos ont été exposés dans deux de nos précédentes recherches, l'une portant sur les obligations de soins aux toxicomanes et l'autre sur les grossesses sous substitution.

Dans la première recherche (Simmat-Durand Laurence et Toutain Stéphanie, 1999), concernant des toxicomanes condamnés par le tribunal correctionnel à une peine d'emprisonnement avec sursis probatoire, on peut tout d'abord constater que les femmes sont plus rarement condamnées que les hommes puisqu'elles ne représentent que 20 % de la cohorte étudiée comprenant 248 personnes condamnées. Celles qui le sont, ont un passé judiciaire extrêmement lourd, car d'une manière générale, leur probabilité d'être interpellées puis condamnées est moindre que pour les hommes. Sur l'ensemble des femmes présentes dans cette cohorte, une vingtaine ont au moins un enfant, les trois quarts étant célibataires. Certaines femmes ont plusieurs enfants. Globalement, la moitié des enfants observés sont placés, quelques femmes gardant néanmoins un contact avec leurs enfants.

Le plus souvent les histoires que l'on a pu reconstruire à partir des dossiers judiciaires (*life history* plutôt que *life story*) montrent des parcours de déchéance, aboutissant d'autant plus souvent à la mort que l'on était en pleine période de décès liés au sida, vers 1995. Voici quelques éléments de l'une de ces histoires, qui nous avait particulièrement frappées :

M. est une jeune femme de 32 ans. Elle est suivie par le comité de probation depuis 1992 (on est en 1998). Elle a eu des jumeaux d'un premier mariage puis elle se remarie et a de nouveau des jumelles qui naissent pendant son incarcération et qui seront placées en pouponnière.

Depuis sa sortie de prison, elle s'est séparée de son mari. Elle est sans domicile fixe et vit grâce au Secours Populaire et aux 950 francs d'Allocation Jeune Enfant. Elle est suivie très irrégulièrement par un CSST, elle est

séropositive et a été affectée par le virus des hépatites B et C. Elle suit un programme de substitution à l'hôpital et est suivie en psychiatrie. Elle commet des vols sous la pression de son nouvel ami, également toxicomane. Elle vit dans des squats avec une bande d'amis toxicomanes. En février 1996, elle est retrouvée morte dans le métro...

Simmat-Durand Laurence, Toutain Stéphanie, 1999, p. 87.

Dans plusieurs de ces dossiers judiciaires, comme d'ailleurs dans ceux examinés pour la présente recherche, la délinquance conduit inexorablement à la prison, dès lors qu'un engrenage des condamnations se met en place¹⁶⁴. Bien que des possibilités, faibles, d'accoucher en prison ou d'y garder un nouveau-né existent, ces épisodes se traduisent le plus souvent par une séparation des mères et des enfants. Seul un entourage familial disponible peut alors éviter le placement de l'enfant.

Mais dans tous les cas, l'article 365 du code civil prévoit, nous l'avons vu, 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.

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

¹⁶⁴ - Lorsque de nombreuses affaires viennent à jugement dans une durée courte, les peines d'emprisonnement avec sursis éventuellement prononcées se voient transformées en peines d'emprisonnement ferme, par le jeu de la récidive.

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 :

Il s'agit d'une jeune femme née en 1965, donc âgée de 31 ans au moment des faits. Elle est condamnée pour détention de stupéfiants dans une affaire passée à l'instruction où deux autres personnes sont mises en cause à 36 mois d'emprisonnement dont 31 avec sursis et mise à l'épreuve pendant 24 mois. Elle indique être célibataire, sans profession, mère d'un enfant. L'histoire familiale est marquée par la toxicomanie : sa sœur est décédée d'une overdose en mars 1994, son mari décède également d'une overdose un an après.

Elle a une enfant, autiste, qui a été placée suite à son incarcération. Elle a déjà été incarcérée à plusieurs reprises... Elle n'a pas d'emploi et vit de l'allocation adulte handicapé, des allocations familiales et d'une aide ponctuelle du comité de probation.

Elle est séropositive. Après une hospitalisation en décembre 1994, elle est prise en charge par Aides qui lui fournit un logement. Elle trouve un contrat emploi solidarité en janvier 1995 qu'elle doit abandonner du fait d'une nouvelle hospitalisation. Elle décède en avril 1995.

Simmat-Durand Laurence, Toutain Stéphanie, 1999, p. 104.

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 :

Née en 1965, cette jeune femme a juste 30 ans au moment des faits. Elle est serveuse, célibataire avec un enfant et vit chez ses parents.

Elle est ici condamnée pour vol et rébellion à 4 mois d'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve pendant trois ans. Il s'agit du vol de bouteilles d'alcool dans un supermarché et de résistance lors de l'interpellation. La victime (gardien de la paix) obtient 2 000 francs de dommages et intérêts.

Son casier judiciaire comporte six affaires antérieures à celle-ci et trois postérieures. La première remonte à 1990 (recel, usage de faux). Puis dès 1991, une affaire de détention de stupéfiants et deux d'usage. En 1991, pour les affaires de stupéfiants elle a été déchue pendant deux ans de tous droits civils et de famille.

Au niveau sanitaire, elle présente des crises d'épilepsie et une toxicomanie aux stupéfiants et aux médicaments qui remonte à 1986.[...]

Elle trouve régulièrement des petits emplois presque toujours en CDI mais pour un nombre d'heures très faible : 16 heures par semaine par exemple comme serveuse ou employée d'entretien. Cette précarité l'amène toujours à retourner vivre chez ses parents et à renouer avec le milieu de la toxicomanie dont elle subit l'influence, car elle est endettée. Elle fait plusieurs séjours en prison. Son fils est alors élevé par ses parents, ce qui est une source de conflits familiaux. A plusieurs reprises, elle est contrainte de fuir de son domicile ou de la région parisienne.

Simmat-Durand Laurence, Toutain Stéphanie, 1999, p. 104

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.

Les textes français permettent de garder un nouveau-né lors d'un séjour en prison. Cette décision dépend, en principe, de la mère seule, mais « *dans la limite de la capacité d'accueil des établissements pénitentiaires équipés pour recevoir des enfants* »¹⁶⁵. La circulaire fait état d'une cinquantaine d'enfants de moins de 18 mois dans les établissements français et recommande que toutes les solutions

¹⁶⁵ - Circulaire du Ministre de la justice sur les conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée, en date du 18 août 1999, AP 99-2296 PMJ2, NOR : JUSE9940065C.

alternatives, notamment lors de la détention provisoire, soient mises en œuvre. Deux cas sont distingués : l'incarcération d'un enfant en bas âge avec sa mère doit rester exceptionnelle, et la naissance pendant l'incarcération. Dans ce second cas, toutes les mesures alternatives doivent être envisagées, en particulier les possibilités d'accueil de l'enfant à l'extérieur, « assorties si possible de modalités souples de visites mère-enfant » (*ibid*). Cette organisation doit être trouvée en partenariat avec l'Aide sociale à l'enfance. Toujours selon cette circulaire, « Ni l'autorité judiciaire, ni l'administration pénitentiaire ne peuvent s'opposer à la décision de la mère ». Néanmoins, ce texte datant de 1999, il est probable que les cas que nous avons observés soient antérieurs, et nous n'avons pas d'éléments sur son application actuelle pour les femmes, en particulier toxicomanes, qui seraient concernées. La capacité décrite est de 66 places dans 25 établissements pour toute la France métropolitaine ou d'outre-mer.

Enfin, 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.

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 nous l'avons vu en première partie, 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 maternelle 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 schizophrènes.

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 1/2, le mari s'était séparé d'elle et elle a été, elle est partie avec son bébé, donc le bébé avait un mois 1/2, elle est restée un mois 1/2 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 pratique¹⁶⁶, 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 grossesse¹⁶⁷, 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 1/2...

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 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 :

¹⁶⁶ - Mais son secteur ne correspond qu'à un arrondissement parisien.

¹⁶⁷ -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.

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.

Educateur 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 (*cf. infra*).

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 çà 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 çà, 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 çà quoi, il me demandait si ce genre de truc m'intéressait, mais je sais pas ! Et donc, dès qu'il m'a proposé çà, et ben j'ai arrêté de le voir.

Nora, entretien n° 35.

Dans la recherche de Stéphanie Pryn 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 pères¹⁶⁸. 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. Et donc, c'est vrai que là, à ce moment-là, y a, y a un travail sur lequel on est pas forcément très, très forts. Euh, la drogue c'est ce qui unit les couples, souvent et en plus la mère a un bébé. Bon donc le bébé il prend pas forcément la place de la drogue, et en plus le bébé, pour les couples sans toxicomanie c'est déjà complexe, donc euh, la place du père, etc. donc souvent il y a une espèce de compétition pour les hommes entre...

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...

¹⁶⁸ 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.

[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 Fabrice de sortir, Fabrice, il voulait pas sortir de mon lit. Elles ont appelé la sécurité. Là, il est sorti et là elles 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. C'est en tout cas, l'opinion des personnels de cette pouponnière, construite à partir de situations qu'elles ont connues :

Psychologue - Mais ils ont pas le même profil que les femmes toxico. Une fois qu'on les voit ils sont beaucoup plus... Ils connaissent leurs limites, pour le papa de S., quand il était pas bien et ben il venait pas

Chef de Service - Exactement

Psychologue - Je crois qu'il arrivait

Assistante sociale -A gérer plus sa bonne image

Psychologue - Et quand il venait et qu'il était pas bien, il sentait que ça pouvait déborder, il restait que un quart d'heure et il partait, il n'y a jamais eu de problèmes, il a toujours essayé de maîtriser

Moi - Ils sont pas dans ce cycle de violences non plus, d'agressivité à l'égard de l'institution, si, quand même ?

Assistante sociale - Peut être qu'ils sont moins dans la rivalité, avec nous, non ?

Chef de Service - C'est peut être ça aussi, hein, parce que c'est vrai qu'on est quand même beaucoup de femmes ! (rires)

Donc il n'y a pas peut être pas ces problèmes de rivalité

Psychologue - Et puis peut être aussi que comme il y a toujours des conflits de couple, ils ont une place de père qu'ils n'auraient pas eu forcément s'ils étaient restés en relation avec madame

Assistante sociale - Tout à fait

Psychologue - Donc on les narcissisent, donc ils récupèrent un statut

Assistante sociale - Ils ont une place plus facile que s'il y avait eu, souvent il y a une fusion mère-enfant

Chef de Service - Ça les touche peut être plus.

Pouponnière ASE, entretien n° 24.

Par ailleurs, la volonté d'introduire du père ou du tiers¹⁶⁹, dans la relation entre la mère et l'enfant, fait que l'on tente de faire une place à ces pères, que certains réussissent à prendre (*cf. partie 4*).

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'accouchement¹⁷⁰, l'évaluation commence dès la période anténatale. En cas de

¹⁶⁹ - En référence aux travaux émanant de l'Aide sociale à l'enfance (de l'Espinay Geneviève et Papalardi Chantal, 1998).

¹⁷⁰ - 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

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 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 néonatal, 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.

On préfère organiser déjà en anténatal de façon à prévoir, faire le tour de la question en anténatal, euh, par exemple la puéricultrice secteur peut aller voir un petit peu le logement, aller voir tout ce qui est préparé pour le bébé, hein, bon, c'est des éléments qui peuvent être rassurants, hein quand on sait qu'il y a des choses qui sont faites.

[.../...]

[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

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).

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 transparait 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 portage¹⁷¹, 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 » :

¹⁷¹ - 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.

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 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 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 1/2 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 population¹⁷²,

¹⁷² 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

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).

recherche en pleine émergence. C'est le cas dans le monde du travail et dans des sous-populations comme les étudiants.

Voici la description de son expérience par un juge des enfants, au sujet de la transmission par les médecins libéraux :

Alors en général, j'ai assez peu de signalements des médecins en libéral. Quand j'étais en province, là j'étais en relation avec les médecins. Ça, ça remonte à il y a quelques années, qui avaient des difficultés avec le signalement, ils savaient pas comment faire, comment ne pas perdre leur client, mais quand même quand ils ont des informations de violences familiales, comment on gère ça, comment on assure le relais. Comment on peut faire le signalement sans dire que c'est soi, quoi. Donc c'est compliqué. Donc j'ai des relations avec cette association de médecins pour leur expliquer, que bon ils sont libres de faire un signalement ou pas, mais que c'est quand même un devoir qu'ils ressentent, on peut pas rester sans rien faire. Donc comment on peut essayer de travailler avec le secteur, ou la PMI quand ils sont petits. Prévenir la PMI subtilement, pour qu'ensuite la PMI fasse le signalement, c'est plus correct. Ce que je comprends, l'essentiel c'est que ça arrive, que ça ressorte. Donc voilà pour ce qui est...

Juge des enfants, entretien n° 38.

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 distanciée, 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 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'évolution¹⁷³, 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.

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 essayent 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

[Hum, hum. Et qu'est-ce qu'ils appellent des problèmes relationnels ?]

Et bien par exemple, une mère toxicomane, où il va y avoir des relations un peu fragiles avec son enfant qui vont être relevées et bien c'est le cas de la dame que nous avons évoquée, c'est éviter que leur relation ne se dégrade. Donc là elles sont entourées par des professionnels, des éducateurs, des assistantes sociales, euh, qui cadrent un petit peu les relations et puis elles

¹⁷³ - A ce propos, Donati Pascale *et al.*, 1999.

habitent avec leur enfant donc il y a une certaine autonomie. Des mères bien encadrées, bien suivies dans les centres maternels, justement c'est de là que doit émaner le signalement, donc on voit un petit peu l'intérêt de ces centres [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 répréhensible, 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. Une mère peut être tout à fait, moi j'ai vu des lettres, cette femme elle aime son enfant, c'est l'absence de lien liée à la toxicomanie, c'est la problématique toxicomane qui empêche d'avoir du lien avec son enfant, et par rapport aux centres maternels 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. La sanction applicable dans les centres en cas de non respect de ce règlement intérieur est la séparation d'avec l'enfant. Dans ce cas, elle sera brutale et non négociable : « *La perspective d'un placement de l'enfant peut être évoquée comme une menace. [...] De telles*

menaces sont rarement mises à exécution et les séparations brutales sont donc exceptionnelles. Elles sont en général motivées par le renvoi de la jeune femme pour faute jugée grave : fugue pour une jeune mineure par exemple, prise de drogue pour une résidente dans un autre centre » (Donati et al., 1999, p. 175).

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.

Cette difficulté tenant à la vie collective est relevée également pour ce qui a trait aux unités mère-bébé, l'adaptation d'une femme toxicomane à ce type de structure étant loin d'être évidente :

Ça dépend aussi à quel moment en est la maman par rapport à son propre mode d'existence, à l'investissement de sa grossesse, ce qu'elle peut faire en venant dans une collectivité. Parce qu'il ne faut pas oublier qu'ici c'est quand même une structure collective et que c'est pas forcément pour une femme qui est habituée à avoir toute sa liberté de venir dans une collectivité. Donc on peut être amené effectivement à accueillir relativement tôt au début du 2^{ème} trimestre et donc à les accompagner un petit bout de temps. Une femme toxicomane, c'est pas forcément simple, les séjours sont pas, ça coule pas tout seul, souvent c'est plus chaotique qu'un long fleuve tranquille, parfois on a des hospitalisations qui commencent pour un temps et parfois une rupture du contrat, puisqu'on fixe un contrat en début d'hospitalisation et ensuite une réadmission, comme ça jusqu'à l'accouchement, et parfois elles reviennent que pour le postnatal donc c'est vraiment à la carte, en fonction de la patiente, de son cheminement personnel, de sa pathologie, de sa motivation, de son désir, de ce qu'elle veut faire...

Cadre sage-femme, entretien n° 22.

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 Boutiques¹⁷⁴, 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.

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.

¹⁷⁴ - 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.

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 rencontre, un « flicage » pour reprendre leur expression. Les professionnels en sont bien conscients.

Les puéricultrices à domicile tiennent un dossier de suivi pour chaque situation¹⁷⁵, 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.

¹⁷⁵ 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.

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.

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 (*cf. infra* en quatrième partie).

Outre le suivi assuré par la PMI, le pédiatre de l'hôpital peut demander à revoir les enfants tous les mois après leur sortie, et ce d'autant plus s'il y a eu une prise en charge nécessitée par un syndrome de sevrage.

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 défiler » 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 prématurée, 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, dont un exemple est donné au premier chapitre. 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.

Ces structures, situées sur la commune de Paris, sont citées par nos interlocuteurs parisiens, mais ne figurent pas dans le carnet d'adresses des personnes rencontrées dans les Hauts-de-Seine. De ce fait, comme nous l'avions déjà mentionné, des situations qui peuvent paraître insurmontables pour certains professionnels, sont banalisées par d'autres, ayant une ressource adaptée à leur portée.

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. Voici les avantages qu'elle y voit :

Euh, en soi, je pense que la crèche ça peut être un outil, un moyen plutôt pour permettre à l'enfant de s'épanouir, tant auprès, auprès d'autres enfants, et se socialiser et ce peut être aussi pour la mère un moyen, pas de se décharger, mais quand même un moyen de s'enlever un poids, pas dans le sens péjoratif, mais un petit peu de se libérer.

C'est déjà quelque chose de très prenant pour une mère classique d'avoir un enfant, là c'est des personnes fragilisées et donc la crèche, donc je pense que ce peut être, même si c'est à mi-temps, quelque chose de positif tant pour la mère que pour l'enfant, euh, pour gagner, pour se libérer un peu de temps même pour elle pour faire ses démarches, pour s'investir dans d'autres domaines que le suivi de l'enfant.

Et puis aussi parce qu'un enfant, c'est quelque chose de très prenant et que ça peut donc être bénéfique pour les parents quoi, mais pas seulement pour les parents toxicomanes, quand on sent que bon ben la mère, elle est un petit peu fragile, surmenée et que c'est pas évident, la crèche ça peut être quelque chose de positif. Bon on annonce, on l'annonce dans ce sens-là, quoi, c'est pas une punition envers les parents, parce que c'est vrai qu'il y a des parents qui disent, oui je sais m'occuper de mes enfants, je dis c'est pas une punition, c'est une aide au contraire pour vous et pour l'enfant c'est juste quelque chose qui peut être bénéfique quoi. C'est vrai ça dépend comment on l'annonce et comment on le fait percevoir aux personnes aussi quoi ! c'est vrai qu'en général c'est quelque chose qui est plutôt prôné et puis il y a des crèches spécialisées, comme Enfant présent pour les mères en difficulté avec leur enfant

Hum

Et qui sont, donc qui peuvent s'adapter par rapport aux horaires, qui ont quand même des professionnels plus, euh, expérimentés pour les mères en difficulté donc qui est plutôt, avec qui on travaille pas mal, avec les mères toxicomanes.

Assistante sociale polyvalente, entretien n° 42.

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'avons 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 :

[Question : Et vos moyens, c'est quoi, vous avez des éducateurs ?]

Alors on a au niveau des équipes, on a une équipe pluridisciplinaire

D'accord

Donc une équipe se compose euh de manière générale, d'un chef de service, d'une secrétaire, on a donc une équipe de travailleurs sociaux, qui sont tous de formation, soit assistants sociaux soit éducateurs spécialisés, ça c'est la convention de travail qui l'impose

Hum, hum

Ensuite, nous avons, en tant que vacataires, on a des psychologues, un médecin psychiatre, une éducatrice scolaire.

D'accord

Et on peut avoir également une TISF

D'accord

Chef de service SSE, entretien n° 43.

Néanmoins, les statistiques nationales sur l'emploi de ces travailleuses familiales montrent que très peu de familles en bénéficient (cf. supra en première partie). 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 €. Pour le département des Hauts-de-Seine, les seules données publiées concernent le budget consacré à ces travailleuses soient 425 000 €. 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).

Dans d'autres pays, de telles communautés sont largement reconnues comme une modalité de soins à part entière des toxicomanes, dans les pays anglo-saxons, aux Etats-Unis en particulier, mais également en Italie ou en Suisse, aux côtés d'autres centres de soins de type résidentiel. Une expérience d'un accueil de la dyade mère-enfant en communauté est relatée dans la publication collective du Groupe Pompidou (2001) sur « Grossesse et toxicomanies », concernant la ville de Venise. L'aspect positif de la vie communautaire est ainsi décrite : « *Donner à nos pensionnaires la possibilité de se comparer l'une à l'autre dans la communauté, de s'identifier aux personnes qui, pendant un certain temps, acquièrent pour elles de l'importance – l'éducateur, la puéricultrice, les volontaires, mais aussi une amie ou encore la mère d'un autre enfant- leur permet de sortir de l'isolement, d'accroître leur propres compétences et de soumettre l'existence de différents modèles à une vérification. Cela leur permet aussi de ne pas sentir peser sur elles le jugement d'autrui, mais d'être incitées à*

la responsabilisation, à la valorisation d'elles-mêmes et de leur compétence à s'occuper d'un enfant » (Groupe Pompidou, 2001, p. 115).

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.

L'ensemble des 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.

Ce risque de dérapage n'a pas échappé à cette assistante sociale de secteur, consciente que l'apport de chacun a besoin d'être précisé, mais aussi que quelquefois trop de personnes interviennent. Voici une partie de son récit, concernant la prise en charge de Carole :

Elle [l'assistante sociale de l'hôpital] me reparle un petit peu de la situation en me disant que ce serait pas mal qu'on essaye de faire une synthèse, voir un petit peu qui intervient et comment on intervient, puisque dans le sens où légalement, la polyvalence de secteur a un rôle de d'accompagnement social global, c'est-à-dire qu'elle est là pour répondre à tout type de demande de tout type de personnes. A priori c'est nous qui devons avoir ce suivi social global, seulement là il y a une action spécialisée d'une association qui prend en charge la famille et là l'essentiel c'est de comprendre qui fait quoi, et

comment justement on différencie les rôles. Parce que légalement il y a des choses, mais dans les faits çà se passe autrement. Alors justement la synthèse a été faite dans ce but-là, donc là on s'aperçoit qu'il y a énormément de partenaires sur la situation, donc on a donc l'Aide sociale à l'enfance, la PMI, la polyvalence de secteur, [CSST], l'hôpital et la puéricultrice à domicile de l'hôpital. Donc çà nous fait énormément d'intervenants sur cette situation, donc on essaye un petit peu de voir tout le monde.

Assistante sociale polyvalente, entretien n° 42.

Cette réflexion a également été celle d'un chef de service organisant des AEMO, qui a aussi le sentiment que dans certains dossiers, il y a plutôt trop d'intervenants.



L'histoire de Christine, racontée par son médecin (2)

(elle lit sur le dossier) 1997, boit trois litres de vin blanc par jour, donc ça c'était, à l'époque elle avait rencontré ce monsieur et elle ne se droguait plus.

[Qui lui était alcoolique]

Qui lui était alcoolique, donc elle prend du vin blanc tous les jours. Et là, on parle pas du bébé.

On en reparle en 99. Ça correspond aussi à un moment où, non c'était après la naissance de la petite, c'était je crois les premières disputes avec son homme et lui, il buvait beaucoup et elle du coup elle était pas bien du tout, elle avait même repris un peu d'héroïne. Et il y a eu un placement temporaire pour sa petite fille, à [association] avec une OPP. Et donc ça c'était en avril 99. Et donc elle, elle avait été à l'hôtel, c'était toujours les coups, hein, et c'est sa mère qui était prête à l'accueillir avec sa fille. Elle avait très peur que sa fille soit retirée définitivement comme le premier et c'est là qu'on a reparlé de son premier enfant.

Hum

Et en mai 99, elle avait rencontré le juge pour pouvoir récupérer sa fille, elle allait la voir tous les jours à [association] ;

Et puis, ben quelques jours plus tard, elle était de nouveau avec son ami. Lui, il était aussi vu ici pour un problème d'alcool. Lui, il a eu une tentative de suivi

Hum

Ici en psychiatrie et au CMP de [ville], mais c'était très, très intermittent. Il y a eu hospitalisation et départ en postcure, et ça a été un échec, voilà.

Mais sinon, bon ça c'est pour S., donc après elle a récupéré sa fille. Mais c'est vrai que après, il y a eu de nombreux, nombreux conflits avec lui, sans arrêt ça c'est dégradé, avec des passages à l'acte, aussi sur elle. Et petit à petit, ben les limites sont tombées, quoi, c'est-à-dire que les passages à l'acte, devant l'enfant, etc. alors qu'au début il préservait un peu sa fille, donc, voilà.

Hum

[...]

En fait, elle est séparée vraiment de lui, je sais plus, tout 2001, tout 2002, ça a été vraiment difficile. C'est un médecin qui a écrit, relation sado-maso, il lui reproche de prendre du Lexomil et il achète une boîte en pharmacie. Parce que évidemment c'est toujours ça la relation entre eux, elle lui reproche de boire et lui, il lui reproche de prendre du Lexomil. Il a toujours dit, quand ça n'allait pas, moi je t'ai tirée d'affaire pour la drogue, toi tu me laisses tomber. Donc en fait, donc 2002, ça a été sans cesse des allers-retours, elle partait de la maison, elle revenait, etc.

Lui il allait de temps en temps chez l'alcoolologue et donc quand il y allait, elle revenait. Donc tout 2002, ça a été comme ça.

Donc en 2003, nous on l'a finalement hospitalisé lui aussi, d'office, il a demandé à me voir et moi j'ai dit non. Donc il a été hospitalisé et il est parti, et il attendait une postcure, donc en avril 2003, il est revenu à la maison.

Et donc, elle, quand ça n'allait pas, elle prenait du Lexomil, jusqu'à dix comprimés. Alors que quand il n'était pas là, finalement elle arrivait à gérer son problème. Donc, elle est partie en vacances, en juin 2003, et en vacances elle a arrêté le Lexomil, et dès qu'elle est revenue, donc au retour de vacances elle est repassée à trois, quatre comprimés par jour.

Bon, elle a un suivi avec le psychologue du service ici, qu'elle voit régulièrement. Euh, en août 2003, elle a fait une main courante pour

violences et menaces verbales et elle est partie chez sa mère. Elle y est restée un mois. Et son compagnon devait partir en postcure. Et moi, je vais la voir à peu près tous les quinze jours, parce qu'elle a du mal avec son Lexomil, qu'elle gère mal.

Donc elle a eu, j'ai oublié la naissance de sa dernière, donc sa fille en janvier 2003. elle est venue là. D'ailleurs,

[Elles sont reconnues par cet homme, les deux, là ?]

Oui, oui, les deux sont reconnues. Et donc en décembre 2003, elle passait devant le juge, elle a obtenu la garde des enfants, lui n'avait pas de droit de visite, euh, et en fait, finalement, ce qui a été décidé c'est qu'il les verra dans un point d'accueil. Il verra ses enfants dans le point d'accueil. Elle est partie, en plus, sous menace d'expulsion de son appartement, parce que, c'est elle qui a de l'argent et lui consomme, alors il consomme soit en alcool soit en jeu. Quand il boit moins, il joue plus. Et donc, elle a fait à plusieurs reprises des démarches de séparation, mais quand il arrêtait elle revenait et en fait les démarches de séparation se sont maintenues depuis août 2003, vraiment.

Et elle est partie de la maison, en septembre, je crois. Voilà... enfin c'est compliqué, parce qu'il ne répond pas, il laisse les enfants dehors. Et son conjoint ne parlait plus et il était violent envers elle. Euh, c'est là qu'elle est partie. On avait essayé de mettre en place avant un projet de famille d'accueil et finalement comme, ça n'allait pas assez vite et qu'il y avait des violences toujours à la maison, elle est partie et elle est allée chez sa grand-mère.

[Toujours chez sa grand-mère ?]

Oui. Et depuis elle est chez sa grand-mère. Alors l'appartement, où elle était, l'appartement était à elle, mais lui ne voulait pas quitter la maison. Et lui, alors qu'elle avait fait couper le téléphone, il a réussi à faire remettre le téléphone, donc elle devait payer ses factures. Et maintenant, bon elle va beaucoup mieux, vous l'avez vue quand ?

Moi, j'ai dû la voir en novembre, elle avait pas encore vu le juge

Donc elle était très inquiète. Donc là, elle a vu le juge, le juge a décidé de ça, ça s'est fait, ça s'est mis en place. Le problème qu'elle a, c'est que lui, il essaye par tous les moyens de la revoir, donc il a été sur son lieu de travail la revoir, donc il lui a fait pitié donc elle lui a donné un peu de sous, qu'il lui a jamais rendu bien sûr. Et donc il profite. La première fois, il a, la deuxième fois, il a menacé ses patrons, etc. Et donc finalement, le patron a été témoin, et le patron a fait une main courante, hein, tenant des propos. Ils ont été obligés de la raccompagner car il l'attendait. Et donc, euh, elle a été, donc elle a perdu son emploi à cause de lui. Elle va, donc elle fait, elle va aux visites au point rencontre et ça se passe pas très bien. Comme il s'est aperçu que finalement elle ne revenait pas, moi il m'a téléphoné pour me dire, etc., bon et puis il est revenu ici demander à ce qu'on s'occupe de lui etc. et me demandant à moi de faire un certificat médical disant qu'elle prenait des médicaments, ce que j'ai bien sûr refusé.

Et puis donc finalement, là, la dernière fois, enfin les dernières fois où ses enfants vont le voir au point rencontre, c'est un point d'accueil pardon, ça se passe très mal, parce que il s'est mise à l'injurier. A dire à S., donc c'est la plus grande, ta mère c'est une chienne, et donc la gamine elle dit qu'elle veut plus voir son père...



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 !

Et donc, on était deux sages femmes, des médecins aussi, bien entendu, on était à dire, écoutez c'est absolument atroce ce qu'on vit, je veux dire que quand en tant que sage femme on a vu ces femmes arriver, même si elles ne disaient pas qu'elles étaient toxicomanes il ne fallait pas être formé à ça pour comprendre que c'est quelque chose, et que surtout le lendemain de l'accouchement elles avaient disparu en laissant le bébé dans le berceau, parce qu'elles étaient en état de manque et qu'il fallait qu'elles partent c'était, pour moi, c'était insupportable.

Je me suis dis, il y a peut être une autre façon de faire, on a commencé à entendre parler de ce qui se faisait et effectivement il y a eu une formation, effectivement les gens y sont venus, et on s'est rendu compte qu'on n'en avait pas plus, si honnêtement, ça c'est su et on en a eu un peu plus, mais bon il me semble en tout cas que c'est mieux que bon ces femmes qui disparaissaient en nous laissant les bébés, qui étaient très agressives, et qui, qu'on mettait dans un lit à 20 heures et qui n'étaient plus dans leur lit à six heures du matin et un bébé qui était là. Et là, pour le coup, il n'y avait plus rien à faire, ce gamin partait donc après dans le circuit en placement et on sait pas du tout ce que cette mère et ces femmes sont devenues. Là je crois quand même qu'il y a eu un vrai chemin de fait.

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 réseaux¹⁷⁶ périnatalité et ARES¹⁷⁷, 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

¹⁷⁶ - L'émergence du travail en réseau se rattache essentiellement à la lutte contre le sida. Les premiers réseaux sont en effet liés à cette pathologie, puis seront élargis à la toxicomanie, du fait de la forte contamination des toxicomanes par ce virus. Différents textes les régissent donc. Le travail en réseau se base sur un partenariat actif qui va bien au-delà de la simple juxtaposition de moyens.

¹⁷⁷ - ARES est un réseau du nord des Hauts-de-Seine, il a été présenté dans la seconde partie.

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.

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.

Enfin les petits conflits je dirais. Donc ça c'était le premier, l'idée, la construction d'un réseau de partenaires extrêmement hétéroclite.

Hum

Parce que vraiment on venait d'histoires, on a pas les mêmes tutelles, pas les mêmes financements, euh, une historicité entre les milieux de la protection de l'enfance qui majoritairement est issue des sociétés philanthropiques caritatives chrétiennes du début du 20^{ème} siècle et le milieu des toxicos qui est issu, évidemment, la communication...

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, enfin sur le 92, il y a quand même eu la mise en place de postes au sein de l'Aide sociale à l'enfance de chargés de prévention, donc c'est quand même bien des professionnels de, qui étaient avant sur des mesures individuelles, qui passent sur le champ de l'approche collective autour du soutien à la parentalité et de l'insertion sociale

et professionnelle des jeunes de 16 à 25 ans. Eux ils vont aller sur un travail en prévention, sur un travail en réseau mais c'est vrai que c'est pas encore, ce qu'on met en chantier en 1998, c'est pas en quatre ans que, tout le monde s'approprie ces profils de poste et je pense qu'il faudra encore du temps. Et c'est à nous, par l'intermédiaire des chargés de prévention ben d'être plus en amont et d'être plus à l'extérieur et d'avoir une, comment dire de penser que l'Aide sociale à l'enfance peut être aussi sur le champ du soutien à la parentalité en amont d'une mesure de séparation. 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)

L'Aide sociale à l'enfance dépend du conseil général, comme cela a été montré précédemment. Chaque service territorial 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 le département des Hauts-de-Seine, 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. C'est quand même des instances où il y a des échanges constructifs, hein ! Et on essaye de renvoyer beaucoup sur le champ de la prévention, à partir des CLE, donc de développer tout un travail de l'éducatif précoce, avec la famille,

ce qu'on appelle l'AEP, hein, l'accompagnement avec des professionnels. Et mixer les professionnels qui peuvent être la PMI, l'Aide sociale à l'enfance et le secteur, ou l'Aide sociale à l'enfance et un autre partenaire, le scolaire, toute personne qui est en lien avec la famille. Je pense que c'est à partir de ces instances-là qu'on peut repérer tout ce travail en amont qu'on peut faire nous aussi avec les autres.

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.

Nous avons eu accès à une situation traitée en CLE, celle de Brigitte. La CLE s'est réunie sur demande de l'assistante sociale de l'hôpital qui a, de ce fait, rédigé une synthèse. Tous les professionnels ayant à connaître cette mère sur le secteur ont été contactés de façon à croiser les points de vue.

Etaient convoqués les membres permanents de la CLE : un cadre ASE, la directrice d'une association de service social éducatif, une puéricultrice PMI, une assistante sociale scolaire représentant l'inspection académique, un médecin scolaire, deux autres personnels ASE, outre le médecin PMI et le responsable de la vie sociale absents excusés. D'autres personnes étaient invitées : une infirmière du CMP où est suivie la mère, les assistantes sociales ASE connaissant sa situation familiale, une puéricultrice PMI suivant les enfants, l'assistante sociale scolaire de l'école des enfants. La situation est présentée par l'assistante sociale de l'hôpital qui connaît tout particulièrement Brigitte et lui a proposé cette évaluation comme une aide.

Voici le rapport social présenté par l'assistante sociale, il est un peu long puisqu'il présente un résumé des dix années au long desquelles Brigitte est suivie à l'hôpital. J'ai finalement renoncé à faire trop de coupures dans ce texte, tout en faisant complètement disparaître tous les noms ou prénoms, afin d'en préserver

la confidentialité (l'assistante sociale avait laissé les lieux et les prénoms). Je n'ai conservé que le prénom de la mère, Brigitte, que j'ai par ailleurs rencontrée.

Mademoiselle Brigitte, mère de deux enfants est connue de l'hôpital depuis 1993. Le service social la connaît depuis la naissance de l'aînée en 1994. A l'époque, Mademoiselle vivait seule, son compagnon étant décédé de mort violente pendant la grossesse.

Rapidement après sa sortie de maternité avec l'enfant, la mère de Mademoiselle nous a interpellés constatant que sa fille Brigitte était dans l'incapacité de prendre en charge le bébé au quotidien. Brigitte a été hospitalisée en service de psychiatrie puis orientée mi-juillet 94 en unité mère-enfant où elles sont restées hospitalisées jusqu'en novembre 94. A l'issue de cette hospitalisation, Brigitte a pu reprendre son emploi de caissière à mi-temps thérapeutique et l'enfant a été accueillie en crèche.

Depuis l'année 1995, Brigitte et Monsieur X se sont installés en couple. A cette époque, Monsieur était en situation irrégulière. Durant les hospitalisations de Brigitte, il était très distant et elle ne souhaitait pas que nous le rencontrions. En décembre 1998 est né leur fils. La situation de Monsieur a pu être régularisée.

Brigitte reste très attachée à l'hôpital où elle vient régulièrement et fait suivre ses enfants. Par contre, pour la psychiatrie, du fait de la sectorisation, depuis 1999 elle est prise en charge à [ville]. Elle est hospitalisée environ une fois par an, pour une période de 1 à 2 mois.

[....]

Durant toutes les périodes d'hospitalisation de Brigitte, la fille est prise en charge par sa grand-mère maternelle et le petit garçon par son père qui allait le plus souvent s'installer chez ses parents.

Ce mode de garde éclaté pour les enfants semblait convenir, du moins aux adultes, tant que le couple était en bons termes.

En 2001, Monsieur a connu une longue période d'incarcération pendant laquelle Brigitte avec le soutien ponctuel de sa mère a continué son travail à mi-temps tout en s'occupant de ses enfants. Dès la libération de Monsieur, l'état de santé de Brigitte s'est dégradé et une hospitalisation a de nouveau été nécessaire fin décembre 2001 pour six semaines. Elle a ensuite été hospitalisée du 20 au 26 mars 2002. Durant ces périodes, les relations du couple étaient très dégradées. Ils semblaient malgré tout, tous deux, rester attentif au devenir des enfants.

Devant les troubles de plus en plus fréquents de Brigitte, les inquiétudes de la grand-mère maternelle pour le quotidien et pour l'avenir des enfants, le constat fait par les enseignants des difficultés rencontrées par les enfants, il nous apparaît nécessaire de demander une IOE¹⁷⁸.

Signé l'assistante sociale.

Suite à cette concertation, la réponse indiquée par le responsable du service territorial (de l'Aide sociale à l'enfance), sous forme d'une phrase manuscrite sur le rapport est « *signalement transmis au Parquet des mineurs* », à la date du 29 mai 2002. Le juge convoque la famille le 14 juin et demande effectivement une

¹⁷⁸ - Investigation d'orientation éducative, enquête sociale et psychologique, que demande le juge des enfants quand il est saisi, voir dans la seconde partie.

enquête sociale (IOE). Le service social de l'enfance se saisit le 19 septembre et propose un rendez-vous le 27 septembre. Le rapport de l'enquête sociale est déposé le 20 décembre. L'audience est fixée au 30 janvier 2003, le père se présente, la mère a écrit pour indiquer qu'elle ne pourrait se déplacer.

Les attendus du jugement sont les suivants : « *L'enquête sociale a confirmé une grande fragilité de la situation familiale du fait de l'important conflit de couple et de l'état de santé de Madame, souvent hospitalisée en psychiatrie. La mise en place d'une mesure éducative judiciaire est nécessaire pour suivre l'évolution des mineurs dans ce contexte et vérifier que leur protection est assurée* ». Le même service social de l'enfance se voit confier la mesure d'assistance éducative en milieu ouvert pour une durée d'un an.

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,
Oui, dans les situations de famille que je suis, moi, finalement je suis pas trop frustrée parce que les familles me disent mais appelez, appelez-la comme ça vous saurez où ça en est, ils aiment bien qu'on serve encore un peu de médiateur, hein qu'on soit encore dans la médiation, mais ce qui est très frustrant c'est pour les familles que je ne vois plus. Je vois dans le cadre des urgences, alors là on fait un signalement, un enfant va très mal, on est très inquiets et puis là, plus de nouvelles.

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. Et ça je pense que c'est aussi par rapport à la relation de confiance qu'elle a instaurée avec chaque partenaire qu'elle va oser dire plus ou moins de choses, donc euh, ben c'est vrai que par exemple, il y a certaines personnes qui vont avoir certaines coordonnées téléphoniques, que d'autres n'auront pas, il y a des personnes où elle se sera confiée sur ben justement le petit ami et le fait qu'il soit en prison, il y a des personnes à qui elle se sera pas confiée sur le sujet, 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 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. Et puis, en général, c'est pas très, très méchant, mais on sent qu'il y a des choses qui ont été dites à l'un et pas à l'autre, le problème c'est que suivant les personnes, avec qui aussi, il y a plus d'affinités, qu'elle connaît plus.

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.

B- Les formes du signalement

L'interrogation que nous exprimions à nos interlocuteurs sur le placement des enfants de mère toxicomane les ont amené à essentiellement développer la question du « pourquoi » de ces signalements. La mise en œuvre concrète et la rédaction de l'écrit n'ont que peu mobilisé leur attention dans ce contexte. Quelques éléments peuvent néanmoins être présentés.

a) La mise en œuvre du signalement

Le signalement suppose que le professionnel qui saisit son supérieur hiérarchique ou l'Aide sociale à l'enfance ou la Justice préconise une mesure en réponse à la situation qu'il expose. Le premier choix s'opère entre demander un placement, c'est-à-dire évaluer qu'il y a danger, ou une mesure éducative, qui se situerait plus dans l'ordre du risque. D'un point de vue légal, nous l'avons vu, cette distinction

n'est pas exacte, puisque le juge des enfants doit être saisi en cas de danger mais a ensuite le choix d'une mesure en milieu ouvert.

✧ ***Le choix entre AEMO et placement***

Un paradoxe relevé par la plupart de nos interlocuteurs est que le choix entre le placement et le milieu ouvert, va quelquefois être guidé par les délais plutôt que par la situation elle-même. Ainsi, dans les services de maternité, la durée courte du séjour impose souvent, pour avoir agi dans ce laps de temps, de demander un placement, car cette décision sera immédiatement mise en œuvre alors que les délais de mise en place d'une mesure en milieu ouvert sont de plusieurs mois.

De ce fait, la notion d'urgence peut primer sur celle de risque et amener le choix du circuit du danger : un signalement judiciaire par fax au Procureur de la République. Cette question sera de nouveau examinée en quatrième partie sous l'angle des temporalités des mesures.

En cas de doute, l'orientation se fera plutôt sur une évaluation ou sur une mesure en milieu ouvert qui donne quelques mois pour « laisser venir ».

✧ ***Le choix de l'interlocuteur***

Les schémas étudiés en première partie ont montré que deux circuits coexistent mais également qu'ils peuvent être choisis selon que la notion d'urgence est ou non retrouvée. Ainsi, l'ASE et la Justice seront saisies directement s'il faut faire vite, tandis que la voie pluridisciplinaire de l'évaluation, par l'intermédiaire des CLE va allonger de plusieurs mois les délais et sera plutôt une mesure d'attente ou conservatoire.

Les centres de soins pour toxicomanes montrent une défiance ouverte des procédures administratives et choisissent plutôt la voie judiciaire s'ils estiment

devoir intervenir, comme la mieux à même de garantir les droits de leur patiente, la mère toxicomane.

Les services de maternité devraient saisir directement l'ASE, mais là aussi leurs mauvaises relations avec ce service les amènent à choisir la voie judiciaire. Ainsi, une des assistantes sociales nous l'explique, tout en justifiant cette façon de procéder, par la notion de danger :

[Question : Quand vous devez faire un signalement, vous le faites pas forcément judiciaire, vous passez par l'ASE directement ?]

Ah non, non. Toujours judiciaire. Car le danger est là, donc le danger, c'est le judiciaire. C'est pas, non, non. 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, euh, avec 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.

Non, le signalement, il est toujours judiciaire, alors moi, il s'en va directement au parquet des mineurs, un juge est désigné, je travaille avec le magistrat et ensuite l'ASE, l'ASE, bonjour trouvez-moi une pouponnière. Je les utilise comme ça, parce que de toute façon, voilà

[Question : c'est un colis et il faut une pouponnière ?]

Parce que de toute façon je peux travailler rien d'autre avec eux. J'ai passé mes illusions. L'Aide sociale à l'enfance c'est un service qui s'est énormément détérioré et euh, j'ai quasiment à chaque fois, on pète les plombs. Soit parce qu'ils viennent pas, soit parce qu'ils sont débordés. Certainement. Je veux dire il y a un gros gros problème structurel institutionnel à l'Aide sociale à l'enfance.

[...]

Donc, moi mes relations avec l'ASE, ben je vous dis, voilà, hein ! Elles se cantonnent à ça, euh, on trouve une pouponnière et puis, euh, ben normalement, la personne doit rester référente sur la situation. Alors là, tous les cas de figure sont possibles. Et bon, moi, je garde après des relations, pour le devenir, je rappelle la pouponnière. Mais bon, ça c'est une démarche personnelle, hein ! C'est-à-dire que nous, on a plus jamais de nouvelles si on fait pas l'effort de les joindre au téléphone, c'est fini.

Assistante sociale CHU, entretien n° 7.

Cet extrait assez long d'entretien pointe l'essentiel des problèmes qui nous ont été rapportés par toutes les autres assistantes sociales, voire les médecins de maternité, quant à la difficulté des relations avec l'ASE, amenant l'exclusion totale

de cette institution comme partenaire possible de la prise en charge. Ici, l'intervention de l'ASE n'est envisagée que dans un second temps, sur demande de la PMI, le renvoi de la maternité se faisant d'abord sur une évaluation par les services de proximité avec lesquels les relations sont à la fois bonnes et très organisées, avec une coopération formalisée souvent de très longue date.

A défaut de l'ASE, si la situation semble le nécessiter, c'est donc le parquet qui est sollicité, qui rendant une ordonnance de placement provisoire, réintroduira l'ASE comme prestataire de service, « fournir une pouponnière » pour cette assistante sociale.

b) Une concertation pluridisciplinaire ?

La décision de signalement est généralement collective, nos interlocuteurs ont tenu à nous l'expliquer, cela n'implique pas qu'elle soit forcément pluridisciplinaire au sens où l'entendent les guides de méthodologie du signalement. Souvent, sous cette appellation, les professionnels visent en fait un renvoi hiérarchique, ce qui est totalement différent.

Ainsi, dans les services de maternité, les assistantes sociales se défendent de prendre seules cette décision, bien qu'elles aient constitué le dossier, qu'elles rédigent le rapport ou le signalement et qu'elles en soient généralement seules signataires. Dans deux des services, la concertation était effective avec les médecins, qui participaient à l'élaboration du signalement, surtout s'ils pouvaient apporter des arguments médicaux, sous la forme d'un certificat.

[Le placement est toujours une décision du service, pas de l'assistante sociale.](#)

[Assistante sociale, entretien n° 2.](#)

Alors là je pourrais pas trop vous donner de précisions là dessus c'est fait par toute une équipe, c'est même pas l'assistante sociale qui prend sa décision toute seule, c'est vraiment l'équipe, avec les intervenants extérieurs aussi du réseau qui s'occupent de la patiente, hein !

Infirmière, unité de liaison, entretien n° 27.

Dans un autre service, au contraire, bien qu'elle s'en défende un peu, l'assistante sociale paraissait relativement isolée dans sa prise de décision, qu'elle voulait collective de l'équipe, ayant besoin en permanence de solliciter les médecins, qui selon elle, auraient tendance à se « défausser » de ce « sale boulot » :

Je veux dire que le rapport de signalement, ça, ça a été aussi très difficile à mettre en place et puis si on le tient pas, ça s'effiloche, c'est-à-dire que, ben oui, ben c'est le service social qui s'occupe de ça, point barre. Et, moi, maintenant, je veux que les pédiatres soient associés à cette demande, euh le service, l'obstétricien, etc. ça c'est pas toujours évident, que bon, oui, oui, oui, dans le principe et puis le moment venu, on a toujours autre chose à faire, enfin en tous les cas, on essaye de s'y tenir, que ce soit une attitude d'équipe, une attitude d'équipe, tant par rapport à ce qu'on pense, c'est-à-dire de la notion de danger et aussi par rapport à la maman.

Assistante sociale CHU, entretien n° 7.

Ici cette professionnelle évoquait ces rapports avec les mères toxicomanes qu'elle est chargée d'informer de la décision de signalement, mais elle semble laisser entendre que quelquefois, elle n'est soutenue qu'en principe par l'équipe qui, ensuite vis-à-vis de la mère tendrait à lui faire porter seule la responsabilité de cette évaluation.

A la PMI, les modalités de travail font que le renvoi se fait sur un mode hiérarchisé puisque les professionnels au contact de la famille sur le terrain font des rapports au médecin de PMI, qui a son tour va saisir l'ASE. Les services de la PMI sont également des services départementaux et reconnaissent l'ASE comme seul interlocuteur, d'autant plus sur Paris où ils n'ont la possibilité de saisir le parquet que par l'intermédiaire de la TSU, une permanence spécialisée de l'Aide sociale à l'enfance.

Dans les centres de soins pour toxicomanes, le travail se fait globalement en équipe et des séances de travail hebdomadaires sont organisées à propos des

patients. De fait, quand un signalement doit intervenir, il est fait soit par le médecin, soit par l'assistante sociale ou le psychologue, selon l'organisation du lieu, mais en reflétant une position qui se sera dégagée en équipe. Quand la femme est suivie dans le centre de soins avant la naissance, le travail se fait en collaboration avec la maternité :

Quelquefois je le fais avec la maternité, notamment avec [hôpital], on le fait en partenariat et je fais toujours quand l'enfant est à l'hôpital, je fais un complément d'information sur ce que j'ai pu observer pendant la période où elle est venue ici avant la naissance du bébé.

Assistante sociale CSST, entretien n° 30.

L'isolement face à la prise de décision est donc sans doute beaucoup moins courant que dans les services hospitaliers, du fait du cloisonnement relatif entre le médical et le social, surtout dans les CHU.

La concertation entre les services avant le signalement reste également un point problématique, du fait des « rivalités » sur la prise en charge de la mère ou de l'enfant. Ainsi, un signalement qui semblerait souhaitable à la PMI peut être contesté par le CSST qui suit la mère et la PMI accusée d'empêcher le travail avec celle-ci :

Alors en fait, ils devaient faire un signalement parce qu'ils étaient inquiets à [maternité] mais ils l'ont pas fait et la PMI a quand même fait un complément d'information, ce qui fait que moi, là, je suis en pourparlers actuellement avec le parquet pour demander, parce que le docteur [du CSST] que j'ai appelé mercredi matin, il était pas content, il m'a dit, comment, les choses vont beaucoup mieux, moi je l'ai vue aujourd'hui la maman, je l'ai vue la semaine dernière, elle va beaucoup mieux, elle est chez sa mère, tout va bien et je suis pas content qu'elles aient finalement fait un acte auprès du judiciaire parce que ça va tout faire voler en éclats mon suivi, puisque la maman semble bien accrocher maintenant et le bébé a l'air d'aller pas trop mal, d'après ce qu'ils voyaient eux, hein !, mais nous on avait perdu la trace du bébé.

[...]

On voit que la question se posait du signalement, c'était pas sûr, donc elle l'a fait quand même, mais du coup c'est pas un complément d'info, c'est un signalement. Donc moi, j'ai appelé le parquet en demandant si le Procureur, à la secrétaire, si le Procureur pouvait ne pas tenir compte de cela...

[...]

Et donc moi, je vais voir demain matin le bébé et la maman, parce qu'on l'a eue au téléphone mardi matin, elle avait une voix claire, ça allait bien et elle a promis à la puéricultrice de la consultation qu'elle venait faire peser son bébé

vendredi. Donc à partir de là, je mettrai un fax au Procureur pour dire, j'ai vu, Médecin de PMI, médecin d'arrondissement, le bébé, tout va bien, enfin si tout va bien, parce que... et comme ça on effacera ce truc-là, qui est une catastrophe au niveau de la situation.

[...]

Mais surtout la maman, elle est très susceptible et très méfiante, donc il faut marcher sur des œufs avec elle. Mais là, comme ça se passe bien et que le bébé a l'air de bien grossir quand même... et elle voit toutes les semaines le docteur [du CSST].

Médecin de PMI, entretien n° 8.

Cette situation montre les différentes étapes d'une négociation entre plusieurs protagonistes. En fait, deux médecins de PMI ont examiné la situation. La première, connaissant peu le cas et devant partir en vacances, décide par provision de faire partir un signalement au parquet car la puéricultrice n'a pas vu le bébé et que le médecin a appris par ailleurs que des analyses d'urine de la mère s'étaient révélées positives aux opiacés (information qu'elle n'aurait pas dû avoir, d'où la fureur du médecin qui suit la mère au centre de soins pour toxicomanes).

Le médecin qui est interviewée ici, elle connaît bien la situation, mais rentre de vacances et prend l'ampleur de la « catastrophe » comme elle le dit. Elle effectue des démarches au parquet pour « rattraper » la situation, mais on sent quand même sa réticence puisqu'elle émet un doute sur l'état du bébé « enfin si tout va bien ». Elle est d'accord avec le médecin du CSST pour agir auprès du parquet et retirer le signalement, à condition de pouvoir examiner elle-même l'enfant. Le parquet accepte de classer l'affaire contre deux certificats médicaux : celui du médecin de PMI et celui du médecin du CSST.

Dans ce cas, on retrouve plusieurs éléments déjà évoqués : le danger semble d'autant plus important que la personne connaît mal la famille, l'urgence liée au départ aux vacances amène à prendre des décisions fortes, le signalement au parquet, alors que la concertation aurait amené à ne rien faire, chaque professionnel défend son client, l'un la mère, l'autre le bébé.

Au niveau de la PMI, le rapport qui est rédigé par le médecin est appelé un complément d'information et ne deviendra un signalement que dans la mesure où il sera transmis à la TSU pour évaluation et transmission au parquet. Quoiqu'il en

soit, voici le contenu du complément d'information concernant la mère évoquée ci-dessus, sujet du litige entre les protagonistes :

N. est né à terme avec un poids de naissance normal à la maternité de []. La grossesse avait été suivie à la maternité [] puis à la maternité de []. A la demande de la maternité, la puéricultrice de secteur a rencontré N. et sa maman le 7 juillet, le bébé avait alors 10 jours puis le 23 juillet pour l'accompagnement de PMI et le 1^{er} août.

N. grossit bien, son regard est bien adressé et il commence à sourire. Il a actuellement un peu plus d'un mois.

Melle D. a besoin de conseils et n'hésite pas à formuler ses questions. Elle s'inquiète beaucoup des pleurs de N. Il a été convenu que Melle D. passe à la PMI une fois par semaine. Ses rencontres avec la puéricultrice de secteur ont lieu au domicile de la grand-mère paternelle de N. Le papa n'a pas été rencontré.

Melle D. ne sait pas si elle va pouvoir rester là. La chambre qu'elle occupait auparavant dans un squat dans le 12^{ème} ne semble pas offrir des conditions convenables pour un bébé. Melle D. parle d'aller vivre chez sa mère en banlieue sans pouvoir dire exactement où.

Devant les difficultés personnelles de cette maman, voir le rapport de la maternité, il nous semble que Melle D. et son bébé bénéficierait d'une aide éducative qui aiderait cette maman à structurer sa vie avec son bébé. La précarité de la situation d'hébergement qui compromet la mise en place d'un accompagnement étroit nous oriente vers le cadre judiciaire.

PMI, rapport d'information

En fait, contrairement à ce qui est indiqué sur ce rapport, le compte rendu de la maternité n'a pas été fait, ce que notera le médecin de PMI qui nous a lu ce texte. Une fois de plus, on constate que sur ce secteur le niveau de tolérance est très élevé puisque la femme dont il s'agit, vit dans un squat et est momentanément logée chez sa belle-mère, du moins pour les visites de PMI. Ces circonstances vont néanmoins amener à un rapport d'information, sollicitant un cadre judiciaire, mais rien n'a été fait dans l'urgence.

c) L'information des familles

Pour tous les professionnels rencontrés, le signalement se fait toujours en informant la famille de son existence et de sa teneur. Néanmoins, les récits des femmes comme les dossiers judiciaires ont montré que bien souvent une procédure suit son cours, à l'insu de la principale intéressée. C'est le cas

évidemment quand l'origine de l'information est l'appel au numéro vert par un voisin ou un membre de la famille qui peuvent garder l'anonymat.

Une enquête des services du Défenseur des Enfants auprès des professionnels de la petite enfance montre le changement lié à l'application de la loi de 2002 (qui ouvre les dossiers aux familles) : « *Enfin, il apparaît que lire aux parents les documents écrits qui les concernent est largement considéré comme une nouvelle pratique professionnelle* » (2004, p.129).

En milieu hospitalier, d'après nos interlocuteurs, la mère serait cependant toujours informée de la décision de signalement :

On le signifie à la personne, ça, tout rapport de signalement est envoyé avec, je dirais pas forcément le consentement, mais je veux dire l'information est donnée et nous, bon, je veux dire, quand je fais un rapport au parquet des mineurs, je le signifie bien sûr à la maman et je lui dis qu'elle va être reçue et qu'elle va en discuter effectivement avec le juge, que l'équipe, hein...

Assistante sociale CHU, entretien n° 7.

Cette professionnelle se situe déjà dans le monde judiciaire avec son langage propre, car le fait de signifier à la personne est exactement le terme qui est retenu par exemple par un huissier de justice quand il doit transmettre la décision du juge à la personne concernée. Le contraste est évident avec cette autre assistante sociale, dans un autre hôpital, qui manifeste une bien plus grande empathie avec les mères dont il s'agit :

Quand on fait une demande d'AEMO, on la travaille, on en parle avec la famille, on dit ce que ça veut dire, on dit ce que cela implique, pour elle aussi, euh, c'est pas on fait une AEMO point barre et puis vous verrez un jour, il va y avoir quelque chose, même si c'est pas tout de suite, on leur dit ce que cela implique, on leur explique le travail qui va être fait avec eux, donc cela veut dire aussi qu'elles sont, elles savent déjà, elles sont pas surprises, elles savent aussi que...

Assistante sociale CHU, entretien n° 2.

Alors que la plupart des assistantes sociales ont indiqué « donner connaissance » du contenu à la famille, ou lire leur rapport, dans un centre de soins, il est question de l'écrit :

Et puis toujours on leur montre ce qu'on a écrit, c'est jamais quelque chose... Et on essaye toujours de travailler ça, travailler le placement, qu'est-ce qu'un placement, parce qu'un placement c'est toujours une période, c'est jamais définitif. Et peut être que cela lui donne à elle le temps de se faire soigner, ou vraiment d'avoir des conditions de s'occuper de son enfant. Si on peut préparer, ça se passe bien.

Assistante sociale, CSST, entretien n° 30.

Enfin, pour une autre équipe, il est non seulement question de lire le rapport mais également d'accompagner la femme lors de la rencontre avec le juge :

Mais si on lui lit la lettre au juge, il est évident qu'elle connaîtra les raisons, c'est-à-dire toutes ses incapacités actuelles pour assumer la prise en charge de l'enfant, tout ça c'est dit dans la lettre, donc elle peut pas passer outre et elle, elle, ça lui permet de réfléchir, peut être que sur le court terme elle sera agressive, sur la défensive, mais elle va réfléchir, et puis c'est fait de façon pour, on dit les choses sereinement, on essaye toujours déjà au départ de la prise en charge d'avoir une relation de confiance, il faut avoir un climat de confiance, de façon à pouvoir être entendu et de façon authentique, hein, ça se passe pas à tous les, à chaque fois bien, hein, des fois c'est difficile, mais en tout cas, euh, c'est euh toujours de façon authentique que sont dites les choses, il y a de la transparence, hein, c'est clair hein. Et l'assistante sociale de mon équipe, elle, elle accompagne, quand il y a, quand il y a un placement, en fait j'en reviens au placement parce que ça me revient, c'est elle qui accompagne la patiente chez le juge, quand il y a une convocation au juge, hein !

Infirmière unité de liaison, entretien n° 27.

Dans le cas de la PMI, qui d'une certaine façon a moins de moyens de pression sur la mère, la crainte exprimée est que celle-ci disparaisse s'il est question de faire un signalement.

Donc, j'ai appelé [médecin], on a fait une synthèse, avec toutes nos équipes, on est venu le voir à [hôpital] quand c'était pas encore fermé, et là, donc j'allais faire le signalement, il était presque prêt. Et [médecin] m'a demandé de pas le faire. Alors bien sûr, la maman à ce moment-là, quand elle a su que je voulais faire un signalement, elle est plus du tout venue me voir en PMI, mais [médecin] a pu la récupérer...

Médecin PMI, entretien n° 8.

Cette information des familles qui est présentée comme systématique par les professionnels rencontrés, est au contraire mise au doute par les femmes, qui ont mentionné avoir « découvert » souvent fortuitement ou avec retard qu'une

procédure avait suivi son cours sans que quiconque ait pris la peine de les en prévenir. C'était le cas pour Zohra qui, après avoir demandé elle-même auprès de la PMI une garde temporaire de ses enfants, est confrontée à un signalement judiciaire suite à une plainte des voisins.

Mais comme souvent ces mères disparaissent, parfois sur de longues durées, la difficulté est certaine pour les services de les informer des décisions qui sont prises, de fait en leur absence :

Mais en même temps ne parvenant pas à mettre en place, alors à un certain moment, nous dans le cadre du placement, on est obligé d'enclencher des choses, et donc du coup ça va induire ensuite et ben, de l'incompréhension de la part des parents. Parce que le discours c'est mais si vous avez toujours votre place en tant que parent, mais dans la réalité on met en place des choses sans pouvoir recueillir leur avis, parce qu'on sait pas où ils sont, c'est compliqué ça parce qu'ils nous renvoient ça à nous, alors bien évidemment on peut leur dire mais on a pas de nouvelles, donc c'est pas simple, ils nous renvoient des choses justes mais en même temps ils font tout aussi pour qu'on puisse pas être en position d'accompagnement avec eux, enfin c'est compliqué, c'est complexe.

Educatrice spécialisée ASE, entretien n° 13.

Certains services utilisent des lettres-types pour s'adresser à la famille, sur un mode administratif. Il est à noter la confusion entre les appellations des différents services, source de difficultés sans doute pour les familles. Ainsi, les services mandatés par les juges pour faire les enquêtes sociales ou assurer les mesures en milieu ouvert, qui sont associatifs, portent comme dénomination commune « service social de l'enfance » ou SSE. Celui que nous avons visité sur Paris, ne comporte que cette dénomination sur la plaque donnant sur la rue. Or, ces services sont parfaitement distincts de ceux de l'Aide sociale à l'enfance, mais la proximité des deux dénominations est troublante et sans doute source de confusion supplémentaire.

Voici un exemple de lettre adressée à une famille par un SSE. Il s'agit d'un « canevas » dactylographié, dans lequel des blancs sont complétés à la main. Le nom des destinataires ne figure pas sur ce document, mais seulement sur l'enveloppe.

Coordonnées du service à gauche, à droite date manuscrite

Madame, Monsieur,

M. [manuscrit nom du juge], Juge des enfants auprès du Tribunal de Grande Instance de [ville], a mandaté notre service pour effectuer une enquête sociale concernant : [prénoms des enfants manuscrits]. Je suis chargé(e) de cette mission. Il est donc nécessaire que nous nous rencontrions. Je vous propose un rendez-vous : [date manuscrite]. Au cas où cette date ne vous conviendrait pas, voulez-vous m'en avertir au plus tôt, nous conviendrons d'une autre date. Recevez, M.[adame, manuscrit], nos meilleures salutations. [pas de signature, pas de nom de l'interlocuteur].

Cette lettre est assez démonstrative des progrès qu'il reste à faire dans les relations entre ces services et les familles concernées par les mesures. Les procédures automatisées n'expliquent pas tout, puisque les décisions judiciaires que nous avons pu lire sont au moins précises sur les personnes dont il s'agit et les références des affaires. Ici, il n'en est rien, sans doute parce que manifestement la gestion reste manuelle, sans traitement de texte. La personne qui indique être en charge du dossier ne se présente pas, il n'est mentionné nulle part son nom ou le numéro de téléphone de sa ligne directe. Si les parents veulent changer ce rendez-vous, ils ne disposent que du numéro d'un standard.

d) L'écrit et la parole

Les formes de l'écrit rencontrées dans les signalements lus par les professionnels du social ou rencontrés dans les dossiers judiciaires sont très variées et amènent donc à se pencher un peu plus sur les guides méthodologiques rédigés à l'attention de ces personnels. En effet, ce que doit être un signalement est amplement décrit, mais en est-il ainsi de la forme ou du contenu de ces transmissions ?

Le rapport 2004 du Défenseur des Enfants relève que les professionnels du secteur social ne sont pas suffisamment formés à la rédaction des écrits qui engagent les décisions prises à l'égard des familles. De plus, la loi de 2002 qui permet aux familles de prendre connaissance des dossiers les concernant reste peu connue des professionnels, qui d'ailleurs manifestent un véritable malaise

quant à cette question d'une lecture possible de leurs écrits par les familles, dont ils craignent une éventuelle réaction (Défenseur des Enfants, 2004).

Le guide du Ministère de la Justice comporte en annexe une fiche-type d'un signalement listant tous les éléments indispensables à fournir et s'attachant à particulièrement bien définir l'origine et les sources des éléments indiqués. Il est ainsi indiqué « *afin de lever toute ambiguïté pour le destinataire, la source de toutes les informations suivantes doit être précisée* » (Ministère de la justice, 2003, p. 74). La fiche comporte des données relatives aux enfants concernés (âge, identité, lieu d'accueil ou de scolarité) et des données relatives à la famille (état-civil, renseignements administratifs, situation financière, conditions de logement). Enfin doit également figurer la liste des actions déjà menées ou une évaluation de la situation. Ce guide ne fournit pas de modèle de signalement, sauf pour ce qui concerne le signalement par une école ou un établissement scolaire, un modèle préparé par le Ministère délégué à l'enseignement scolaire est reproduit.

Les écrits internes des services et ceux finalement destinés à « remonter » sous forme de rapports ou de signalements sont très différents, tant dans le fond que la forme. Ainsi, vers l'extérieur, il y a des tentatives pour rester objectif et n'utiliser qu'un vocabulaire en rapport avec des faits ou des observations. Au contraire, les dossiers à usage interne comportent des éléments sur l'impression voire les sentiments de la personne qui les remplit. Voici un extrait d'un dossier rempli par un médecin de PMI, à propos d'un enfant suivi sur plusieurs années :

Interventions :

5.5.99 : accouchement maternité PN [poids de naissance, ndr]=3120
SSNN [syndrome de sevrage du nouveau-né, ndr] + souffrance fœtale
Trémulations du bébé → signalement
Urines maternelles + cannabis, + barbituriques
A beaucoup inquiété la maternité par son comportement difficile et peu coopérant, révoltée, refuse qu'on la touche
Mère a inquiété par son incohérence
Sein ou allaitement malgré ?
Psychologue, Mme du centre maternel est venue la voir

Composition de la famille :

Mère sénégalaise, placée en famille d'accueil (mesure judiciaire) dans son enfance. Marginalisée, nature opposante, 19 ans

Père camerounais, voulait reconnaître l'enfant mais ne l'a pas fait, reconduit à la frontière.

[association qui suit l'enfant] :

suivie par puéricultrice de secteur, (musique ++ gênant l'enfant)

rappports difficiles avec les autres mères

entrée en crèche à 4 mois

période d'adaptation malaisée et discontinue, beaucoup de régurgitations du bébé, un peu forcé

Directrice très très inquiète

Rappports de la mère avec l'équipe difficiles (alternance affrontement/sédution)

Beaucoup de discontinuité maternelle dans la relation mère/enfant, mais mère affectueuse mais craintive à la fusion

Difficultés de séparation (L. est souvent très agité une heure après le départ de sa mère) et le prend sans ménagement dans les bras lors des retrouvailles « bisous » sur la bouche. A besoin de la relation exclusive avec l'adulte. Pas de différenciation douleur/plaisir. Instabilité de l'enfant (démonstrations amicales puis décharges agressives, difficultés à le contenir et évitement des autres en retour). Enfant agité, parfois violent dans la collectivité. Retard de langage, longtemps inintelligible, qui a beaucoup inquiété.

Plus calme chez l'assistante maternelle

Dossier PMI.

Les termes « inquiet » ou « inquiétude » reviennent à quatre reprises dans la totalité de ce dossier.

Dans certains rapports, la toxicomanie de la mère et les conséquences qu'elle a sur l'enfant, peuvent être mises en valeur, de façon à influencer la lecture du juge qui en est destinataire. Voici un exemple :

R. est un enfant qui est né en état de mort apparente. Il a été sevré à neuf jours en raison d'un syndrome de manque lié à la toxicomanie de sa mère et présente des séquelles neurologiques : hémiplégie gauche avec infirmité franche des membres inférieurs et un mauvais positionnement des bras. Il est suivi à l'hôpital à [ville] et bénéficie de soins : port d'attelles la nuit et séances de kinésithérapie. Madame est très culpabilisée par la situation de son fils et se montre attentive à ses questions et ses réactions.

Rapport social, dossier d'assistance éducative.

Il est à noter ici que la façon dont l'assistante sociale rapporte les faits, implique un lien direct entre le syndrome de manque de l'enfant et son état de santé. Or les conséquences décrites sont plus vraisemblablement liées aux conditions d'accouchement, à la prématurité ou à l'anoxie (privation d'oxygène). Sa

conclusion sur la culpabilité de la mère renforce le lien de causalité entre la toxicomanie de celle-ci et les séquelles sur le nouveau-né.

Cette question est évoquée par une sage-femme qui manifeste que c'est un véritable problème :

C'est pas simple, c'est vrai que nous dans les exemples en tout cas que l'on a, on essaye vraiment dans les réunions de synthèse d'être (elle souffle) alors est-ce qu'on peut être réellement objectifs ? d'essayer d'être le plus honnête possible dans ce qu'on dit, dans les rapports et comme vous dites le but c'est pas d'obtenir, zéro, euh zéro placement.

[Mais de toute façon ce sera pas faisable]

Ce sera pas possible. Mais après nous on dit qu'on passe la main, donc c'est plus, c'est plus de notre ressort, à chacun son boulot, c'est à la justice après qui va donc euh décider, mettre en place pour ce gamin.

Mais c'est vrai qu'en tout cas, il y a toujours signalement, et c'est vrai que dans certains cas, quand vraiment on se dit que c'est pas possible, que ce sera trop dangereux, ou que les antécédents dans la famille, donc quand elle vous dit que de toute façon les deux premiers sont placés, etc. on voit pas très bien comment ça pourrait s'arranger pour le troisième. Enfin bon, c'est vrai qu'on essaye toujours quand même de laisser toujours une petite porte ouverte sur quelque chose de possible, qui serait un peu d'espoir pour ces femmes, si on a l'impression en tout cas, qu'il y a eu une vraie démarche et un vrai changement.

Cadre sage-femme, entretien n° 16.

A plusieurs reprises au cours de l'entretien, cette sage-femme indiquera qu'ensuite la décision ne les concerne plus, que c'est le juge qui prend en charge et qui décide, car dans son esprit, le travail de chacun est délimité et qu'il serait vain d'essayer de maîtriser l'ensemble du processus. En cela, on voit qu'il n'y a pas d'itinéraires imaginés pour ces femmes au moment de la prise en charge.

La parole s'ajoute généralement à l'écrit, en particulier dans la partie judiciaire du processus, mais pas uniquement. Ainsi, les assistantes sociales, médecins ou éducateurs sont amenés à développer leurs écrits lors des différentes confrontations comme les CLE ou devant le juge des enfants.

Ainsi, il a été relevé dans de nombreuses publications que les familles ont souvent le sentiment d'être exclues car le juge reçoit l'éducateur seul à seul avant l'audience ce qui leur donne l'impression que tout est joué par avance. D'autant plus que souvent le rapport du service éducatif n'est pas parvenu en temps utile

pour que les familles puissent y avoir accès dans le dossier judiciaire¹⁷⁹, si tant est qu'elles fassent cette démarche, encore rare, comme nous l'ont indiqué les juges pour enfants. Ce point nous ramène donc à la contradiction des débats.

4) 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 convaincant, 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.

¹⁷⁹ - Le rapport Deschamps (2001) note la « fâcheuse tendance » des services à envoyer le rapport par fax juste avant l'audience, ce qui empêche la famille d'en avoir connaissance.

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 « capteurs 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 Do¹⁸⁰, 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

.../...

¹⁸⁰ - 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.

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.

Ainsi, dans une thèse de médecine, un entretien avec un infirmier d'un centre de soins pour toxicomanes relate l'histoire d'une femme prise dans cet engrenage : « *Il s'agissait de son cinquième enfant : les deux premiers étaient gardés par la grand-mère et les deux autres placés. Nous avons eu beaucoup de difficultés avec cette patiente, compte tenu des antécédents « sociaux ». Cette mère avait de telles relations conflictuelles, avec les assistantes sociales et le juge pour enfants, que ce dernier avait menacé de placer tout nouveau bébé à naître, sans tenir compte de l'évolution de cette femme, au cours de son suivi dans notre centre. Celle-ci a accouché de façon prématurée d'un ou deux mois, en partie dû au*

stress provoqué par la perspective d'un éventuel placement » (Le Blond-Vaudour Gwenaële, 1997).

De même, dans le film « Ladybird », bien que la problématique de la toxicomanie en soit absente, est décrite cette spirale de la femme à qui les services sociaux enlèvent tous ses enfants les uns après les autres, malgré les changements dans sa situation matrimoniale, et qui, du même coup, privent son nouveau conjoint de ses 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 perçoit. 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. Nous on a décidé ça sur tel ou tel argument, on pense que vos conditions ne sont pas compatibles avec et à partir de maintenant c'est plus nous, à vous de négocier avec le juge, faites preuve de bonne volonté, évitez d'aller casser la gueule du, du greffier du juge, évitez de faire un fort Chabrol, enfin on essaye de dire aux parents... de toute façon c'est un placement provisoire, c'est et puis quand on demande une OPP de toute façon rien n'est décidé, c'est une suspension provisoire de l'autorité parentale qui évite que, qui fait que les parents n'ont plus le droit de sortir l'enfant. 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 bébé¹⁸¹. 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.

¹⁸¹ - Sur une information à la PMI d'une autre jeune mère, qui la connaissait et l'avait reconnue dans les couloirs du métro.



L'histoire de Christine, racontée par l'assistante sociale

Oh là beaucoup plus difficile que ça beaucoup plus triste que ça.

C'est un enfant qui est né ici en 1993, donc, c'était déjà moi qui m'en occupais et elle était à l'époque toxicomane très active, elle était vraiment, dans sa famille il n'y avait plus qu'une grand-mère qui de temps en temps, il n'y avait pas de papa, c'était pas le même papa que les deux enfants, les deux filles et donc elle était, elle a été accueillie à [centre mère-enfant].

Quand le bébé avait quelques semaines, un jour elle a quitté le [centre mère-enfant] et elle est revenue le soir. C'était une fugue et elle est revenue. La surveillante lui aurait dit, bon je mets les choses au conditionnel, « je vous préviens si vous faites encore une fois une fugue, ce ne sera pas la peine de revenir ». Et effectivement, elle a refait une fugue et elle n'y est pas retournée. Alors ça c'est ce qu'elle m'a dit elle, quand je l'ai revue quelques mois après. En fait, à sa deuxième fugue, le [centre mère-enfant] m'a appelée en me disant Mme machin n'est pas revenue, on fait un signalement judiciaire et on confie le bébé à l'ASE. Moi, j'ai dit OK. Cette maman, moi je l'ai revue peut être deux trois ans après, j'avais de ses nouvelles de temps en temps, un éducateur de prison qui me téléphonait, parce qu'elle continuait à donner mon nom. Et quand elle est revenue deux trois ans après, c'est là qu'elle m'a expliqué son non retour au [centre mère-enfant], en disant eh bien quand j'ai vu que j'avais replongé et bien je n'ai pas osé y retourner. Et je lui dis mais vous n'avez jamais donné signe de vie. Et elle me dit, je n'ai jamais donné signe de vie.

[Question : Donc il y a eu un abandon judiciaire ?]

Un abandon, et ce n'était pas trois ans après, c'était un an après. Parce que moi du coup j'ai appelé l'ASE, j'ai eu une éducatrice qui m'a dit oh là là là là qu'est-ce que ça tombe mal, on va vraiment faire comme si vous ne nous aviez pas appelés parce que juste l'enfant doit être confié à l'adoption. Moi je lui dit non vous pouvez pas faire ça. Ah oui, oui. Et donc j'ai dit à la maman écrivez, faites quelque chose. Et donc la maman a écrit, envoyé des lettres recommandées, elle n'a jamais pu rencontrer personne

[Question : Et elle n'a pas prévenu le juge ?]

Je ne sais plus ce qu'elle a fait à l'époque mais elle en parlera. Et elle veut toujours retrouver cet enfant. Alors, elle veut le retrouver, dans le discours c'est très clair, c'est vraiment le frère des petites filles, hein, elle leur en parle, hein, elle raconte aux petites filles ce qui c'est passé,

[Question : Et là c'était un petit garçon ?]

Oui un petit garçon

...

Voilà, donc, et, dans son discours, elle est, vraiment je veux le retrouver. Je veux pas le reprendre, je comprends, je veux qu'il connaisse son histoire, je veux qu'il sache. En fait, c'est ça son discours. Je veux qu'il sache à quel point j'étais incapable à ce moment-là. Elle veut pouvoir lui dire, elle.



B- Le placement est-il négociable ?

A l'issue de ces développements sur les pratiques du signalement, on a souvent l'impression que les familles, les mères en particulier, n'ont pas réellement leur place dans ce processus. Un certain nombre de critères constituent autant de « clignotants » ou de signaux d'alerte pour les professionnels, qui cherchent à protéger l'enfant et à éviter que leur responsabilité puisse être engagée. Pour autant, la question qui reste entièrement posée est de savoir quelle est la marge de négociation des familles dans ce processus, qui nous l'avons vu, vise essentiellement des familles démunies. Ainsi un indice tout à fait significatif dans les dossiers judiciaires examinés est l'absence d'avocat au côté des parents, dans ces procédures qui engagent l'avenir familial.

Le second indice qui nous amène à explorer cette voie est que finalement les femmes les mieux insérées socialement ne semblent pas courir le risque d'être signalées, ou lorsqu'elles le sont, les mesures prises seront les plus légères, le placement de l'enfant n'intervenant que dans des contextes particuliers et plutôt à la demande de la mère.

a) L'absence des avocats et la contradiction dans les débats

La présence d'un avocat n'est pas obligatoire dans les procédures d'assistance éducative. De ce fait, il n'y a pas de commission d'office des avocats par les magistrats et seules les familles les moins démunies vont y avoir recours. Le juge peut, par contre, décider la nomination d'un avocat pour défendre les intérêts de l'enfant.

En théorie, même si la présence de l'avocat n'est pas obligatoire, les familles qui en feraient la demande pourrait obtenir une aide juridictionnelle et un avocat commis d'office. En pratique, dans les dossiers examinés, il n'en est rien, bien que

l'un des juges nous ait affirmé qu'il y avait de plus en plus souvent des avocats dans ces procédures.

Un seul avocat a été interviewé dans le cadre de cette recherche¹⁸², qui a pu nous fournir quelques éléments d'explication à ce propos.

En matière d'assistance éducative, je vais vous dire, ce sont des procédures qui sont très, très longues. Vous pouvez avoir affaire à des gens qui sont totalement... c'est pas pour autant qu'on le fait pas ! Nous, on les fait, moi, je les fais. C'est des procédures qui sont très lourdes, difficiles, on a affaire à des gens impécunieux, qui peuvent pas payer, et nous avons des contributions de l'Etat qui sont infimes¹⁸³. Qui ne couvrent même pas, je vous assure, qui ne couvrent même pas les frais de gestion du cabinet.

Avocat, entretien n° 41.

Souvent ces femmes ont de multiples difficultés au plan juridique mais ne font pas la démarche d'aller au tribunal solliciter une consultation d'avocats. Le centre spécialisé enquêté a pu ainsi mettre en place une permanence dans ses locaux sur la base du volontariat d'avocats négocié avec le Barreau de Paris.

Le rapport Naves-Cathala a relevé la très faible formation des avocats sur la protection de l'enfance, à quelques exceptions près. Il a également préconisé une réforme de la procédure pour « *Rendre obligatoire la présence d'un avocat pour les parents et pour les enfants dans la procédure d'assistance éducative. C'est donc la procédure habituelle devant le tribunal de grande instance qui trouvera application, réglant par la même la question de l'accès aux dossiers des familles* » p.73. Un délai de trois ans était fixé pour atteindre cet objectif. En réalité, la réforme de 2002 a permis l'accès des familles aux dossiers sans modifier la loi sur les droits à la défense.

La littérature internationale, particulièrement celle en provenance du Canada, a montré que les droits de la mère sont souvent bafoués dans le contexte de la grossesse et/ou de la toxicomanie. Ainsi, quelques femmes américaines se sont

¹⁸² - Un autre a été rencontré de manière plus informelle, sans enregistrement.

¹⁸³ - Lorsque les personnes n'ont pas les moyens de payer les honoraires d'un avocat, elles sollicitent une aide juridictionnelle, qui est de droit. Les avocats qui sont alors « nommés d'office » par le Barreau perçoivent une indemnité, pour la totalité de l'affaire, quelle que soit sa durée. Ici, l'assistance éducative pour un enfant qui vient de naître peut potentiellement durer jusqu'à sa majorité, l'avocat ne percevra qu'une seule fois l'aide de l'Etat.

battues contre les hôpitaux qui procèdent à des fouilles ou à des tests en dehors de tout cadre légal lorsqu'il y a une suspicion d'usage de drogues. Elles ont obtenu raison devant la Cour suprême des Etats-Unis : « *La décision affirme que le Quatrième amendement de la Constitution des Etats-Unis protègent toutes les Américaines et tous les Américains –même les femmes enceintes, et celles qui consomment de la drogue ou de l'alcool- contre des fouilles déraisonnables et sans mandat* ». Le commentaire qui est fait de cette décision dans un rapport publié par Condition Féminine Canada est le suivant : « *Cette affaire marque la rencontre de la lutte contre l'avortement et de la lutte antidroque –dont les partisans invoquent les droits du fœtus, et des affirmations faussement alarmistes concernant la consommation de drogues pour justifier des violations sans précédent des droits des patients au détriment des femmes et des enfants* »(Condition féminine Canada, 2002).

Si des débats aussi extrêmes n'ont pas encore vu le jour en France, certaines données que nous avons collectées (des dossiers, des récits de femmes ou de professionnels) montrent que les procédures peuvent quelquefois être considérées comme assez expéditives, c'est-à-dire ne respectant pas l'intégralité des droits de la défense, à l'encontre de ces femmes.

Les droits des familles en matière d'assistance éducative ont été notablement élargis par les derniers textes et en particulier le décret de 2002¹⁸⁴, les parents ayant notamment obtenu un droit à consulter les dossiers dans leur intégralité. De plus, le principe de l'audition des parents est renforcé et étendu à toutes les mesures, y compris les mesures provisoires. Le juge doit porter à la connaissance des familles les motifs de sa saisine.

En effet, jusque là, les parents étaient entendus mais ne pouvaient pas lire les rapports qui avaient été rédigés à leur sujet par les différents services sociaux. Malgré cette évolution, les personnes, bien qu'informées de leurs droits par les juges, ne mettent que rarement en œuvre leur possibilité d'accès au dossier :

¹⁸⁴ - Décret n° 2002-361 du 15 mars 2002, J.O. du 17 mars 2002.

Donc là la première obligation hein, quand on reçoit un dossier, c'est de convoquer les gens. Euh, de leur dire, voilà, moi je viens d'être saisi d'un signalement par le Procureur de la République, qui a été saisi par tel ou tel service, qui lui-même a été saisi par tel ou tel service, il y a, alors d'ailleurs maintenant les gens ont accès au dossier hein, vous le savez, maintenant les gens ont droit, quand on les convoque, euh, il y a un formulaire qu'on met, depuis la loi machin, vous avez droit à consulter votre dossier, voilà. Si vous le souhaitez vous devez écrire ou venir, on vous donnera un rendez-vous etc. S'ils viennent...

[Question : Les gens viennent ?]

Très peu, très peu.

Donc les gens viennent pas voir le dossier et bien, ben on leur dit ce qu'il y a dedans, ben voilà, j'ai été saisie, on me dit, on me dit que... euh voilà, bon ben maintenant qu'avez-vous à dire à tout ça ? Qu'avez-vous à répondre à tout ça ?

Juge des enfants, entretien n° 28.

La question de l'accès aux dossiers pour les familles, donc à l'intégralité des pièces et en particulier les rapports sociaux a suscité de longs commentaires dans la presse spécialisée, par exemple les Actualités Sociales Hebdomadaires. Dès l'annonce par le ministère de la modification de la loi sur l'accès des familles, la question de la formation des professionnels a été soulignée, en particulier sur l'amélioration de la qualité de leurs écrits. Le risque de dérive qui est relevé est que les travailleurs sociaux censurent leurs écrits et ne réservent des éléments confidentiels à l'oral, lors de leur audition par le magistrat, de façon à éviter d'être mis en cause par les familles sur le fondement de rapports qui seraient « *mal compris* »¹⁸⁵.

Le rapport 2004 de la Défenseure des enfants relève d'ailleurs que les familles se sentent souvent exclues par le fait que les juges reçoivent en privé les éducateurs ou assistants sociaux, avant l'audience, ce qui leur donnent l'impression que « *tout est joué d'avance* ». Ceci nous a été démenti par un juge des enfants, pour qui les débats au moment de l'audience sont essentiels dans le prononcé de la décision finale :

¹⁸⁵ - ASH, n° 2207 du 23 mars 2001, « Le ministère veut ouvrir les dossiers en assistance éducative aux parents ».

Ben, non, sinon ce serait pas la peine de, c'est le tout de l'audience ça, c'est le tout de l'audience et du débat contradictoire et de, d'entendre la famille, la famille peut effectivement, c'est ce qu'on disait tout à l'heure avoir des arguments, dire que, contester ce qui est mis dans le rapport et c'est à ça que va servir la mesure d'investigation, dire la famille conteste tel ou tel point, c'est pas vrai donc si c'est un centre d'hébergement qui signale et qui dit la mère elle fait ci ou elle fait ça, s'ils le contestent en disant ils en rajoutent, ils exagèrent, c'est arrivé une fois, des choses qui peuvent, peut être, être vérifiées.

Voilà, donc bien sûr que la famille, je veux dire que c'est pas gagné d'avance, hein, c'est pas parce qu'on me demande un placement, si j'avais dû faire des placements dans tous les dossiers où on me l'avait demandé, je vous assure que j'aurais beaucoup, beaucoup d'enfants placés dans mon cabinet, hein.

[Intervention : Vous auriez saturé le secteur !]

Voilà, oui, oui. Non, non. Bien sûr que, Dieu merci, sinon ce serait, ça servirait à rien de faire une audience de toute façon, moi très souvent, pas tout le temps, honnêtement je vais vous le dire bien sûr, mais très souvent, avant que l'audience commence, je sais pas quelle décision je vais prendre, je sais pas la décision que je vais prendre à la fin de l'audience.

.../...

Non, mais vous savez les gens parlent, non, les gens disent ce qu'ils ont à dire, c'est rare de voir des gens écrasés par...

Juge des enfants, entretien n° 28

De manière globale, cette question de l'accès aux écrits, rejoint la notion plus large de la prise en compte des familles par les travailleurs sociaux. Deux enquêtes récentes prouvent que cet aspect n'a pas encore suffisamment évolué. Une enquête de l'URIOPSS (associations gestionnaires de services d'AEMO, de placement familial, etc.) montre que 55 % des 54 établissements répondants estiment que les travailleurs sociaux sont insuffisamment formés à la prise en compte des parents (Helfter Caroline, 2001). De même, une enquête diligentée par les services du Défenseur des enfants en 2004 auprès des établissements de la protection de l'enfance montre que les professionnels considèrent que le texte de 2002 ouvre une nouvelle pratique, c'est-à-dire qu'ils n'avaient pas l'habitude que les familles aient accès aux rapports sociaux les concernant. Cette réponse ne concerne qu'à peine plus de la moitié des répondants car « 48 % des personnes ayant répondu au questionnaire indiquent en revanche, ne pas connaître la loi ou ne pas avoir le temps de la mettre en place, ou encore ne pas avoir commencé à réfléchir sur ce texte » p. 129 (Défenseur des enfants, 2004). Dans ce rapport, ce constat renvoie à celui plus global du manque de formation juridique des professionnels de l'Aide sociale à l'enfance.

b) L'intérêt de l'enfant

La jurisprudence canadienne et américaine examinée en première partie a montré que, bien souvent, les droits de la mère sont opposés à ceux de l'enfant. Ainsi, de manière générale, le juge se positionne en faveur de l'enfant, ce qui correspond à sa fonction. Par contre, il est plus étonnant que, spontanément, l'avocate rencontrée se positionne également de cette façon, puisque nous lui soumettions l'hypothèse où elle serait amenée à défendre une mère toxicomane. Ainsi quand je lui indique que le placement est vécu par les femmes comme une punition, sa réaction est immédiate :

Comme une punition qui ne se justifie pas, parce que quand vous les entendez parler, elles se disent toujours en mesure d'assurer leurs obligations de mère, je ne crois pas, hein, qu'elles ont conscience, qu'elles se culpabilisent, non, elles disent qu'il y a eu un moment difficile, mais au moment du placement, hein, elles ne reconnaissent pas la réalité de leur situation et ben revendiquent, d'une manière si vous voulez tout à fait naturelle, leurs droits,

Hum

Alors que bon, il y a une réalité, il y a des experts autour, il y a des médecins qui font des signalements, qui font que l'intérêt de l'enfant, bon soit un placement. C'est ça le problème. Donc, nous, avocats, c'est vrai qu'on essaye d'aider les mamans, hein, qu'on est pour les mamans, on essaye d'aider, mais simplement, nous, notre aide, bon nous sommes des auxiliaires de justice, hein, nous devons aller dans le sens de l'équité d'une mesure EN FAVEUR de l'enfant.

Avocate, entretien n° 41.

Donc, cette avocate reconnaît que si elle doit défendre une mère dans ce contexte, elle va faire au mieux des intérêts de l'enfant, même si en théorie elle essaye d'aider la mère en assouplissant la mesure. Ici l'intérêt de l'enfant est donc clairement mis au dessus des droits de la défense.

c) La négociation des conditions du placement

La décision de placement, même si elle est prise, n'est pas un couperet définitif, puisqu'elle sera réexaminée à l'issue de chaque période de deux ans. Les placements « à vie » n'existent plus. Néanmoins, les familles, mais également le juge, peuvent tenter d'améliorer les conditions du placement et tout d'abord sa localisation, qui reste une source majeure de conflits entre les juges ou les mères et l'Aide sociale à l'enfance.

La proximité du lieu de placement est un point litigieux déjà évoqué. Pour les mères, la décision de placement sera d'autant plus difficile à accepter que l'enfant partira loin, ou que les fratries seront séparées. Ainsi, un juge reconnaît volontiers que l'adhésion est plus facile, s'il y a proximité :

Actuellement, quand je fais un placement, on me les envoie à Trifouillis les Oies, je suis pas contente du tout ! Parce que, c'est beaucoup plus simple pour moi, quand les enfants sont à [ville], on présente ça sous forme d'internat scolaire, ça se passe bien. Et quand les familles d'accueil sont imposées, si c'est à Paris, tout près, les gens acceptent mieux.

Juge des enfants, entretien n° 38.

Autrement, si l'enfant est envoyé en province, les femmes seules isolées perdent pied, sauf lorsqu'elles sont suivies par des équipes susceptibles de les soutenir et de les aider à maintenir le lien. Ainsi Zohra a demandé le placement de ses enfants, le temps de faire un sevrage, puis il y a eu un placement judiciaire :

C'est un centre qui dure deux mois, et en sortant de ce centre, je suis venue à [ville] pour des réunions euh anonymes, pour les Narcotiques anonymes, donc ce sont des anciens toxicomanes qui se réunissent régulièrement, je suis restée, je suis allée dans ces réunions, et puis, et puis, j'ai rencontré des associations, euh, notamment une qui s'appelle [association] qui s'occupe de la réinsertion, de l'accompagnement des toxicomanes et là donc on m'a donné une chambre d'hôtel, d'abord un hôtel minable et puis après un bel hôtel, où j'avais une petite cuisine dans ma chambre et une salle de bains et mes enfants étaient placés à [ville] et je faisais le voyage tous les quinze jours, ou je dormais, j'allais à l'hôtel là-bas, le foyer m'accueillait, m'offrait le repas et je passais le week-end avec mes enfants...

Et puis très vite j'ai rencontré [CSST] alors je suis venue ici et euh, donc les réunions de synthèse ont commencé à se faire entre les équipes de [ville] et [CSST], quand je suis passée chez la juge elle m'a demandé mes demandes et ben c'était que mes enfants se rapprochent de [ville], que mes enfants viennent à [ville], euh j'ai demandé à aller en vacances avec mes enfants. Donc [CSST], le foyer d'accueil et [association] se sont organisés et m'ont payé, enfin on m'a payé ces vacances à mes yeux, c'était les premières vacances que je passais avec mes enfants, des vacances sur l'Ile d'Yeu, 12 jours, je crois que c'est le plus long moment qu'on ait vécu ensemble depuis un très long moment...

Zohra, entretien n° 33.

Ici, grâce à l'appui du centre spécialisé qui la prend en charge et de diverses associations avec lesquelles elle est en contact, elle pourra introduire une demande pour que ses enfants reviennent sur Paris. Il faut néanmoins souligner que les va-et-vient de Zohra entre la province et Paris pour voir ses enfants ont duré six ans et qu'elle n'a pu s'inscrire dans une telle durée que parce qu'elle avait trouvé des appuis.

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.



L'histoire de Christine, racontée par son juge

Alors voilà, là nous avons une autre affaire, et bien oui, tout simplement c'est Christine que vous connaissez, que vous avez rencontrée. Et bien qu'est-ce qu'il s'est passé dans ce dossier ? Alors écoutez, c'est très simple, il y a eu un placement provisoire, à l'Aide sociale à l'enfance de S. [sa deuxième fille, ndr], au début. Alors je vais vous dire pourquoi. Alors la mère est toxicomane mais ce qui se passe, ce qui motive en réalité le placement, c'est plutôt le conflit entre les parents.

Alors j'hésitais à ce moment-là, parce qu'elle avait quand même une mère qui était très présente [il parle de Christine, ndr] et qui pouvait assumer. C'est une fille bien, hein, la mère. Simplement elle pouvait assumer. Alors j'avais placé à l'Aide sociale à l'enfance pour faire une évaluation. Alors qu'est-ce qui se passe après ?

Attendez je cherche parce que le dossier est parti en appel. Donc je cherche qui c'est qui nous a saisis.

C'est Monsieur qui s'est présenté avec S. au service des urgences pédiatriques de [hôpital]. Alors il demande que son enfant soit pris en charge. Il affirme que madame a rejoint le monde de la toxicomanie. Alors, il avait oublié de dire que lui il était en plein dans le monde de l'alcoolisme.

Voyez on est dans un état de crise en réalité, donc c'est ça qui motive. Monsieur est marqué par une colère extrême, grande violence. Il dit ne plus vouloir rencontrer madame qui représenterait une menace pour sa propre vie, voyez (rires). Voyez c'est pour ça qu'il vaut mieux entendre tout le monde parce que sinon. Voyez le contradictoire c'est très important. Parce qu'en réalité on s'est rendu compte par la suite que le problème, c'était plus lui que madame....

Surtout elle a fait beaucoup d'efforts pour s'en sortir. Alors bon. Je les reçois après, donc ils se sont remis ensemble.

Donc on nous dit, là les renseignements sont plutôt positifs, on nous dit que. Voyez il est pas rangé dans l'ordre. Bon, enfin bon, toujours est-il que ça se passe pas si mal et que moi je note « *que le placement n'est pas indispensable pour assurer la protection de l'enfant* » et donc on passe en milieu ouvert, d'accord. Et euh, voilà, en réalité le travail est simple, je demande un suivi [il lit le jugement] « *pour accompagner madame dans son rôle de mère, pour qu'elle se revalorise. Soutenir monsieur dans sa démarche thérapeutique* », parce qu'il avait des problèmes d'alcool qu'il avait omis de mentionner au départ. Et puis voilà. Donc si vous voulez on est dans une situation de couple qui est quand même très moyenne, avec des parents qui ont tous les deux des problèmes de dépendance, étant entendu que quand même madame se soigne. Je crois que vous l'avez vue, donc

[Ils sont séparés maintenant]

Ils sont séparés maintenant, le père et la, ils sont séparés. Bon, c'est pas tout à fait étonnant. D'autant que je lui avais dit à l'occasion de se barrer, disons si ça allait trop loin, parce que je crois qu'il pouvait être violent.



PARTIE IV : LE VÉCU DU PLACEMENT

1) Les temporalités du placement

Bien qu'il apparaisse comme une séquence brève dans la pratique de quelques intervenants, le placement s'inscrit dans un temps long, même si la loi exige désormais que la décision soit réexaminée à intervalles réguliers, ne pouvant excéder deux années. Simultanément, la nécessité de « *faire quelque chose de cet enfant* » peut s'imposer comme une urgence institutionnelle, dans le cas de parents disparus. Ce temps est aussi celui des dispositions légales qui vont prescrire les délais dans lesquels chacun doit avoir agi. A l'opposé de cette urgence institutionnelle, s'inscrit le temps des « mamans », propre aux mères concernées, qui bien souvent superpose différents aspects de leur biographie.

Le décalage des « temps » de chacun alimente l'incompréhension entre les familles d'enfants placés et les institutions. Voici ce que relève le rapport Naves-Cathala à ce propos : *«L'irrationalité » des réactions des parents aux yeux des travailleurs sociaux, comme des juges des enfants, provoque une véritable incompréhension des logiques, de celle des familles par les professionnels et de celle des professionnels par les familles. Celle-ci se nourrit également d'un décalage entre le temps vécu par les familles et celui de la gestion des interventions sociales et éducatives. Comme le souligne de façon fort pertinente le président de la chambre spécialisée de la cour d'appel de Paris : il existe en matière de protection de l'enfance « une histoire de timing », qui, lorsqu'il n'est pas adéquat, peut provoquer de « la casse ».*(Naves Pierre et Cathala Bruno, 2000).

La sociologie du temps s'intéresse plus particulièrement aux temps sociaux en opposant temps sacré/temps profane, puis travail/loisir et emploi/retraite (Sue Roger, 1994). Il s'agit plutôt ici du décalage entre les temps de différents

protagonistes, en particulier des femmes et des institutions. Cette problématique a été abordée à propos des travailleurs immigrés, lors d'un colloque européen : « *Il y a un temps qui va s'imposer aux travailleurs étrangers qui est un temps qui leur est imposé pas seulement par la firme mais par l'administration et que, plutôt que les durées perçues de tel ou tel événement qui sont des dimensions qu'on mesure dans les enquêtes emploi du temps, l'important pour eux, dans leurs «histoires de vie», dans leurs existences, peut se nicher dans d'autres séquences et notamment dans les séquences à travers lesquelles ils vont être en rapport avec les administrations publiques* » (Choquet Luc-Henry, 2004).

Cette notion de temps différent imposé à l'autre a été développée par Roland Barthes qui illustre ce qu'il appelle l'idiorythmie, le rythme propre ou particulier de chacun par une anecdote qui, relative à la mère et l'enfant, nous paraît pouvoir illustrer ce que nous voulons développer ici : « *De ma fenêtre, je vois une mère tenant son gosse par la main et poussant la poussette vide devant elle. Elle allait imperturbablement à son pas, le gosse était tiré, cahoté, contraint à courir tout le temps, comme un animal ou une victime sadienne qu'on fouette. Elle va à son rythme, sans savoir que le rythme du gosse est autre. Et pourtant, c'est sa mère ! Le pouvoir –la subtilité du pouvoir- passe par la dysrythmie, l'hétérorythmie* » (Barthes Roland, 2002). Ainsi, de ces femmes toxicomanes qui vivent à d'autres rythmes, avec une notion du temps différente et auxquelles l'institution va imposer, souvent par la violence, une action basée sur son propre temps.

A- Le temps institutionnel

L'action s'inscrit dans le temps de prise en charge, si bien que ses effets à moyen ou long terme ne sont souvent pas perçus par les professionnels. De ce fait, la notion temporelle à laquelle il est le plus souvent fait référence est celle de l'urgence. L'urgence à faire quelque chose, en réponse au risque ou au danger perçu, fait alors écho à l'urgence de la vie des femmes toxicomanes.

La notion d'urgence est récurrente dans tous les discours relatifs aux toxicomanes. Leur mode de vie, leur anxiété, les amènent à vouloir tout, tout de suite, et à exiger que chacune de leurs demandes soient considérées comme ne souffrant aucun délai. C'est une difficulté particulière bien identifiée par les soignants des services des urgences : comment à la fois ne pas rejeter la personne et ne pas accepter une prescription ne correspondant pas à une urgence somatique ? D'autant plus que d'entrer dans ce type de réponse risque de paralyser une prise en charge plus globale : « *Il convient de trouver un moyen terme entre la rigidité du bras de fer...et la complicité d'un échange trop semblable au troc (ordonnance facile, sevrage en urgence, mobilisation de tous les intervenants sanitaires et sociaux dans une tentative illusoire de satisfaire sur le champ toutes les carences, au risque de disqualifier ainsi le travail des autres structures spécialisées)* » (Nuss Philippe, 1998).

L'action institutionnelle va souvent tomber dans un piège tenant au mode de vie des personnes qui en sont la cible : « *Les toxicomanes participent eux-aussi à la construction sociale du risque en urgence. Ils le prennent comme une norme de l'interaction avec les spécialistes. L'urgence n'est donc pas l'exception, mais la règle* » (Trépos Jean-Yves, 2003).

a) Gérer l'urgence

L'article 46 du Code de la famille prévoit que les départements doivent organiser l'accueil d'urgence 24 heures sur 24 de tous les bénéficiaires potentiels de l'Aide sociale à l'enfance « *Notamment les mineurs qui ne peuvent être maintenus dans leur milieu familial, les femmes enceintes et les mères isolées accompagnées d'enfants de moins de 3 ans* » (Ruault Marie et Callegher Daniel, 2000). Les structures chargées de cet accueil en urgence sont des foyers de l'enfance, dont chaque département devrait disposer.

Dans le domaine médical, une véritable course contre la montre s'engage à chaque situation d'urgence sociale, afin de traiter sur le champ les situations qui

se présentent (un séjour « normal » en maternité est de l'ordre de quatre jours) : « Du fait de délais souvent courts pour agir, un grand nombre de situations sont traitées sous la pression de l'urgence, sans que le recul apporté par une évaluation soigneuse puisse permettre une autre vision. Enfin les professionnels de ce secteur travaillent sous une pression dont la source réside dans l'urgence sociale. Celle-ci presse le travailleur social du secteur, l'instituteur, le médecin, lesquels, à leur tour, vont presser leurs supérieurs hiérarchiques qui se retourneront alors vers le parquet lequel interpellera en urgence également le juge des enfants. L'urgence sociale provoque une déformation de la réalité et contraint chaque acteur du dispositif à intervenir de façon dérogatoire à son fonctionnement habituel, le laissant avec l'impression qu'il n'a pas été en mesure d'achever son intervention « dans les règles de l'art » et participant de ce fait à sa dévalorisation à ses propres yeux » (Naves Pierre et Cathala Bruno, 2000).

Sur le terrain, l'impossibilité structurelle de trouver un hébergement approprié pour une femme enceinte ou venant d'accoucher, de surcroît toxicomane, est rapportée par tous les soignants, comme l'ont montré les développements précédents.

Les soignants peuvent également se trouver dans une situation d'urgence lorsque les parents sont susceptibles de faire sortir l'enfant de l'hôpital avant qu'une solution ait été trouvée, ce qui est arrivé le plus fréquemment, compte tenu des durées de plus en plus courtes de séjour en maternité (4-5 jours) et des délais nécessaires pour envisager une alternative :

Alors soit lorsque l'on considère que c'est urgent parce que les parents ... on perçoit un risque que les parents signent la sortie et se tirent avec leur enfant (hum) que l'on considère à ce moment-là, pour lequel on pense qu'il serait à ce moment-là en danger, compte tenu des conditions, à ce moment là, on fait une demande d'OPP¹⁸⁶ en urgence, c'est-à-dire qu'on envoie un fax au substitut de garde du tribunal, du parquet pour enfants, et on a, en général, l'OPP par retour de fax ...

Médecin, entretien n° 1.

¹⁸⁶ - Ordonnance de placement provisoire, prononcée par le parquet, à charge pour lui de saisir le juge des enfants dans les sept jours.

Le temps nécessaire pour trouver une solution ou pour mieux évaluer la relation mère-enfant peut quelquefois être trouvé par l'hospitalisation du nouveau-né en néonatalogie, en général du fait (sous le prétexte) du risque qu'il encourt de connaître un syndrome de sevrage. Certains observateurs avaient dénoncé de telles pratiques des services hospitaliers, estimant qu'il s'agissait souvent d'une forme de punition à l'encontre de la mère, l'hospitalisation du nouveau-né pour les femmes toxicomanes étant prescrite plus souvent que pour les autres mères¹⁸⁷.

De même, lorsque un enfant est abandonné à l'hôpital par sa mère qui s'en désintéresse manifestement, malgré l'obtention quasi-immédiate d'une ordonnance de placement provisoire par le juge ou le procureur, les services hospitaliers se trouvent dans l'obligation d'assurer la garde de l'enfant, dans l'attente d'une place en pouponnière. Le délai ainsi occasionné, quelquefois de quelques semaines, pose évidemment des problèmes financiers à l'hôpital qui doit utiliser un lit d'hospitalisation pour cet enfant en attente, dans des services de néonatalogie souvent surchargés.

En fait, sur le département des Hauts-de-Seine, les soignants expriment le sentiment que l'ASE les utilise pour gérer ses propres structures, l'enfant n'étant pas en danger immédiat dans un cadre hospitalier. L'Aide sociale dispose pourtant d'une pouponnière d'orientation, explicitement prévue pour les cas d'urgence (enfants trouvés par les secours de police, par exemple). Dans ce contexte, pour les uns, il y a une urgence, un enfant dont il faut signer la sortie, en l'absence de toute pathologie et pour les autres, un lieu protecteur qui ne nécessite pas d'action immédiate. En fait, les personnels de la pouponnière font des distinctions entre les différentes structures hospitalières, modulant le délai de réponse au service demandeur :

De toute façon, à [hôpital], les enfants peuvent rester plus longtemps, parce qu'il y a un service de néonatalogie et de pédiatrie, alors que par exemple si la mère elle accouche à [autre hôpital], nous, au bout de trois jours, on nous demande de prendre les enfants puisque eux peuvent pas les garder, ou alors ils sont transférés à [premier hôpital]. Donc, généralement, on évite qu'il y ait une hospitalisation en plus, dans un autre lieu, et on les prend rapidement quoi, quand ils vont bien, s'il n'y a pas de problème de sevrage ou de...

¹⁸⁷ - Mais leurs enfants sont plus souvent prématurés, en retard de croissance intra utérine, outre le syndrome de sevrage.

Hum

Parce que c'est vrai que si c'est une mère toxicomane, il peut y avoir après des bébés qui restent un mois hospitalisés après, il y a des sevrages longs...

Assistante sociale, pouponnière ASE, entretien n° 24.

Ici on le voit, quand un enfant est né dans un hôpital comportant un service de pédiatrie, la situation n'est pas considérée comme urgente, puisque l'accueil du bébé est possible, contrairement à ce qui se passe en maternité. Les professionnels de pédiatrie concernés considèrent par contre qu'un nouveau-né bien portant qui a plus besoin de sollicitude que de soins, n'est pas à sa place en néonatalogie.

De ce fait, pour beaucoup de nos interlocuteurs, l'ASE n'est pas du tout perçue sur le secteur comme apte à faire face à l'urgence, son mode de fonctionnement serait trop rigide, en dépit de quelques velléités de changement manifestées par certains éducateurs :

Non, l'urgence non ça n'existe pas ! (rires). Non, c'est une OPP et il faut tout de suite, y a (association) et c'est tout ce qu'ils peuvent proposer, non c'est vrai. Et puis il y a pas de souplesse, l'urgence justement ce pourrait être un placement pour deux semaines, trois semaines, un mois, j'en sais rien et après on peut revoir la situation euh ou bien faire des choses un peu, y a, y a des services de l'Aide sociale à l'enfance qui font des placements, euh, une semaine par mois, dans le [département] par exemple, sur [ville], ils font des choses comme ça mais chez nous, là, c'est impossible. Mais, il y a des travailleurs sociaux qui l'ont quand même en tête, qui essayent de faire bouger les choses, mais c'est très difficile. Parce qu'après tout les éducateurs n'ont pas l'habitude de travailler comme ça, ça leur demande aussi beaucoup de contacts avec les familles, beaucoup de ...

Puéricultrice, association, entretien n° 5.

Les associations du secteur déplorent que l'ASE n'ait pas de structure d'accueil en urgence et les utilisent pour assurer cette fonction, comme relais, le temps de trouver un accueil et une place disponible. Les relais destinés aux parents deviennent alors des relais pour l'Aide sociale à l'enfance.

De même, le temps nécessaire à la mise en place d'une AEMO étant long (les assistantes sociales indiquent parfois près d'un an, en tous cas, quelques mois), c'est le plus souvent une demande de placement qui est faite lorsqu'il y a une

urgence, parce que les délais sont finalement plus courts. La nécessité de trouver rapidement une solution va donc devenir la cause de la mesure sollicitée auprès du juge et non pas d'autres éléments pertinents du dossier.

Une mesure éducative qui, en région parisienne pose problème, dans la mesure où les délais de mise en place sont longs, c'est un gros souci.

Médecin, entretien n° 1.

Pour les cadres de l'ASE, cette procédure est, semble-t-il, dans l'ordre des choses et n'appelle aucun commentaire particulier. L'hôpital doit assumer la garde de l'enfant en attendant qu'une place se libère en pouponnière. Rappelons que seules deux pouponnières départementales existent dans les Hauts-de-Seine, outre un établissement privé.

La notion de sécurité immédiate de l'enfant a été évoquée à plusieurs reprises par nos interlocuteurs, impliquant que certaines mesures soient envisagées pour protéger l'enfant en attendant qu'une décision soit prise ou une solution trouvée. A contrario, cette même expression connotée de manière péjorative qualifiait l'action de l'Aide sociale à l'enfance, qui selon les mêmes interlocuteurs ne prendrait pas suffisamment en compte le devenir plus lointain de l'enfant.

La première mesure de protection immédiate de l'enfant consiste en une demande d'ordonnance de placement provisoire au Procureur :

Déjà là j'avais demandé une ordonnance provisoire de placement sur l'hôpital, euh de manière à ce que personne ne vienne chercher le bébé, ça fait partie de ce qu'on fait, faire une OPP pour protéger l'enfant d'un éventuel enlèvement de quelqu'un. Et puis donc ça il me l'a faxée le jour même, tout de suite.

Assistante sociale, entretien n° 3.

En l'occurrence cette procédure répond à des situations où la mère a disparu sitôt après l'accouchement, sans que l'enfant ait été reconnu et qu'il revient à l'hôpital d'en assumer l'entière responsabilité.

Parmi les femmes rencontrées en centre de soins, une avait eu ses deux premiers enfants placés dans une situation d'urgence plus directement liée à la toxicomanie, puisqu'il s'agissait d'une intervention des pompiers suite à une overdose. Son conjoint est également toxicomane. Néanmoins, elle réussira à sortir de la drogue, sera sous traitement de substitution, puis hébergée dans un appartement thérapeutique. Elle a pu récupérer ses deux enfants et en a eu un troisième.

Une infirmière de maternité nous explique la difficulté de ce travail en urgence, surtout pour la mère, puisque précisément rien n'aura été préparé avec elle :

Si elles ont pas été prises en charge, si elles ont accouché par exemple dans l'urgence, rien n'a été préparé, des fois elles n'ont pas eu du tout de suivi en fait, elles arrivent à l'hôpital, elles sont parfois défoncées, ou elles sont complètement dans la précarité ou la marginalité, il est certain que, ben dans l'urgence il va y avoir un placement, et ça, ça n'a pas été préparé avec la patiente, parce que au départ il y a le signalement bien évidemment, donc tout est préparé à l'avance, euh, là c'est signalement en urgence, placement en urgence, ça se fait tellement vite qu'elles n'arrivent même pas à faire le deuil, elles sont, elles sont vraiment comme ça dans une angoisse perpétuelle et mises dans une situation d'échec, qu'elles pourraient, alors qu'on pourrait ne pas les mettre en situation d'échec, si la prise en charge avait été faite en prénatal et les choses dites de façon très progressive, sachant que c'est vrai qu'un signalement n'est pas fait comme ça, n'est pas dit à la patiente, de façon formelle comme ça du jour au lendemain. C'est quelque chose qui se prépare.

Infirmière, CHU, entretien n° 27.

Ces délais s'imposent également au juge quand les structures d'urgence ne peuvent accueillir les enfants plus de quarante-huit heures, comme c'est le cas sur Paris. C'est ce que nous indique un magistrat parisien, évoquant plus spécifiquement des placements d'enfants plus âgés, à partir des centres d'accueil d'urgence :

Donc c'est le parquet qui est averti, qui va faire un placement provisoire et le juge des enfants, doit être saisi dans les huit jours et le juge des enfants doit prendre la décision dans les quinze jours. Ça c'est la théorie, la réalité c'est dans les quarante-huit heures, puisqu'ils les gardent pas plus de quarante huit heures. Donc le parquet fait son placement, on a le placement le lendemain et on convoque dans les quarante huit heures la famille, qu'on joint au téléphone et on a l'éducateur du placement, le jeune et la famille. Et là on essaye de favoriser un retour en famille avec une mesure éducative ou si ça paraît toujours aussi difficile, on essaye de trouver une solution familiale, puisque les gens ont eu le temps de réfléchir. Vous voyez quarante-huit

heures çà suffit, les gens ont pu s'organiser, réfléchir, eu le temps de gérer une situation de crise.

Juge des enfants, entretien n° 38.

Il apparaît donc, qu'en fait, la décision doit être anticipée par les soignants : la responsabilité de demander ou non le placement repose uniquement sur eux. Bien que le juge seul ait le pouvoir de décision, il n'a ni le temps ni les éléments qui lui permettraient de prendre une autre mesure.

Le placement en urgence est de toute façon considéré comme la plus mauvaise solution, d'où son extrême limitation par les derniers textes en matière de droits de l'enfant (cf. supra), car il est évident qu'il induit un double traumatisme : « *Les conséquences immédiates et à long terme du traumatisme de la séparation en urgence s'ajoutent à celles qui ont justifié par ailleurs une indication de séparation et d'accueil à temps complet posée à bon escient, et en multiplient les risques* » (David Myriam (dir), 2000), p.42. Cet auteur retient également que cette séparation en urgence sera d'autant plus dommageable que l'enfant est plus jeune. Ainsi, les textes français actuels interdisent le placement à la naissance en urgence, sauf cas de force majeure (la disparition de la mère). La faiblesse des places disponibles dans des structures permettant un accueil d'urgence d'une femme toxicomane et de son nouveau-né, comme les UMB, rend toutefois cette décision peu applicable.

b) Organiser la séparation et expliciter la décision

A l'opposé de cette notion d'urgence, quand les différents acteurs ont pu trouver le temps nécessaire pour évaluer la situation et chercher des partenaires, ce qui semblera la meilleure solution sera défini et organisé.

Toute l'ambiguïté de la mise en oeuvre du placement se retrouve ici. Pour certains médecins, il est indispensable que le placement puisse s'inscrire dans une démarche organisée et vécue de manière positive par la mère et qu'il ne soit pas synonyme de séparation. Pour cela, il importe, selon les équipes, de laisser le

temps nécessaire pour que des liens puissent se tisser entre la mère et l'enfant avant de trouver un placement adéquat, qui permette que ce lien perdure.

Cette démarche s'oppose radicalement à celle prônée par exemple par les associations de parents adoptifs qui, au contraire, voudraient que les liens soient rompus le plus rapidement possible afin que l'enfant soit adoptable et adopté de façon plénière, sans que subsiste la parenté biologique défaillante¹⁸⁸.

Dans une structure comme l'unité mère-bébé, le lien possible entre la mère et l'enfant est évalué sur deux ou trois mois avant que la décision éventuelle de placement soit prise, de façon à permettre la mise en place des liens précoces. Si finalement un placement est décidé, ce sera, dans la mesure du possible, avec l'accord de la mère, qui sera partie prenante au projet. Voici un exemple, concernant une jeune femme toxicomane et les motivations de l'impossibilité qu'elle puisse s'occuper seule de ses enfants :

On a eu, il y a pas très longtemps une maman avec des jumelles, toutes les deux, les deux petites jumelles étaient prises en charge 24 h sur 24 à part une heure ou deux par le personnel, elles demandaient beaucoup les bras, elles pleuraient beaucoup, l'équipe se sentait presque submergée, alors une maman face à ça, déjà pour le personnel qui se relaie, c'est pas toujours la même équipe c'est lourd, on dit mais comment une maman déjà en difficulté va se trouver face à des jumelles, mais même pas seulement des jumelles, c'est déjà pas simple, en plus des jumelles qui sortent d'un sevrage qui ont besoin d'être coconnées énormément, qui ont un traitement, alors c'était énorme. Alors dire qu'une mère peut pas s'en occuper, on peut pas dire du jour au lendemain, et ben cette mère elle est nulle. Le travail du personnel ça a été justement de jauger, de savoir, de solliciter la maman, l'étayer etc. et l'amener petit à petit à, et il y a des liens qui se sont créés entre la mère et les enfants et bon au bout d'un certain temps on a dit il faut quand même trancher et on va travailler un placement avec la maman, pour des motifs liés à sa toxicomanie, à sa pathologie psychique, et puis un environnement familial qui n'était peut être pas complètement, parce que parfois les grands-parents disons peuvent prendre en charge, mais là c'était pas possible, cette famille, on a été amenés à séparer les enfants de la maman.

Cadre sage-femme, entretien n° 22.

Outre les problèmes relatifs à la toxicomanie de la mère, le syndrome de sevrage des bébés est un argument essentiel, car ce ne sont pas des bébés comme les

¹⁸⁸ - Se montrer plus strict envers les familles des 150 000 enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance : « Ces parents se manifestent peu, mais cela suffit pour empêcher l'adoption. C'est à amender », affirme Yves Nicolin, président du conseil supérieur de l'adoption, in Famille et Education, n° 454, mars 2005, p. 63.

autres, et ils nécessitent plus de soins (irritabilité, trémulations, diarrhées, etc.). L'équipe se sent submergée par ces deux enfants et n'envisage pas que la mère puisse faire face seule. De plus, cette dernière ne dispose pas d'un entourage familial suffisant pour recevoir une aide appropriée. D'après mes notes d'observation, il semblerait bien que ce cas puisse être celui de Marie que j'ai rencontrée à deux reprises. Marie a eu des jumelles qui ont été placées. Selon elle, le juge ne comprend rien. Elle a demandé de l'aide car c'était trop dur avec deux bébés mais ça c'est retourné contre elle. Elle vient de faire une fausse couche, elle était enceinte de huit semaines.

Quand il n'est pas envisageable de confier l'enfant à sa mère dès le départ, un contrat est établi pour la durée du séjour hospitalier en UMB, fixant les modalités de soins au nouveau-né, comme nous l'a expliqué la sage-femme :

On met souvent en place un contrat nursery, donc pour le bébé qui est établi avec la maman et l'équipe, et on lui propose à la maman de prendre en charge le bébé, soit l'équipe prend en charge l'enfant, dans la chambre de la maman, en présence de la maman, et qu'elle ne fait pas les soins sans personne avec elle, soit l'enfant est mis en nursery, c'est-à-dire séparé physiquement de la maman, il ne reste pas dans la chambre, et ça c'est vraiment modulable, ça peut être pour la nuit, le jour il est avec sa maman, ça peut être 24 h sur 24, la maman ne vient le voir qu'en nursery, elle fait les soins en présence du personnel, soit l'enfant est avec sa mère par exemple toute l'après-midi et puis le reste du temps, il est en nursery.

Çà, c'est des choses qui sont établies, c'est un contrat qui est établi avec la maman, et on module en fonction de la façon dont la maman euh, va, et comment elle évolue. A partir de ça, de ce contrat, on accompagne la maman, donc on la soutient, on la, on fait tout un travail d'étayage et en même temps on fait une évaluation. Donc, c'est peut être toute la difficulté de la chose, à la fois on l'accompagne, on fait un étayage et en même temps il faut quand même l'évaluer, est-ce que la mère pourra, peut se débrouiller seule ?

Cadre sage-femme, entretien n° 22.

On voit ici le cadre normatif de ces mesures, pour aider la femme et en même temps mettre à l'épreuve ses capacités à être mère. Bien que la mesure soit proposée comme une aide, a contrario elle pourra aboutir à une décision de placement. Un seul de nos interlocuteurs a utilisé l'expression de « *mère à l'essai* », en disant qu'on ne leur permet que d'être mère qu'à condition qu'elles puissent faire leurs preuves. En cas d'échec, la séparation est inévitable, quelquefois après de longues périodes d'incertitude :

C'est l'auxiliaire qui a emmené, avec la puéricultrice, la petite fille à la pouponnière, quoi. Rue [...], je sais plus où c'était. Et j'ai trouvé ça violent, parce que c'est même pas la mère en fait, qui remet sa fille ; Là pareil, c'était à l'essai, comme elle a eu un deuxième enfant, on lui a redonné le plus grand, qui avait été placé en pouponnière. Elle a été à l'essai au centre maternel pendant quatre mois et après on re-divise tout quoi ! C'était euh, d'une violence... Je me suis occupée du grand garçon je n'avais jamais vu un, un même comme ça quoi, ben aussi je suis pas psycho, mais déstructuré je pense enfin dur, enfin c'était horrible.

Et tout ça pour que quatre mois après se retrouver encore en pouponnière. Donc là je me dis, là je sais pas, il y a des choses que j'arrive pas à comprendre quoi ! hein ! le placement est pas une solution mais faire revenir et repartir un enfant

Hum,

[...]

Ouais, enfin je trouve ça bizarre de faire ça quoi. En fait c'est à l'essai, quoi, ça fait un peu ça quoi

[...]

Moi, à mon niveau je vois ça comme ça, je pense que si vous interrogez un éducateur spécialisé, il le verra différemment, mais nous en tant qu'auxiliaire on le voyait comme ça, en fait on mettait à l'essai la famille quoi.

[Hum, mais si la mère le ressentait comme ça aussi, cela devait être dramatique quand même !]

Oui, je pense. Bah, je vois pas comment elle peut le ressentir, je pense que c'est ça quoi. Vous avez pas été bien avant donc on l'a mis en pouponnière, maintenant on vous trouve un peu mieux, on va vous redonner votre enfant, bon, ben en fait, comment elle doit le prendre, je trouve ça un peu. Bon, c'est vrai que les mères toxicomanes, c'est pas la majorité non plus.

Auxiliaire de puériculture, entretien n° 44.

Souvent une incompréhension est manifestée par la mère, qui a l'impression que les choses se décident derrière son dos et que les vraies raisons ne lui sont pas données. Les assistantes sociales et infirmières qui participent en milieu hospitalier s'en défendent et affichent une grande transparence vis-à-vis des mères, auxquelles elles lisent toujours leurs rapports au juge, comme nous l'avons relevé précédemment.

Malgré tout, cet accompagnement ne peut se faire que dans la limite de l'intervention, c'est-à-dire la durée de l'hospitalisation. Si une mesure urgente doit être prise en quelques heures, voire quelques jours, la femme cessera d'être une patiente de ce service et sera renvoyée sur les assistantes sociales de secteur.

c) Attendre

Une des conclusions d'une recherche-action sur la sortie de l'ASE avait repéré la question des temporalités comme un facteur essentiel du processus : « *L'évolution d'une situation suppose la mise en accord de plusieurs temporalités (de l'enfant, de la famille ou d'un des parents, de la famille d'accueil, de la famille adoptive...) et que cet accord soit d'une manière ou une autre institué ou objectivé à travers ce qu'on appelle des changements de statut (administratif, de santé, par rapport à l'emploi, matrimonial, de logement...), qu'une autorité, souvent autre que le service de protection de l'enfant, reconnait et garanti (certificat, attestation, témoignage). Le temps à l'ASE apparaît ainsi comme étant un temps 'en creux' par rapport aux autres temporalités et qui s'accorde difficilement aux autres* » (Gheorghiu Mihaï et al., 2002), p. 30.

L'évaluation par l'enquête judiciaire a généralement lieu avant la décision de placement, comme nous l'avons vu en deuxième partie. Mais quand la décision a été prise en urgence pour la sortie de la maternité, les premiers mois vont être décisifs. Pour le juge, le plus souvent, l'urgence c'est de ne pas se presser, d'attendre l'évolution de la situation.

Le cas d'une jeune femme, déjà décrite par une sage-femme, nous a été évoqué par une puéricultrice de l'association qui accueillait cette famille « en dépannage ».

On a eu une maman-là avec trois enfants, elle était suivie aussi à [structure], donc ils la connaissent bien. Elle a accouché d'ailleurs, c'était une grossesse complètement cachée, d'un troisième petit garçon, elle avait perdu 7 kilos pendant toute la grossesse, c'était vraiment terrible. Et en fait régulièrement, on a eu les enfants quand la maman n'allait pas bien, quand elle devait être hospitalisée, ou que elle craquait en fait, toujours en urgence, jamais quelque chose qui pouvait un peu se préparer pour les enfants, et bon, y a eu aussi un placement pour finir de ces enfants, mais du jour où il y a eu le placement les enfants allaient beaucoup mieux en fait, on s'est rendu compte, parce que, en fait, on a accueilli les enfants en dépannage, beaucoup, plusieurs fois, et au dernier moment le juge a décidé de faire un placement et y avait pas de lieu pour accueillir ces enfants pendant l'année, donc on était pas très chaud parce qu'on connaissait bien la maman, donc on a dit c'est le cadre du placement, on peut, mais pendant un temps très limité. Et en fait, les enfants, quand ils ont été dans ce cadre de placement, ils ont pu vraiment se poser,

comme si ils savaient qu'il y avait là une sécurité pour eux et qu'ils ont pu euh, enfin se laisser...

[Question : Et là vous les avez gardés avec une ordonnance de placement ?]

Pendant deux mois, le temps que le lieu, enfin y avait un lieu déjà de trouvé mais qu'il y ait de la place qui se libère dans ce lieu.

Puéricultrice, association, entretien n° 5.

Ce cas permet de mettre en évidence deux aspects importants relatifs aux temporalités du placement. Une fois de plus, le juge prononce le placement mais deux mois seront nécessaires pour que le lieu d'accueil choisi puisse libérer la place nécessaire (en fait trois places pour la fratrie). Dans ce laps de temps, l'ASE n'avait apparemment aucune solution temporaire à proposer puisque le juge a dû recourir au placement direct dans une association. L'autre élément est, de toute évidence, que ce placement est tardif dans la trajectoire des enfants, la mère ayant bénéficié d'une réelle multiplicité d'accueils et de soutiens. Or, finalement l'absence de placement est ressentie par cette puéricultrice comme une source d'angoisse pour les enfants, dont la situation est précaire et qui vont pouvoir « se poser » une fois cette mesure prononcée par le juge.

Nous relatons une troisième version de cette histoire, totalement en discordance avec les deux précédentes, qui émane de l'équipe de toxicomanie qui suivait cette femme et non plus des équipes de PMI ou des puéricultrices qui s'occupaient des enfants. Pour cet éducateur, le placement a été la conséquence de signalements multiples liés à des relations de voisinage :

Cette maman s'est intoxiquée à certains moments, euh, mais danger, de violences directes contre les enfants, je ne pense pas du tout, pas du tout, du tout, euh, elle nourrissait tout à fait correctement ses enfants même si ce n'était certainement pas un cordon bleu, ou si elle variait les repas probablement pas. En tout cas, probablement une maman qui était débordée, qui le laissait voir, il y a eu un épisode une fois, mais c'est pareil c'était absolument incroyable où elle a eu un enfant petit et le petit se secouait dans le lit pendant la nuit, et ce lit tapait contre un mur et contre une colonne sèche, ce qui fait que ça résonnait dans l'immeuble, ce qui fait que les voisins se sont plaints à l'office d'HLM. Il y a des gens de l'office HLM qui sont venus, enfin ça avait pris des proportions incroyables, complètement fou...

[Question : Parce que les gens ne peuvent pas aller taper à la porte de la voisine ?]

Alors çà s'est fait ! Elles l'ont fait, mais certaines ont dit qu'elles avaient été mal reçues, euh, il y avait effectivement un voisin extrêmement acariâtre, mais là çà a été très compliqué parce que c'était effectivement une maman en difficulté. Elle a été vue en train d'acheter, donc il y a eu des histoires très compliquées et c'est un séjour qui a duré extrêmement longtemps et ce que je vous ai dit, des phénomènes de jalousie, enfin bon.

Educateur CSST, entretien n°26.

De nombreux intervenants sont conscients du fait que, quelles que soient les solutions et les aides proposées, certains parents ne vont pas pouvoir conserver la garde de leur enfant, soit parce que celui-ci sera finalement réellement en danger, soit parce que la mère ne sera pas capable de s'investir sur le long terme et va disparaître.

Et il s'avère que, il peut arriver, au bout d'un temps, d'un délai variable, que malgré le soutien à domicile, malgré l'aide ménagère, malgré la puéricultrice qui va régulièrement à domicile, il s'avère que la situation ne s'améliore pas ou s'aggrave, ou se détériore, que les parents aggravent leur consommation, que il y a des négligences, que l'enfant est mal nourri, pour toutes sortes de raisons qui s'accumulent en général, que la PMI décide de faire un signalement judiciaire après un essai raté de prise en charge à domicile.

Médecin pédiatre, entretien n° 1.

Pour les pédiatres et les professionnels de la petite enfance, néanmoins, le fait d'avoir permis à l'enfant de démarrer ces premiers mois de vie dans un cadre familial, même insuffisant, est de toute façon préférable à un séjour en pouponnière précoce. Les liens se seront en effet mis en place et le bébé pourra normalement évoluer entre une famille biologique, éventuellement intermittente, et une famille d'accueil. Les professionnels sont de toute manière bien conscients que l'évolution actuelle va dans ce sens puisque la loi interdit maintenant, sauf cas exceptionnel, le placement des enfants à la naissance.

Le signalement judiciaire, parce qu'il implique quelquefois une action éducative en milieu ouvert, mais souvent également un placement de l'enfant, est vécu comme une expérience douloureuse dans les services que nous avons visités et de ce fait choisi en dernier recours, après parfois de nombreuses démarches pour trouver une autre solution. Souvent, le doute subsiste quant au fait d'avoir choisi la meilleure solution pour l'enfant :

Il faut aussi dans chaque situation entendre l'évolution des situations aussi. C'est-à-dire que au jour d'aujourd'hui j'estime que cette dame met en danger son enfant, mais dans 15 jours ou dans 3 semaines ou dans un mois, je n'en sais rien ; j'estime qu'elle ne le met pas en danger mais dans 3 semaines dans un mois, moi je n'en sais rien. J'ai vu combien de placements consécutifs. Des placements où on a tenté des sorties, je veux dire, encadrées au max et boum, à un moment on sait pas pourquoi le cadre il s'est fissuré et bon, on est arrivé à une séparation mère-enfant, parce que je crois que oui, si on arrive à se rendre compte que les enfants ben oui, sur des cohortes à 5-6 ans, bah oui on se rend compte. Ben qu'est-ce qu'on a fait ? On se rend compte que... Est-ce qu'on peut dire que la femme toxicomane ne peut pas prendre en charge son enfant ? Est-ce qu'on a mis en place les bonnes choses au bon moment ? Ce que je pense c'est que pour qu'il y ait un retour, enfin qu'il y ait pas de séparation mère-enfant, il faut qu'il y ait un cadre, structurant. Soit à domicile, avec des équipes en réseau, des équipes qui soient là qui soutiennent, pas qu'ils y aillent une fois tous les quatre matins, hein et ou alors...

Assistante sociale maternité, entretien n° 7.

La question de l'évolution possible de ces femmes, du point de vue social en particulier, n'est pas souvent posée par les professionnels rencontrés. Pourtant, les textes sur le placement le définissent comme un passage, vers une nouvelle situation permettant de revivre en famille. En cela, il est considéré comme éducatif, il permet de surmonter une période difficile mais n'est pas une fin en soi. Or, nous l'avons vu à plusieurs reprises, ces femmes ne sont pas en position de recouvrer une quelconque position sociale. Dans la typologie établie par Serge Paugam (1991), elles sont totalement dépendantes de l'aide sociale : les objectifs de retour à l'emploi leur sont inaccessibles : pas de formation professionnelle, de longues périodes d'inactivité pour les soins aux enfants, pas de logement, pas de conjoint, des enfants à charge. De fait, elles sont assistées et leurs conditions de vie reposent sur les allocations familiales, tant qu'elles ont des enfants à charge, ensuite si leur état de santé le justifie sur les aides aux personnes handicapées. Pour celles qui vont en sortir, le parcours sera extrêmement long, sur une dizaine d'années, avec très peu d'espoir de recouvrer la garde de leurs enfants de façon à avoir le sentiment d'avoir une famille. Quelques unes recommenceront tout à zéro, avec un nouveau conjoint, de nouveaux enfants ; les sages-femmes l'ont bien constaté, le plus souvent ces femmes ont définitivement fait le deuil de cette partie de leur vie et de leurs premiers enfants.

Mais globalement, l'institution, par son action, va introduire un autre temps dans les parcours des femmes et de leurs enfants, rendant difficile, voire impossible, une évolution vers une situation permettant d'envisager la fin du placement et un retour dans la famille d'origine. Voici une des conclusions d'un rapport sur les sorties de l'ASE à ce propos : *« Les professionnels organisent le temps des personnes prises en charge et introduisent, avec des projets, des échéances pour « rattraper des retards » et « fonctionner au même rythme que les autres » supposant qu'un travail équivalent se fait sur le temps des autres, celui des familles en particulier (temps de rétablissement, de réflexion, de ressaisissement...), mais ce travail est rarement fait, et c'est le plus souvent un nouveau décalage qui s'installe entre ces différentes temporalités, ce qui fait les « sorties » (le temps retrouvé des uns et des autres) aléatoires et l'ajustement ou l'harmonisation des temporalités encore plus improbables »* (Gheorghiu Mihăi et al., 2002), p. 31.

Ces réflexions sont encore plus intéressantes dans le cas d'une femme toxicomane, qui ne se situe pas dans le même espace temps que les professionnels amenés à les prendre en charge, en dehors du soin pour leur toxicomanie.

B- Le temps des « mamans »

La notion du temps est un fil conducteur important dans cette incompréhension mutuelle entre les mères toxicomanes et les professionnels. Le temps n'est pas le même pour les différents interlocuteurs :

Pas du tout les mêmes espaces temps, pas du tout. Et puis nous on est pas non plus préparés à travailler sur des temps différents, parce qu'on a à construire un projet de vie pour l'enfant qui peut pas aller avec le, avec l'espace temps de la mère, enfin, c'est. On peut pas non plus laisser un enfant sans projet à l'Aide sociale à l'enfance, c'est pas possible, c'est un enfant qui à l'adolescence, ça risque de se mal passer quoi, il va nous demander des comptes.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

Bien que de manière récurrente il soit noté dans la littérature que les toxicomanes vivent dans l'urgence, dans l'immédiateté, ne peuvent s'investir sur le long ou même moyen terme, peu d'études sont consacrées à cette notion précise du temps.

Une recherche porte néanmoins sur les « perspectives temporelles » des patients et des soignants dans des centres de traitement de l'alcool et des drogues, en Suisse germanique, comparant la notion du temps chez ces deux groupes (159 patients et 107 soignants) et chez un groupe témoin. Au total, 700 personnes ont été interrogées, sur la base d'outils standardisés permettant d'identifier leur capacité à se situer dans le temps passé, présent et à venir. Cette étude montre que les patients, comme d'ailleurs les soignants de ces centres, ont des difficultés significativement plus marquées que le groupe témoin à se projeter ou à se situer dans l'avenir, mais également dans le passé (Klingemann Harald, 2001).

Une deuxième recherche, orientée sur les circonstances de la sortie de la toxicomanie, montre que des ex usagers d'héroïne décrivent le temps passé dans la drogue comme un « *temps perdu* » ou comme une durée hors du temps. Elle interroge 38 anciens toxicomanes à Glasgow (Ecosse) recrutés par le biais d'annonces dans la presse, sur le mode des récits de vie. Alors même que les entretiens n'étaient pas orientés sur cette notion, toutes les personnes interrogées ont évoqué la question du temps. Pour l'auteur, la comparaison s'impose avec des travaux sur les malades de longue durée qui ne peuvent se situer dans un temps hors de la maladie ou de la souffrance. Elle utilise en titre de son article une allusion à l'œuvre de Marcel Proust (« à la recherche du temps perdu ») qui note que le rythme du temps lui-même peut être accéléré ou retardé pour certaines personnes ; pour elle, le toxicomane est de ces gens, car il ne peut ni se projeter dans le futur ni se rappeler son passé (Reith Gerda, 1999).

Dans les recherches sur les addictions, le temps est généralement utilisé comme une variable de contrôle pour les enquêtes longitudinales : le temps passé dans un centre de soins, la première prise de drogue, etc., mais n'est pas étudié en soi (Klingemann Harald, 2000).

a) Le temps de la drogue

Deux biographies se superposent chez la mère toxicomane, celle de la drogue et celle de ses maternités. La difficulté pour concilier les deux va entraîner une distorsion des temporalités. Ainsi, un médecin spécialiste de la toxicomanie souligne ce décalage, dans une interview accordée dans le cadre d'une thèse en médecine sur la substitution pendant la grossesse : « *Le fait qu'une grossesse survienne ne détermine pas que la personne en est à une phase où elle voudrait s'arrêter. Il y a d'un côté la temporalité du processus toxicomane et de l'autre, la temporalité de la grossesse. Ce n'est pas parce qu'une femme toxicomane est enceinte, qu'elle a fini d'aimer la drogue* » (Le Blond-Vaudour Gwenaële, 1997).

Traditionnellement, on considère que trois phases se succèdent dans la toxicomanie, la « lune de miel » (expression du Docteur Olivenstein) avec plaisir prédominant, une gestion du manque avec à la fois plaisir persistant et besoin, puis la « galère » avec besoin prédominant (Gibier Lionel, 1999a). Ces trois phases correspondent à peu près à la nouvelle distinction entre usage récréatif, abus et dépendance. La grossesse va se superposer à l'une de ces phases, la deuxième ou la troisième étant plus facilement repérées par les soignants.

Les femmes qui sont dans la galère n'ont plus de prise sur le temps ; la drogue et surtout la recherche du produit saturent leur espace-temps. Le temps consacré à la drogue augmente au point que l'on puisse considérer que le corps devient lui-même l'horloge (Kinglemann Harald, 2001). Même le soin est problématique dans cette période car elles ne sont pas à même de respecter le rythme de travail des soignants. Dans certaines structures, le personnel s'adapte à cette exigence, tant que la personne n'est pas dans la capacité de respecter un rendez-vous. Voici l'exemple de Sophie, qui est très fuyante :

Donc il y a eu comme ça, ici, la possibilité pour Sophie de venir petit à petit dans l'institution. Je ne me rappelle plus qui, nous l'a adressée, comment elle a réussi à s'inscrire petit à petit dans le centre, enfin s'inscrire, si, elle est quand même dans le programme méthadone, elle vient régulièrement, euh,

moi j'ai jamais pu la voir après lui avoir donné un rendez-vous ; parce qu'elle est pas vraiment en capacité de venir dans le cadre d'un rendez-vous ; donc moi je la vois, de temps en temps, quand elle est très, très mal, elle attend manifestement qu'on le voit et qu'on la voit, chose qu'on arrive à peu près, enfin les infirmières et moi. Je ne suis pas certaine qu'elle voit les assistantes sociales, elle vit de toute façon toujours de manière très, très marginale, très, très marginalisée, mais bon, elle vient régulièrement.

Psychiatre, CSST, entretien n° 37.

Dans cette phase il n'y a guère de place pour le soin et encore moins pour l'enfant, qui n'est pas investi, ni pensé avant sa naissance.

La recherche d'aide par rapport à la consommation et la volonté des femmes de s'inscrire dans un programme de soins va a posteriori souvent être basée sur la volonté des femmes de récupérer la garde de leurs enfants (Poole Nancy et Isaac Barbara, 2001). Cette inscription dans le soin réintroduit le temps dans leur vie, la méthadone par exemple leur rendant plein de temps, d'où un risque de conflits voire de dépression (Kinglemann Harald, 2001). Le temps nécessaire pour les soins intensifs à un nouveau-né peut contrebalancer cet excès de temps, pour celles qui en ont la garde.

Les deux extrêmes peuvent ainsi être observés dans les histoires de vie recueillies dans le cadre de cette recherche. Soit le placement de l'enfant provoque une plongée dans la drogue voire l'errance, la femme perdant totalement pied¹⁸⁹, soit au contraire il provoque un sursaut pour essayer de s'en sortir, basé sur l'espoir de récupérer l'enfant.

Donc je suis pendant deux ans dans la rue, à galérer, à ne pas manger, à tomber dans les pommes, enfin je voulais crever, quoi, à me tailler, à me tailler, j'arrivais pas à crever, tu vois, parce qu'il y a que les mauvais gens qui arrivent à crever (rires) tu vois je suis pas si mauvaise que ça !

Carole, entretien n° 39.

La sortie de la drogue a fait autant que son entrée l'objet d'études sociologiques. Les études épidémiologiques confirment qu'il n'y a plus de personnes dépendantes passé un certain âge. Comme le note A. Ogien « *Un constat s'impose*

¹⁸⁹ - Toujours selon un système de dégringolade qui malheureusement conforte les équipes dans l'idée que le placement était urgent et indispensable.

donc : la majorité des drogués met un terme à sa dépendance, dans une succession d'essais et échecs répétés, avec ou sans l'aide de proches, de parents, de médecins ou de services d'assistance » (Ogien Albert, 2000). Selon cette même source, deux données interagissent sur ce résultat, l'âge et l'atténuation du plaisir.

Pour Robert Castel, ce constat qu'il n'y a plus guère de toxicomanes passé l'âge de 35 ans signifie « *que la majorité de ceux qui ont consommé sont alors ailleurs que dans le trip de la drogue. Ils ont réorganisé leur vie autrement, autrement que sur ce centrément sur la drogue qui parasite tous les secteurs de l'existence et en fait une sorte « d'expérience totale » mobilisant quasi toutes les énergies du sujet » (Castel Robert, 1994) p. 24. Ainsi, dans cette recherche, sont considérées comme sorties de la toxicomanie, les personnes pour lesquelles la drogue ne constitue plus la ligne biographique dominante depuis au moins deux ans.*

Le temps de ces femmes, c'est donc aussi le temps qui va permettre de se sortir de la toxicomanie, de tirer un trait sur les années de galère ou d'errance. Certaines bien sûr n'en sortiront pas sur la durée de l'observation, même si elle est très longue, d'où le peu de retour pour les intervenants sur les situations bien terminées (les assistantes sociales, comme les juges, ne sont informées que des catastrophes).

La sortie de la toxicomanie pour ces femmes se fait plus ou moins vite. Pour les plus malchanceuses, la fin sera le décès d'overdose, de mort violente ou de sida¹⁹⁰. Dans beaucoup de situations qui nous ont été décrites, plusieurs années après, les autres réapparaissent avec un nouveau conjoint, elles ont recommencé une nouvelle vie et un nouveau bébé va concrétiser ce changement, qui signe leur réapparition dans le champ de vision de l'hôpital. Elles vont devoir prouver ce détachement d'un passé chargé.

¹⁹⁰ Selon une étude de l'OFDT, menée sur les décès dans des cohortes figurant dans le fichier FNAILS des interpellations, le risque de décéder à âge égal pour les femmes est neuf fois supérieur à celui de la population générale (Lopez Dominique *et al.*, 2004).

C'est pas simple, c'est de toute façon pas simple et que en tout cas, ce qu'on a l'impression, ce qu'il y a de bon à en dire c'est en tout cas essayer de les entourer jusqu'à ce que peut être il y ait un déclic, une maturité qui se fasse, une histoire à reconstruire. Je pense à cette jeune femme que j'ai rencontrée dix ans après avec son compagnon et on sentait que bon c'était sa porte de sortie, on sait pas ce qu'elle est devenue, elle est peut être depuis, etc. J'avais l'impression que...elle expliquait ça, j'étais en révolte totale contre ses parents, contre son mariage plus ou moins imposé, etc. comme si, elle disait, j'avais trouvé ce moyen pour embêter mes parents pour ne pas dire autre chose, bon. Qui eux étaient des gens entre parenthèses tout à fait normaux, etc. mais elle dit il m'a fallu dix ans pour voir qu'ils étaient comme tout le monde, pas si mal que ça finalement (rires) bon, voilà. Et elle disait moi je leur suis vraiment reconnaissante ils se sont occupés de mon fils c'était un garçon, donc voyez mais lui avait été confié par la justice à ses grands-parents, parce que là on les avait trouvés parfaitement capable d'élever leur, le petit fils, quoi.

Cadre sage-femme, entretien n°16.

La jeune femme qui est décrite ici a finalement pu reconstruire une autre vie sans drogue, avec un nouveau conjoint, un nouveau bébé. Plusieurs interlocuteurs nous ont cité des cas semblables de reconstruction, après la drogue.

La sortie de la toxicomanie est une étape éventuelle importante dans ce temps de la drogue. Mais elle revêt des aspects bien plus complexes que le simple abandon d'un produit, particulièrement depuis la fin des années 1980, période où la drogue est devenue une composante essentielle du mode de vie des quartiers. Comme le note Patricia Bouhnik et al., « *Il devient très difficile de se séparer du milieu, du mode de vie et des pratiques qui y sont associées. Le quartier fonctionne alors comme un aimant dont on ne peut se détacher partiellement, et qu'il faut quitter définitivement pour en finir sans autre alternative [...] Pour ces personnes, il s'agira surtout de sortir de l'emprise d'un style de vie où l'ensemble des dimensions font système dans le sens où toutes les bases de la vie matérielle, sociale, économique et affective deviennent inter-dépendantes* » (Bouhnik Patricia et al., 2002).

Une difficulté de sortie de la toxicomanie est l'environnement du quartier, les autres jeunes, connus dans la galère. Il faut souvent une rupture, un déménagement pour reconstruire une vie sans drogue. Quelques uns peuvent s'en

sortir sur place, ce fut le cas de Christine, comme le souligne le médecin qui l'a suivie dans cette période de sa vie :

Je ne sais pas comment elle gère tout ça. Elle. Et même, quand elle vient ici, elle croise des gens qui la connaissent, enfin des anciens comme elle, des toxicos, alors certains qui ont arrêté, certains qui ont continué et non, elle est assez sereine, elle a jamais peur de venir, on a l'impression que ça fait vraiment partie...

Médecin CHU, entretien n° 36.

Comme le montre une recherche sur « toxicomanie et maternité » menée à Québec par des récits de vie auprès de 54 femmes consommant des toxiques et venant d'accoucher, la maternité crée une nouvelle dynamique dans les trajectoires de consommation de ces femmes et leur offre la possibilité de faire dévier cette trajectoire (Guyon Louise et *al.*, 2002).

b) Le temps d'être mère

Devenir mère suppose un long processus qui s'inscrit dans le temps de la femme, de la grossesse jusqu'à l'investissement de l'enfant.

« Le concept de maternalité est l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité. C'est le chemin à parcourir pour aller de la relation de l'enfant imaginaire à l'enfant réel après la naissance. Ce temps de la maternalité représente le temps nécessaire à l'élaboration d'une véritable phase dans laquelle on retrouve un équilibre instable entre pulsions et défenses, puisque sont réactivés à la fois les désirs infantiles et les mécanismes qui s'y opposent » (Taboada Marijo et *al.*, 2001).

Bien souvent, les femmes toxicomanes ne prennent conscience de leur grossesse que très tardivement et elles disposent, de ce fait, d'une période tronquée pour passer de l'enfant imaginaire à l'enfant réel. Néanmoins, la grossesse est une période qui réintègre le temps dans la vie de la femme toxicomane en lui donnant une échéance à laquelle elle est contrainte par son corps. Une enquête nationale

canadienne a montré que la grossesse était pour les femmes une des raisons principales à l'arrêt de la consommation des substances (Rutman Deborah *et al.*, 2000).

Pour certaines femmes, nous avons déjà noté les grossesses répétitives, souvent liées au placement des enfants précédents. Elles peuvent également se positionner dans un processus de maturation de la mère et une envie différente d'avoir un enfant, souvent parce que les aînés sont issus de grossesses précoces. Voici comment l'exprime une femme, citée dans une recherche menée en CSST, à propos de son quatrième enfant : « *Donc l'avoir pour moi, c'est comme le premier quoi en fait... parce que le premier est chez ma mère, le deuxième, j'ai dû le donner à 9 mois parce que j'étais sous héro et la petite (...) je l'ai donnée, elle avait 3 mois... on donnait à gauche et à droite* » (Taboada Marijo *et al.*, 2001). L'expression de cette femme est significative : elle « donnait » les enfants, ce qui suppose une action positive de sa part, elle ne dit pas qu'on les lui a pris alors même qu'elle l'exprime par ailleurs, « *j'ai dû le donner* ». Elle semble donc assumer entièrement ce qui s'est passé avec ses enfants précédents, à un moment où elle n'était pas en mesure de les prendre en charge.

Pourtant pour certaines femmes, la durée de la grossesse va être un temps « entre parenthèses » qui va permettre d'interrompre la consommation. Elles disent vouloir être « parfaites » pour l'enfant à venir et fondent tous leurs espoirs de changer de vie par cette grossesse. Ainsi Brigitte affirme avoir arrêté dès l'instant où elle a su qu'elle était enceinte :

Pendant ma première grossesse, j'ai tout arrêté.

[Question : Parce que la grossesse vous a paru un moment important pour arrêter ?]

Oui, oui. Et puis en fait à force de voir tous mes concubins décéder...

[Question : Il était mort quand ?]

Il était mort quand j'étais enceinte de trois mois, madame. Alors je peux vous dire que j'ai beaucoup souffert. Ça a été dépression nerveuse sur dépression nerveuse, psychiatrie, traitement de choc et je m'en suis bien sortie.

[Question : Vous avez réussi quand même à arrêter le produit pendant cette période ?]

J'ai arrêté, totalement depuis...

[Question : Et il n'y avait pas ni substitution ni rien, vous avez réussi à être... et vous étiez quand même prise en charge, vous étiez entourée ?]

Oui, oui, j'étais entourée d'un psychiatre, c'était le Dc X qui est toujours ici d'ailleurs et j'ai été beaucoup aidée par Mme (c'est l'AS) aussi

[Question : Ah vous l'avez connue à cette époque ?]

Je l'ai connue à l'époque. Et puis j'ai pris la résolution, comme j'étais enceinte, d'arrêter tout ça. Et j'ai jamais recommencé

[Question : Vous imaginiez pas d'être une maman... ?]

Jamais

[Toxicomane, avec les enfants]

Non jamais. Non, non je peux pas me permettre de leur laisser cela. Non, non j'aime trop mes enfants pour dériver comme ça...

[Question : Vous aviez voulu être enceinte ?]

Oui, oui

Brigitte, entretien n° 10.

Il est difficile de savoir si la fin de la toxicomanie a réellement coïncidé avec la grossesse car de nombreuses femmes toxicomanes investissent leur grossesse du pouvoir de les sortir de leur dépendance. Mais, bien souvent, la femme ne fait rien en ce sens, se contentant d'évoquer cette possibilité. Pour Marijo Taboada, « *Cet espoir de changement semble toutefois se faire sur un mode de pensée magique. La maternité est décrite comme un moteur puissant, susceptible de résoudre les difficultés à être* » (Taboada Marijo et al., 2001).

Cette forme d'espoir miraculeux peut également être partagée par le père, qui s'inscrit également dans cette pensée magique de l'enfant qui fait disparaître la drogue :

Donc me voilà, il continue à prendre de l'héroïne, etc. bon, il me disait : « quand tu seras enceinte, ce sera merveilleux, on prendra plus toutes ces merdes ».

Sandra, interviewée en février 2002 par Sandrine Aubisson.

Pour d'autres observateurs, la grossesse et le devenir mère vont être pour ces femmes une occasion de porter un autre regard sur leur propre existence, de se découvrir une nouvelle identité : « *La capacité à ne pas se percevoir uniquement comme une junkie, une loser 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 ces femmes ce type d'identité et sont des expériences porteuses d'une forte signification* » (Ernst Marie-Louise, 2001).

Néanmoins, cette volonté d'arrêter ou de diminuer la drogue pendant la grossesse, qui se traduit par un sevrage du produit est dangereuse pour l'enfant. Le sevrage est aujourd'hui formellement déconseillé pendant la grossesse car il fait courir des risques importants de souffrance foetale, voire de décès de l'enfant. De ce fait, la mise sous substitution des femmes enceintes désirant arrêter la consommation d'héroïne est le choix conseillé, bien que le problème du syndrome de sevrage du nouveau-né reste entier et source de culpabilité pour la mère.

Le décalage entre les deux chronologies, celle de la consommation et celle de la maternité, va souvent provoquer un enchaînement de décisions incompréhensible pour les mères. Bon nombre d'études interrogeant les femmes en font mention, nos entretiens également. Alors que la femme n'est pas repérée dans sa phase de consommation, elle l'est ultérieurement, les décisions concernant la garde des enfants vont s'inscrire de façon plus tardive et les enfants vont lui être retirés alors qu'elle ne consomme plus. Voici un extrait d'entretien d'une enquête canadienne sur les soins maternels : « *C'est pendant que je consommais que la Protection de l'enfance aurait dû intervenir. Mais dans mon cas, ils ne sont pas intervenus à ce moment ; ils ont attendu que je sois désintoxiquée depuis six mois et en rétablissement et que je suive mon traitement. C'est à ce moment-là qu'ils sont intervenus* » (Condition féminine Canada, 2002).

Les femmes que nous avons rencontrées étaient de la même façon choquées de se voir reprocher une toxicomanie à laquelle elles avaient mis fin, en s'inscrivant dans un programme de substitution.

Pour les professionnels, la grossesse et l'accouchement vont constituer une parenthèse, un temps qu'il faut mettre à profit dans l'histoire de la femme. Ainsi l'expression « *a window of opportunity to work* » est utilisée (Nair Prasanna *et al.*, 1997), pour expliciter cette possibilité d'intervention, cette ouverture. La plupart des professionnels considèrent qu'il s'agit d'une période propice à l'intervention dont il faut profiter (Rutman Deborah *et al.*, 2000).

Pour les femmes aussi, la maternité est une chance qu'elles doivent saisir, comme elles l'ont exprimé dans cette recherche canadienne : « *D'après leur discours, les*

expériences humaines qui les ont amenées à vivre des situations dans lesquelles la dépendance se crée, trouvent un écho dans l'arrivée de l'enfant. C'est pourquoi il faut que la maternité réussisse. En effet, on peut faire l'hypothèse que la maternité n'est pas une expérience indépendante de l'expérience de la toxicomanie dans le sens suivant. Par la maternité, les femmes vont contrer leur histoire, elles vont changer les situations et les perceptions qui les ont amenées à consommer » (Ernst Marie-Louise, 2001). La grossesse peut aussi être pour la femme toxicomane une ressource, « une butée extérieure qu'elle ne trouve pas dans son for intérieur pour arrêter vraiment la drogue » (Rosenblum Ouriel, 2004), p. 467.

De fait, l'échec de cette expérience, par le signalement, l'aide éducative et pire encore le retrait de l'enfant, pourra directement entraîner une rechute dans la toxicomanie, comme refuge constant face à ces expériences disqualifiantes. Or pendant la période qui suit directement l'accouchement, la plupart des services qui sont proposés sont axés directement sur le bien-être de l'enfant, par exemple la protection infantile prend le relais de la protection maternelle, ce qui est très symbolique.

L'absence de repères temporels des femmes toxicomanes n'est pas absolue et elle intrigue de nombreux intervenants, car il s'agit plutôt d'une discontinuité dans leur rapport à l'enfant, ce qui a déjà été souligné, à propos de leur errance :

Et dans le déroulement du placement, euh, alors des situations où la mère disparaît complètement, on ne sait plus, elles sont dans l'errance et tout à coup, elles reviennent ! Alors soit par un téléphone, soit par une visite, soit elles arrivent dans l'urgence, comme ça, ou elles... et ce que j'avais pu repérer c'est des moments clé. Cette maman-là par exemple, pendant huit mois plus de nouvelles et puis l'anniversaire arrive, hop elles vont revenir, parce que malgré tout, euh, l'anniversaire des enfants, elles l'avaient pas oublié, mais pendant huit mois, elle n'avait pas été en mesure de se manifester et de nous donner à nous des éléments pour qu'on puisse éventuellement les transmettre, donc, on est dans l'abandon quelque part, et en même temps, dans des moments comme ça très importants du placement, elles resurgissent.

Educatrice spécialisée ASE, entretien n° 13.

Pour cette éducatrice, ces moments où la mère réussit à réinvestir l'enfant, se souvient de son anniversaire, etc. , coïncide avec des périodes où elle est dans le

soin, ou mieux prise en charge, dans un répit de sa consommation. En Effet, comme le relèvent des chercheuses canadiennes : « On peut faire l'hypothèse que la maternité n'est pas une expérience indépendante de celle de la consommation abusive. Par la maternité, la très grande majorité des femmes que nous avons rencontrées pensent pouvoir contrer leur histoire et changer les situations ainsi que les perceptions qui les ont amenées à consommer » (de Kominck Maria *et al.*, 2003).

c) Les mères indisponibles

Outre les professionnels qui regrettent souvent le manque de temps dont ils disposent pour faire face à ces problématiques, ce sont les femmes qui sont le plus souvent montrées comme manquant de temps pour les soins à l'enfant. Le risque le plus souvent rapporté concernant les mères toxicomanes est ainsi leur incapacité à être disponible 24 heures sur 24 pour leur enfant. Elles pourraient ainsi le mettre en danger par des négligences répétées. Cette expression, « *être disponible 24 heures sur 24* », a été utilisée par plusieurs de nos interlocuteurs, aussi bien médecin, qu'assistante sociale ou puéricultrice.

Oui mais c'est souvent ce que j'ai entendu pour les mamans toxicomanes, elles sont pas forcément des mauvaises mamans, mais elles sont pas des mamans capables d'être disponibles 24 heures sur 24. donc, euh, il faut comme ça des gens qui puissent euh...

Puéricultrice, entretien n° 5.

Pour de nombreux professionnels de la maternité interrogés, une caractéristique essentielle de ces femmes toxicomanes serait ce manque de totale disponibilité. Cette même notion est remise en question avec véhémence par les intervenants en toxicomanie, nous l'avons vu, qui estiment que la mère parfaite disponible 24 heures sur 24 n'existe pas de toute façon, même en dehors de la drogue.

Cette question de la disponibilité peut déboucher sur deux autres aspects : la rechute dans la toxicomanie rendant la mère indisponible aux besoins du bébé et

éventuellement les poursuites judiciaires et le risque d'incarcération. La mère incarcérée conserve, nous l'avons vu, son autorité parentale et ce sont les services chargés du placement qui doivent organiser le maintien du lien, en emmenant l'enfant en visite. Les travailleurs sociaux de l'Aide sociale à l'enfance remplissent cette fonction généralement eux-mêmes, passant rarement par l'intermédiaire des associations.

Oh il y a des enfants pour lesquels ça a été plus compliqué hein, surtout quand il y a des incarcérations très, très longues. Donc l'enfant il a, difficile pour lui quoi. Quelque chose d'insupportable. Surtout quand la condamnation est longue, quand ils sont en maison d'arrêt, les grandes maisons d'arrêt sur Rennes, etc. les enfants ne supportent plus, quand c'est 10 ans. Sur les périodes d'incarcération courtes, c'est toujours trop long hein, plus courtes, c'est gérable. Mais sur les longues incarcérations, c'est très, très difficile.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 19.

Les situations d'hospitalisation sont également loin d'être inhabituelles pour ces femmes toxicomanes, surtout dans le contexte des années du sida.

Ces enfants-là, vous voyez ces deux enfants-là, on les a accompagnés dans tous les milieux. La prison, la réanimation, il a absolument voulu voir, par exemple, l'aîné, il a absolument voulu voir sa mère en réanimation. On y est allé d'abord, nous. Déjà nous on en a pris plein la tête, on entrait de façon perlée, elle écoutait, parce que... elle entendait hein, on voyait qu'elle réagissait donc, euh. Donc si elle réagit, elle verra bien le gamin, il le demande hein, pas simple. Mais bon... toute cette, je dirais comme ça avec le recul, tout ce parcours de morbidité quelque part, on l'a fait vivre quoi, on a voulu qu'il soit vivant. Je pense que ça c'est indispensable, dans le cadre du placement.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 19.

On paraît ici assez éloigné d'une représentation négative, de l'Aide sociale à l'enfance, comme un service rigide, déshumanisé et purement administratif.

L'indisponibilité maternelle peut souvent être partielle, en pointillés. Surtout pour les mères qui ont des problèmes psychiatriques, mais également pour celles qui ne sont que « toxicomanes », l'investissement sur l'enfant ne peut se faire en continuité :

Et puis la petite fille va bien. La relation avec la maman, le bébé sourit peu à la fin. C'est quand même un bébé qui se rassemble, c'est un bébé qui va bien psychologiquement parlant, elle se développe bien, elle a une bonne préhension. Mais bon, la relation avec la maman elle est intermittente, elle est pas là psychiquement tout le temps. Mais quand elle est là, elle a quand même une relation avec sa fille.

Médecin PMI, entretien n° 8.

Enfin, pour certaines femmes, les premiers mois sont souvent consacrés au bébé, du fait d'une phase de fusion déjà évoquée, avant que les comportements d'errance ne réapparaissent :

Oui, moi, je me souviens d'une maman. Il y avait eu un signalement judiciaire à la maternité, non il avait pas été fait, il avait été fait pour des enfants précédents. Là, il y avait eu un signalement PMI, j'avais suivi l'enfant en PMI. J'étais très étonnée de voir une très bonne relation avec la maman, avec son bébé, une très bonne relation mère-enfant tout le temps que je l'ai suivie. Et puis quand l'enfant a eu un an il a été placé, parce que le père, qui était incarcéré, était revenu dans le circuit, il y avait un gros trafic d'électroménager et, la police a trouvé ce papa avec le bébé, en pleine nuit, dans un, un été au mois d'août, et comme il y avait ce trafic autour, le père a re été emprisonné, le bébé placé. L'enfant avait un an.

[Question : Parce que la mère avait disparu, ou ?]

La mère, oui, elle était malade. Elle traînait avec une bande de jeunes toxicomanes, elle s'alcoolisait à la bière, elle avait des périodes d'errance et là, c'était une période où elle était pas là de la nuit, quoi.

Médecin PMI, entretien n° 8.

Sur la gestion de leur temps, ces mères sont souvent confrontées à des demandes exagérées des professionnels, qui exigent qu'elles soient des mères parfaites, en quelque sorte en échange des soins qu'on leur apporte. Ainsi dans ce centre maternel, les puéricultrices ne relativisent pas certaines situations :

Quelquefois c'est à la demande des mères hein, enfin demande ça dépend comment on leur présente, vous n'y arrivez pas ce serait bien de... on a eu une maman qui avait des jumeaux et un week-end sur deux, ils partaient chez leur parrain, on dit comme ça, donc chacun dans leur famille, mais après mais bon, c'est mal vu par les auxiliaires ça !

[Question : que les enfants aillent d'un endroit à l'autre ?]

Oui, enfin qu'ils soient pas le week-end avec leur mère. Et là aussi les enfants sont partis un mois cet été chacun de leur côté, un à l'Ile de Ré, l'autre je sais pas où, ça c'est perçu comme, ouais elle a fait des enfants et elle sait pas sans occuper, euh, elle peut rester un week-end avec eux, elle les supporte pas,

[Mais il y a une grande majorité des gens qui envoient les enfants chez les grands-parents quasiment tous les week-ends et en tout cas toutes les vacances et on trouve ça normal.]

Celles qui ont des enfants sont les premières à dire ce week-end avec la pluie qu'est-ce que j'en fait, enfin des choses humaines, quoi
[Donc on leur demande d'être plus mères que les autres ?]

Voilà

[Plus bonnes mères que les autres]

Voilà parce qu'elles sont à l'essai quoi ! enfin je trouve ça. Enfin elles sont scrutées, quoi, elles sont dans le centre, on les regarde de partout. A la crèche on va regarder la relation mère-enfant, les éducateurs vont regarder si elles trouvent du boulot, quand elles vont manger dans la salle à manger je sais pas comment elles font pour y aller parce que elles mangent avec les éducateurs, les auxiliaires, enfin bon, et la puéricultrice regarde comment elle donne à manger à son enfant et après ça va être repris en réunion, enfin vous voyez donc, enfin tout, je sais pas comment elles font.

Auxiliaire de puériculture centre maternel, entretien n° 44.

Enfin, le dernier aspect sur cette question du temps des mères est la difficulté pour ces femmes toxicomanes de respecter le temps imposé par l'activité des professionnels, d'où une nouvelle forme de décalage.

d) La compliance aux horaires institutionnels

Pour l'ensemble des familles en contact avec les services de protection de l'enfance, la question de l'adaptation des temps de chacun est soulevée de façon récurrente : « *La violence institutionnelle vécue par les familles est un donné important, car l'intervention des professionnels, aussi respectueuse qu'elle puisse être, nomme des difficultés et des douleurs. Le « droit au temps » s'accommode mal d'un accompagnement trop standardisé. Il est, par exemple, patent que les horaires d'ouverture des administrations ne sont pas une aide, mais au contraire souvent une contrainte supplémentaire –voire, dans le cadre des évaluations notamment, une source d'a priori – pour des familles déjà en difficulté* » (Romeo Claude, 2001), p. 17.

Pour les femmes toxicomanes, ce « droit au temps » est une donnée d'autant plus importante qu'elles ne vivent pas dans un espace temps semblable à celui des institutions. Leur incapacité à respecter les horaires des rendez-vous (voire même les jours) est en effet souvent retenue à leur encontre, comme une preuve de mauvaise volonté, ou de ce qu'elles ne souhaitent pas vraiment voir leur enfant s'il

s'agit de la pouponnière. Le professionnel, exaspéré par des manquements récurrents, pourra ainsi utiliser son propre temps en forme de punition « *ben moi, je n'ai plus le temps* » pour refuser le rendez-vous manqué.

La dysrythmie déjà évoquée fait que les femmes toxicomanes sont décrites comme des mères n'ayant pas le même rapport au temps que les autres personnes, et en tout cas pas la notion des horaires des institutions, d'où quelques fois des conséquences dramatiques, quand un délai est prescrit par une loi.

Donc dans le suivi, euh, il faut faire avec, c'est des gens qui vous appellent pour dire ah ben oui je pourrais pas venir aujourd'hui, alors oui mais on avait pas rendez-vous. Qui ont des, dans ses propos il y a beaucoup de discordances de temps, elle passe d'un sujet à un autre, euh, il y a quand même quelques particularités je trouve par rapport à cette maman, mais, on fait avec.

Assistante sociale, entretien n° 14.

En même temps, la plupart des professionnels rencontrés se disent sensibles à ce décalage et essaient de s'adapter à cette particularité en adoptant la souplesse nécessaire, afin de ne pas se situer dans le rejet. Les centres de soins peuvent ainsi, nous l'avons évoqué, accepter une cliente qui se présenterait en dehors de tout rendez-vous. La lourdeur de la démarche administrative est néanmoins soulignée. Par exemple, l'Aide sociale à l'enfance, tout comme le juge, convoque systématiquement les femmes par courrier, le plus souvent recommandé, tout en émettant des doutes sur cette façon de procéder, car le plus souvent elles ne font pas la démarche d'aller chercher de tels courriers à la poste, ce qui renforce le sentiment qu'elles ont disparu.

Oui, elles sont pas dans nos habitudes de vie, elles sont pas dans nos habitudes institutionnelles, elles sont en dehors de tout, quoi. Et comment se raccrocher a minimum pour ne pas mettre du lien entre elles et nous, il faut vraiment qu'on s'adapte aussi à leur fonctionnement. Alors c'est vrai nous, on est très disponibles.

[...]

C'est vrai que, car il faut voir en fait que l'espace temps c'est pas le même quoi et que nous ça reste quand même une logique très administrative, hein ! on va, c'est par convocation, et même les convocations, on met les adresses comme ça, on sait même pas si elles les reçoivent, on envoie, ici on envoie des convocations, mais est-ce qu'elles les reçoivent ? Les recommandés, ça arrive jamais. Elles sont même pas dans la logique d'aller chercher un recommandé à la poste, pour elles c'est une démarche qui n'existe même pas.

Hum

C'est comment adapter cet espace temps entre leur temps à eux et notre temps à nous, en fonction de projets de vie, qu'on fait pour l'enfant, quoi, comment adapter, comment trouver, ça, c'est des questions qui restent toujours.

Cadre administratif ASE, entretien n° 15.

L'assistante sociale polyvalente qui s'occupe de Carole a discerné chez elle ce problème quant au respect des rendez-vous :

Bon, elle a des fois, elle a un petit peu de mal, au niveau des horaires ou des jours à s'organiser dans le temps, donc elle est souvent dépassée, dès qu'elle a deux rendez-vous dans une journée elle est perdue, elle est plaintive, mais on sent quand même qu'elle y met quand même de la bonne foi, parce que je sens qu'elle a bien saisi que, euh, autant pour elle que pour la petite il valait mieux qu'il y ait un travail en collaboration et que c'est mieux pour eux, que c'était, que ça allait dans son sens.

Assistante sociale polyvalente, entretien n° 42.

Ainsi cette absence de repères chronologiques, va faire que la nécessité de reconnaître son enfant dans le délai de 2 mois et un jour, par exemple, débouchera sur l'inscription des enfants comme pupilles de l'Etat, alors que leur mère ne souhaite pas les abandonner mais qu'elle sera dans l'incapacité de faire les démarches dans un tel délai.

Oui, deux mois et un jour. Au bout de deux mois et un jour l'enfant est reconnu pupille définitif

[C'est court !]

Oui, c'est court. Parce qu'ici, on est pas dans les mêmes espaces de temps, c'est ce que je disais tout à l'heure hein. Pour elles deux mois et un jour c'est comme si c'était le bout du monde ou alors c'est comme si c'était demain, quoi, je veux dire, elles ont pas de représentation du temps du tout.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

En même temps, si nos interlocuteurs ici tendent à trouver que ces délais sont trop courts pour une mère toxicomane, la littérature autour de la question de l'abandon décrit cette période comme inutilement longue et source d'angoisse pour le nouveau-né, dans un entredeux inacceptable. Ainsi pour les accouchements sous X, des professionnels réclament que la mère puisse refuser le délai de rétractation pour que l'enfant soit adopté dès sa sortie de la maternité, ce qui lui éviterait d'autres séparations traumatiques (Szejer Myriam et Caumel-

Dauphin Francine, 2001). Actuellement, d'après les professionnels rencontrés à l'Aide sociale à l'enfance quand les choses se passent au mieux, le délai est de deux mois avant l'adoption ajoutés aux deux mois de rétraction pour la mère, soit une arrivée en famille adoptive vers l'âge de quatre mois.

Des professionnels nous ont rapporté des cas où des familles reviennent chercher l'enfant après plus d'un an « de désintérêt manifeste », comme s'il ne s'était passé que huit jours. Elles découvrent alors qu'elles n'ont plus accès à leur enfant, voire qu'il a déjà été adopté, sans aucun recours pour elles.

A contrario de ce temps très long qui passe, ces mères sont également décrites comme impulsives et ne supportant pas de voir leur demande différée.

Et puis c'est vrai, elles sont pas dans le même temps que nous, elles c'est dans l'immédiateté, elles demandent à rencontrer tout de suite leur enfant, et elles sont pas dans les mêmes temps, et nous on est pas dans le même temps que ces mamans-là et la pouponnière a aussi des temps différents de rencontre. Pour elles c'est un parcours du combattant, je crois. Je veux dire une fois que l'enfant est confié, il faudrait être disponible immédiatement à leur demande, hein, c'est tout de suite et maintenant et c'est pas demain, quoi.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

Or ce temps immédiat s'oppose également à la culture professionnelle de ces services, formés à instaurer et à maintenir du lien, ce qui ne peut se faire évidemment que sur du moyen et long terme, donc jamais dans l'urgence, nous l'avons déjà mentionné.

Et c'est pas dans cette culture là qu'on, enfin c'est pas dans notre culture professionnelle qu'on a à l'Aide sociale à l'enfance, il faut du temps pour prendre du lien, il faut du temps pour, euh, pas tant pour en parler à l'enfant, mais que pour la personne, comment dire, qu'on arrive à comprendre ce que la mère souhaite, par rapport à cet enfant. Pas réinvestir la maman tout de suite, pour après être de nouveau dans un abandon, donc nous c'est un temps décalé. Hein, il faut qu'on évalue ce temps-là avec cette maman.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 15.

Le décalage du temps évoqué ici concerne bien l'institution, c'est elle qui est relatée comme ayant un « temps décalé ». Le fait que ce soit une forme de pouvoir

ou de violence qui s'impose à l'autre n'est par contre pas perçu par notre interlocutrice.

La même difficulté était décrite à propos des centres de soins qui ne répondaient pas immédiatement à une demande de sevrage, afin de tester au préalable, la motivation des personnes lors de cette démarche. Mais les durées de quatre ou six mois d'attente à l'entrée des centres de soins ont fini par être perçues comme décourageant le recours aux soins. Ainsi, on ne peut pas nier la complexité d'organisation des pouponnières par exemple car l'emploi du temps est guidé par les besoins physiologiques des jeunes enfants qui leur sont confiés.

C'est vrai que les rendez-vous, on fait des plannings de visite, on essaye de faire que tous les parents ne se retrouvent pas en même temps dans la pouponnière, donc on essaye d'organiser. Bon ben, avec des mamans toxicomanes, on est incapables de tenir des plannings, je veux dire, elles vont venir à un moment où on ne les attend pas, et pourtant on essaye tout le temps d'adapter, mais je crois que ça, ça relève de l'impossible et ça elles ont toutes le même profil là-dessus, je crois qu'il n'y a pas...

Assistante sociale, pouponnière ASE, entretien n° 24.

Les autres services, comme ceux qui organisent les mesures en milieu ouvert pointent le manque de souplesse des pouponnières face à ces parents qui ont du mal à se situer dans le temps, ce qui rend les choses problématiques, ce responsable en est bien conscient :

A la pouponnière, ils disent, on essaye d'être souples, mais vous comprenez il y a les autres parents, il faut pas faire de précédents devant les autres parents, il y a les besoins du service, donc si on doit faire ça avec les enfants à telle heure, il est pas question que les parents viennent après cette heure-là, enfin des choses comme ça et c'est vrai que quelque part, on les punit aussi. Mais comment ça, vous n'êtes pas venue à l'autre rendez-vous, donc celui-là vous le voyez pas, c'est...

[Et la séparation est organisée par...]

Oui, elle est organisée. En plus, avec l'Aide sociale à l'enfance, quelquefois les calendriers sont faits de manière très arbitraire, sans consulter les parents. Si bien que quelquefois les parents ont des impossibilités pour des rendez-vous à telle date, parce que c'est prévu, je sais pas, il y a des choses franchement...

Chef de service SSE, entretien n° 43.

Il est le seul de nos interlocuteurs à envisager que la gestion du temps des parents par l'institution soit également utilisée comme punition lors de leurs défaillances, ce qui nous ramène à cette notion de pouvoir sur le temps de l'autre.

Dans son récit, Christine explique qu'elle n'a été qu'une seule fois voir son fils à la pouponnière et que cela s'est mal passé, au point de ne jamais y revenir :

Non, non, j'y suis allée qu'une seule fois. Ils m'ont amené mon fils, ensuite ils me l'ont arraché des bras au bout de quelques minutes. Ça m'a fait tellement mal que, eh ben finalement, que je suis retombée dans la drogue, dans la prostitution, j'avais plus rien. J'en avais assez des vols, quoi...

Christine, entretien n°12.

Ainsi, dans les récits de femmes, cet aspect est tout aussi important, elles ressentent qu'on ne leur a pas donné le temps : d'arrêter de consommer, de devenir mère, de s'occuper du bébé, de s'en sortir. Bien que les professionnels soient bien conscients que la toxicomanie est un facteur qui s'inscrit dans la durée, la maternité projette la mère dans une urgence peu accessible.

e) La diversité des parcours

A la lecture attentive des récits de vie recueillis auprès des femmes, il apparaît que les séquences toxicomanie, maternité, mesures concernant les enfants, conjoints, délinquance, etc. se succèdent dans un ordre qui n'est pas toujours celui que les professionnels semblent imaginer. Ainsi pour la plupart d'entre eux, il ne fait pas de doute que la toxicomanie lourde, dangereuse, comme l'errance, soient la cause du placement de l'enfant. Dans les récits de certaines femmes au contraire, à des phases de consommation abusives de drogues (comportements à risques mais avant la dépendance) vont pouvoir correspondre une réponse inadéquate, sous forme du placement de l'enfant, qui va précipiter une rechute dans la drogue, l'errance et la déchéance, d'autant plus nous l'avons déjà souligné, qu'une fois l'enfant placé, l'urgence a disparu et que la mère n'est que peu secondée dans ses efforts.

Ainsi, plusieurs observations montrent que souvent la durée de la grossesse ne permet pas de trouver des solutions aux problèmes sociaux de ces femmes¹⁹¹ et que la situation qui avait connu une embellie se dégrade de nouveau rapidement. Voici ce qu'en dit l'un des derniers rapports du dispositif TREND¹⁹² : « *Dans cette population de personnes désinsérées, certaines des femmes usagères de drogues ont eu des enfants. Si la grossesse n'est pas toujours planifiée, elle constitue, en général un moment privilégié où les réponses sociales offertes permettent aux mamans toxicomanes de s'en sortir momentanément. Cependant, cette amélioration psychologique et sociale apparaît souvent transitoire et il arrive qu'après la naissance les problèmes sociaux reprennent le dessus, avec notamment des problèmes aigus de logement, d'aide sociale déficiente qui amènent souvent des décisions de justice aboutissant au retrait de l'enfant et un retour de la maman déchue dans une toxicomanie importante* » (Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2004).

Pour travailler sur ces biographies multiples, dans la drogue, dans la maternité, la délinquance, la maladie, etc. nous avons retranscrit chaque récit sous forme d'un graphique dont chaque ligne correspond à l'une de ces lignes biographiques. Pour chaque femme, l'observation se situe en 2004 et son âge atteint cette année-là nous permet de créer son échelle d'âges. Les couleurs les plus foncées correspondent aux situations les plus dégradées.

Compte tenu du mode de recueil des données, essentiellement axé sur les enfants et les mesures qui les ont concernés, les variables les mieux renseignées pour toutes les femmes sont les mesures de placement, d'AEMO, etc. Les autres lignes biographiques, correspondant au domicile, à la toxicomanie, aux mises en couple ou à l'état de santé sont éventuellement moins complètes, bien que nous ayons

¹⁹¹ - Le problème du logement est récurrent, mais concerne toutes les femmes à la rue et non les seules toxicomanes. L'impossibilité de trouver un hébergement dans le temps court de la fin de grossesse ou de l'hospitalisation en maternité, contraint les services à recourir au SAMU social (115) pour faire sortir les femmes sans domicile. Cette solution est particulièrement inadaptée à des femmes avec un nourrisson de quelques jours puisque le SAMU social ne fournit un logement que pour une seule nuit. Le lendemain matin, la femme est de nouveau à la rue et doit téléphoner de nouveau pour obtenir un hébergement pour la nuit d'après... C'est devenu un problème majeur pour les assistantes sociales de l'un des secteurs observés.

¹⁹² TREND : tendances récentes et nouvelles drogues. Il s'agit d'un dispositif d'observations par les acteurs du terrain (centres de soins, boutiques, etc.).

utilisé pour réaliser le graphique tous les renseignements disponibles pour chaque femme, son propre récit mais également celui de professionnels l'ayant rencontrée ou des dossiers la concernant. Il est à noter, que contrairement à l'idée que s'en font ces professionnels, il n'y a pas de dissonance facilement repérable entre les différents récits recueillis, tout au moins pour ce qui concerne la chronologie des événements.

Voici le mode de lecture de ce graphique. Prenons le premier cas, qui est celui de Christine.

Christine a 34 ans en 2004. Son récit commence à l'âge de 15 ans, quand ses parents se séparent et qu'elle se retrouve à la rue (errance en vert foncé sur la ligne logement). Elle commence sa toxicomanie dès l'année suivante, après la rencontre d'un premier homme. Pendant quatre ans, elle a une vie assez déréglée entre la drogue, la délinquance, après le décès de son compagnon pendant sa grossesse. La naissance de son premier enfant l'a conduite dans une structure fermée (UMB), avec une baisse de sa consommation de drogue. Les différents récits sont flous sur les deux ans qui suivent, elle fugue de l'hôpital et sans doute se retrouve en prison (conséquences judiciaires des périodes antérieures de délinquance), ce qui explique qu'elle soit perdue de vue par les professionnels médico-sociaux, pour ne réapparaître que un à deux ans plus tard, alors que son premier enfant a été placé (rouge foncé) puis adopté (marron foncé). Elle re-sombre dans la drogue et l'errance et se prostitue pour financer sa consommation. Finalement elle rencontre son deuxième conjoint, qui la séquestre pour l'obliger à arrêter la drogue.

Christine ne retouchera plus à l'héroïne, sauf un petit épisode qui conduira au placement de son deuxième enfant (à la demande de son conjoint) pour quelques semaines. Ensuite, sa consommation se tournera plutôt vers les médicaments (Lexomil). Il n'y aura aucune mesure judiciaire pour le troisième enfant, seulement un suivi en PMI. Par ailleurs, sa ligne « santé » nous montre qu'elle est contaminée par le VIH et le VHC depuis l'âge de 17 ans.

Les deux femmes suivantes, Brigitte et Zohra sortiront brutalement de la drogue l'une à 29 ans, l'autre à 26 ans, après un événement marquant. Pour Brigitte c'est la dépression et le diagnostic de contamination VIH (peut être dans l'ordre inverse), pour Zohra, c'est l'abandon de son quatrième enfant et le placement volontaire des trois précédents.

Les quatre autres femmes, Nora, Carole, Farida et Martine ne sortiront pas de leur toxicomanie. Les phases qui se succèdent oscillent de la dépendance à la substitution. Deux n'ont pas mentionné d'épisodes de délinquance, Martine ayant reconnu s'être prostituée mais sans dater cet aspect de son existence. Pour Carole, comme pour Christine, le placement de ses enfants va clore une période de délinquance et toxicomanie avec un conjoint qui l'entraîne. Elle sombre ensuite dans la dépendance, l'errance, dans une phase suicidaire dont elle ne sortira que par une troisième grossesse, mais pour retomber sous la coupe d'un conjoint violent, réactivant les traumatismes de son enfance.

Ainsi les « carrières » dans la drogue, pour reprendre l'expression de Dominique Duprez et Michel Kokoreff, ne sont pas des parcours linéaires, comme l'ont montré la majorité des études à ce propos. *« Les carrières de consommation se déroulent moins telle une suite continue d'événements ou un cycle qu'elles ne dessinent des spirales, ponctuées par des commencements successifs, une alternance de « chutes » (« tomber dedans ») et de rétablissements (« décrocher »), d'échecs et d'avancées »* (Duprez Dominique et Kokoreff Michel, 2000), p.112.

Le passage par la prison, expérimenté par trois femmes, n'a pas la même valeur pour elles, selon le moment de leur vie où il se situe. Pour Christine, c'est un temps calme qui permet de sortir de la drogue et de se refaire une santé :

Moi je l'ai arrêtée [la drogue], mais je faisais huit heures de sport par semaine.

Christine, entretien n°12.

A sa sortie de prison, elle découvre qu'elle n'a plus accès à son fils, qui a été confié à l'adoption et sombre de nouveau dans la drogue et l'errance.

Pour Carole au contraire, c'est son passé délinquant qui la rattrape. Elle a été condamnée par défaut pour un braquage effectué deux ou trois ans auparavant. Alors qu'elle est prise en charge, sous traitement de substitution et qu'elle fait un gros travail sur elle-même par rapport à ses comportements violents, tout s'écroule et son troisième enfant dont elle a la garde risque de lui être enlevé.

Les séquences liées à la drogue et à la prostitution montrent les liens entre ces deux problématiques, l'usage de produits précédant généralement la prostitution, comme le rapporte une étude sur les prostituées consommatrices : « *Les entretiens confirment que l'usage d'héroïne précède la pratique de la prostitution et quelquefois des longues années se passent avant que ces femmes y recourent, des peines de prison longues sont nécessaires avant qu'elles se décident à se mettre sur le trottoir* » (Cagliero Suzanne et Lagrange Hugues, 2004). La présence d'enfants est également un moteur puissant pour sortir de la délinquance et « préférer » la prostitution.

Le petit nombre d'observations disponibles ici ne permet en aucun de généraliser ou de faire des typologies de trajectoires. Leur confrontation à des expériences relatées par d'autres services permet néanmoins de constater que bien souvent les prises en charge n'ont pas été adaptées et que l'accompagnement de ces mères a été nettement insuffisant pour leur permettre de s'en sortir.

Voici ce qu'en disait la pédopsychiatre de Montpellier, dans un ouvrage consacré à l'expérience du service de maternité d'un accueil différent des femmes

toxicomanes : « *La mauvaise qualité des relations avec les équipes soignantes aggrave le retrait des parents. L'interprétation de ce retrait comme un délaissement entraîne à son tour des signalements judiciaires et des placements immédiats ou différés. La prise de toxiques s'aggrave sous le coup de cette nouvelle épreuve, venant « confirmer » aux yeux des professionnels le peu d'intérêt et même la dangerosité de ces parents à l'égard du nouveau-né. L'absence de dialogue facilite l'interprétation la plus négative du comportement familial* (Molénat Françoise, 2000).

Quelques uns des récits de vie que nous avons rapportés ici confirment cette impression de spirale infernale. Les peurs ou représentations négatives des personnels confrontés à ces situations sont tout aussi indéniables.

C- Le temps de la justice

Les textes sur les mesures d'assistance éducative ont beaucoup évolué dans les vingt dernières années, en particulier sur la question de la durée de ces mesures. Ainsi, le juge des enfants ne peut plus placer un enfant « jusqu'à nouvel élément », c'est-à-dire de la naissance à sa majorité.

a) Le placement à durée limitée

La loi est beaucoup plus stricte sur la durée des placements, depuis 1989 (cf. première partie). Le juge doit réexaminer la situation tous les ans de préférence, tous les deux ans au maximum. Le moindre signe d'évolution est donc pris en compte pour décider de la poursuite et des modalités de la mesure. Ainsi, dans les dossiers judiciaires examinés, la succession des rapports et des ordonnances est impressionnante. Il n'est plus question de placer définitivement un enfant dont les parents sont joignables :

Si vous voulez, avant, on était peut être dans des séparations radicales au moindre problème, là bon, l'idée n'est pas du tout la même. Donc, si vous voulez, l'idée c'est qu'on donne quand même leur chance aux parents, après tout, c'est à eux d'éduquer leurs enfants, et même si bon, ils ont eu des problèmes, on essaye de pas être trop dans le déterminisme. D'accord, hein, maintenant on verra.

Juge des enfants, entretien n° 18.

Dès lors que la situation de ces femmes s'est améliorée ou que tout au moins elles sont prises en charge par une équipe, la question du retour de l'enfant est posée au juge. Ainsi Nora, après trois ans de séparation vient d'obtenir la garde son enfant :

Donc après, ma fille, après la pouponnière, elle a été placée chez une assistante maternelle avec qui je m'entendais pas du tout. [...]. Et donc après on a changé d'assistante maternelle, après ça a été N. De Mme P. à N., et avec N., tout s'est bien passé, il y a eu un feeling, tout se passait très, très bien, elle me racontait les journées de ma fille, moi je lui racontais les miennes avec ma fille, euh, ben tout se passait bien. Jusqu'aux deux ans ½, trois ans de ma fille, là donc, jeudi dernier, le 3 juin donc, je suis passée à l'audience, au tribunal, et donc le juge a décidé de faire une main-levée,

Hum

En même temps demander une AEMO. Et donc là, j'ai récupéré ma fille, définitivement, et euh, donc, voilà.

Nora, entretien n° 35.

Ici, c'est le chemin inverse à la plupart des dossiers plus récents qui est suivi, puisque tout d'abord un placement est prononcé, qui est assoupli une première fois en donnant un droit de visite et d'hébergement le week-end à la mère, puis suivi par le retour de l'enfant au domicile, avec une mesure en milieu ouvert. L'élément décisif dans cet assouplissement des mesures est la persistance de la mère à maintenir les liens, dans la durée et quel que soit le mode de garde de l'enfant. Elle était pour cela accompagnée par un centre de soins. Néanmoins, la fragilité psychologique de Nora est telle que le juge a en fait nommé sa mère (la grand-mère de l'enfant) tiers digne de confiance. Nora n'a pas compris la portée de cette mesure puisqu'elle est retournée vivre chez ses parents et ce n'est qu'à l'occasion d'un départ en vacances, pour lequel il lui faudra l'autorisation de sa mère afin d'emmener l'enfant, qu'elle en prendra conscience.

Certains juges prononcent une AEMO pour préparer le retour de l'enfant dans sa famille et permettre l'observation de ce retour :

Il se peut aussi qu'on ait des mesures avec un retour d'enfant

[D'accord]

Hein, où il y a eu un placement suite à une toxicomanie et euh, le juge remet les enfants à la mère, ou au couple, parce qu'il y a un suivi médical et elle prend une AEMO pour garantir la sécurité de l'enfant à domicile, pour voir si ça se passe bien.

[Donc c'est une AEMO à ce moment-là en sortie de placement]

En sortie de placement, avec une préparation soit d'un retour de placement, soit parce que l'enfant a été remis et que l'on veille à l'évolution de la famille.

Chef de service SSE, entretien n° 43.

Dans ce type de cas, la durée de l'AEMO est très courte, pour simplement suivre quelque temps la fin du placement. Dans d'autres cas, la mesure d'AEMO va précéder le placement, pour le préparer dans l'esprit du juge, bien que quelquefois les événements ne permettent plus ensuite de mener à bien la mesure envisagée, nous allons y revenir.

Quelques autres exemples nous ont été donnés de situations où le juge à un moment donné hésite sur le fait de placer les enfants, malgré l'accord des différents partenaires institutionnels, et où, ensuite, les circonstances sont toujours défavorables. Avec le recul et le temps qui passe, cette mesure perd son sens.

b) Le placement à temps partagé

La question de la disponibilité permanente des mères toxicomanes avait été évoquée par de nombreux professionnels du champ socio-sanitaire. Les juges ont également ce sentiment et le traduisent par une conception éventuelle d'un parent à temps partiel :

Moi ce que je pensais c'est qu'on pouvait le travailler, à partir du moment où on retirait partiellement, PARTIELLEMENT¹⁹³ parce qu'on peut être parent le week-end aussi, partiellement l'enfant à sa mère, comment travailler à la fois sur la séparation, nécessaire, puisque ça devient une réalité, et sur le maintien du lien ? Moi, je pensais que de donner à ces mères là, en grande difficulté, une part ASSUMABLE de l'autorité parentale, dans la mesure de leurs possibilités, euh, eh bien, c'était les aider elles-mêmes à se vivre comme mère à la mesure de leurs possibilités actuelles. Ça c'est, alors, certains placements familiaux le font très bien, d'autres le font mais moins bien, d'autres captent l'enfant et ne le rendent plus et comptent sur le juge pour, retravailler ça. C'est, l'énorme difficulté de l'assistance éducative en général, effectivement priver d'un lien tout en maintenant ce lien, c'est un paradoxe assez, assez déchirant et dans ces familles-là où l'enfant est la seule richesse, c'est d'autant plus dur quoi, de leur imposer cela.

Juge des enfants, entretien n° 17.

De plus, la loi actuelle demande au juge de tout faire pour maintenir, même sur de très courts laps de temps, le lien avec les parents. La contrepartie est une complexité de la vie de l'enfant, partagé entre plusieurs familles, mais c'est le cas aussi pour les couples séparés :

On le fait, on le fait, s'il y a des problèmes de toute façon du maintien des liens avec les parents, le système français qui est très flou si vous voulez, on préfère maintenir à 10 % à 20 %, alors parfois, ça se traduit pour l'enfant avec une vie un peu chaotique. N'est-ce pas, une certaine instabilité, on peut pas tout avoir, le système français, c'est ça...

Juge des enfants, entretien n° 18.

Ce juge compare ensuite avec le système italien qui propose beaucoup plus facilement de prononcer la déchéance parentale, ce qui est très peu utilisé en France, même après des maltraitances avérées. Ce système a par contre l'avantage de privilégier la stabilité de l'enfant, mais va à l'encontre des droits de l'enfant à connaître ses parents et à garder le contact avec eux.

Une réponse actuellement à l'étude au niveau de l'Aide sociale à l'enfance de Paris serait la mise en place d'un placement intermittent, avec une mesure en milieu ouvert alternant avec des périodes en institution (Debourg Alain (dir.), 2003). Cette même évolution a été observée concernant les enfants de parents divorcés, le réforme du droit de la famille ayant admis la garde alternée entre les deux

¹⁹³ - J'ai mis en majuscules les termes que le magistrat a soulignés avec force (et en élevant la voix) dans son propos.

parents : le choix entre le père ou la mère n'est plus imposé, on peut aménager l'alternance des deux parents. Cette même idée se retrouve, semble-t-il ici, avec une alternance entre une garde chez les parents et une garde dans le cadre d'une institution.

Les pratiques des magistrats rencontrés ont montré que ce choix d'une garde alternée est une réalité pour les femmes qui offrent plus de garanties au niveau social, logement, conjoint, entourage familial, voire emploi. La solution qui leur est proposée, d'un internat de semaine, est une forme de placement plus « légère », d'autant plus si l'établissement est proche du domicile parental. Ce type de placement négocié se fait directement, sans recourir à l'Aide sociale à l'enfance.

c) Le temps de l'évaluation

Quand les services sociaux saisissent la justice, sans formuler une demande expresse de placement de l'enfant en urgence, le parquet transmet l'affaire au juge des enfants qui instruit le dossier. Les délais nécessaires à cette instruction paraissent véritablement absurdes aux soignants, puisque la mère ne peut rester que quelques jours à l'hôpital, en l'absence de pathologie et qu'ils sont alors dans l'obligation de laisser partir la mère avec l'enfant :

Mais qui dit enquête, l'enquête a finalement commencé alors que la maman accouchait pour sa deuxième petite fille, puisque l'enquêtrice est venue à la maternité, et c'est là qu'elle nous a rencontrés et qu'on lui a expliqué certaines choses, mais euh, l'enquête, elle a quand même duré plus de six mois et si il y a une mesure qui est prise, elle est pas prise tout de suite, nous on avait le deuxième bébé qui était là, donc...

Médecin, entretien n° 4.

Les affaires suivies au niveau judiciaire ou de l'Aide sociale s'inscrivent parfois sur de très longues durées, de la naissance à la majorité de l'enfant, voire un peu plus

si celui-ci demande un contrat « jeune majeur »¹⁹⁴. Tout au long de ce parcours, le juge réexamine tous les ans l'évolution de la situation pour voir si une amélioration, ou au moins une modification des conditions de l'éducation de l'enfant, permet d'envisager un assouplissement de la mesure, le but étant de réintégrer à temps complet l'enfant dans sa famille.

Donc, elle m'écrit pour me dire que ça va quand même mieux et elle va avoir un logement, et donc je lui accorde des hébergements, au fur et à mesure, pour voir comment ça se passe, ça se passe bien, donc les rapports sont toujours favorables. Voyez, là, je lui accorde des hébergements pour voir comment ça se passe. Et donc, qu'est-ce qui se passe ? Nous avons deux rapports un peu contradictoires, donc l'Aide sociale à l'enfance nous dit qu'il y a beaucoup de fragilité encore qu'il faut maintenir le placement. Et puis ceux qui sont sur le terrain, qui voient madame tous les jours, « *elle s'est détachée de sa problématique, elle est ponctuelle, elle a trouvé un rythme régulier. Dans une problématique d'insertion sociale positive* », donc il n'y a pas de problèmes relationnels avec l'enfant, enfin vous voyez ce que je veux dire. Donc ce que je fais, donc je dis ben OK pour une main levée dès qu'elle a un logement. Ce que j'ai fait et depuis j'en ai plus entendu parler. Voilà parce qu'elle était suivie par ce service, qui n'était même pas mandaté par moi, hein, c'est de la prévention en fait, en réalité. Enfin voyez, là vous avez une histoire qui pour l'instant... parce que là, j'ai pas eu d'échos (rires).

Juge des enfants, entretien n° 18.

L'évaluation peut également se faire par une mesure d'AEMO qui peut être prononcée avant le placement, soit que le juge ne soit pas bien convaincu du bien fondé de celui-ci, soit pour qu'il soit travaillé. Parfois, ces mesures pour aller vers le placement ne débouchent pas sur le départ de l'enfant, la situation restant en permanence limite et paralysant l'action judiciaire :

C'est pas toujours évident, j'ai le cas d'une situation qui avait démarré sous [juge] qui était président magistrat, qui continue avec [autre juge], où effectivement c'est une situation qui était très, très limite, où effectivement on était toujours assez proche d'un placement, on n'a jamais réussi à le faire, parce que, euh, ce sont des enfants qui vont bien...

Hum

Voyez. Autant il y a des risques, parce que Madame est suivie à [CSST], le père également, ils sont toxicomanes tous les deux, ils sont suivis par un foyer qui est [association] parce que Monsieur a été incarcéré, ils sont dans un logement de manière tout à fait illégale parce qu'ils ne payent plus [association] ils devaient être expulsés de la structure, ils l'ont pas été. Et c'est

¹⁹⁴ - Normalement, l'action éducative s'interrompt brutalement à la majorité de l'enfant concerné. Pour éviter une séparation trop brutale, par exemple d'avec sa famille d'accueil, le jeune peut saisir le juge des enfants (qui est compétent jusqu'aux 21 ans) pour demander que les mesures d'accompagnement se prolongent. Néanmoins, à leur majorité, certains choisissent finalement... de retourner dans leur famille biologique (Chef de service SSE, entretien n° 43).

vrai que c'est toujours très, très, très limite du placement, mais les enfants vont bien, les parents ont des sursauts de prise en charge de leurs enfants qui font, que même si c'est limite, avec le magistrat, on n'a pas encore trouvé le moment opportun de faire le placement.

Hum

Au départ, c'était bien une mesure qui avait été mise pour préparer le placement

Hum

Et on s'aperçoit que ça dure et que le placement n'est toujours pas là.

Chef de service SSE, entretien n° 43.

Cet exemple montre une évaluation qui dure, avec en quelque sorte des parents qui paralysent l'action judiciaire. Même si tous les intervenants s'étaient entendus sur la nécessité d'un placement, celui-ci n'est jamais mis en place. Il est à noter que ce professionnel ne conclut pas de ce cas, que peut être la mesure n'était pas nécessaire, puisque finalement la situation ne s'est jamais suffisamment dégradée pour que le placement soit imposé. Si le risque est évoqué, le danger ne sera jamais certain. L'urgence n'est pas manifeste non plus, ce qui d'ailleurs explique la première décision d'une évaluation ou d'une mesure préparatoire au placement. A contrario, un cas sera ensuite évoqué où, la mère paralyse la décision judiciaire de rendre l'enfant à sa famille.

d) Lutter contre la discontinuité

L'un des paradoxes du placement est qu'il va lui-même introduire de la discontinuité dans la vie de l'enfant, alors que c'est précisément le reproche le plus lourd adressé à la mère. Pour sauver l'enfant de cette mère imprévisible, l'institution va souvent lui proposer une vie chaotique, faite de multiples placements, ce qui est un reproche essentiel adressé à l'Aide sociale à l'enfance, malgré les récents changements de politique en la matière.

Le principe de continuité familiale a émergé aux Etats-Unis dans les années 1970 et s'est concrétisé dans la loi concernant la protection de l'enfance de 1980 (ATD QUART MONDE, 2003). « Cette loi, qui a eu des conséquences très importantes pour la pratique de ce pays et d'autres pays comme le Royaume-Uni, peut être

vue « comme un compromis entre deux écoles de pensée qui se sont opposées pendant les années 70. En Amérique, Golstein, Freud et Solnit prônent une intervention précoce et le placement des enfants dans des familles qui peuvent leur offrir un environnement stable. Au contraire, Fanshel préconise, sur la base des résultats de ses recherches, que l'on permette aux enfants placés d'avoir des contacts fréquents avec leur famille d'origine pour une bonne adaptation sociale dans leur vie d'adulte, et que le but de tout placement devait être d'aider les enfants à retourner auprès de leurs parents biologiques » [...] Dans les années 1990, près de 20 ans après l'adoption de la loi américaine, un autre changement se dessine avec l'émergence du principe de continuité familiale qui semble donner raison à Fanshel » (ibid).

Ce principe de continuité familiale préconise que l'enfant ne perde jamais le contact avec ses origines, la présence des parents biologiques étant une nécessité absolue, quelles que soient les circonstances. Les textes français, examinés dans la première partie, se positionnent dans cette mouvance, le placement n'étant qu'une modalité de l'assistance éducative.

La notion de continuité est construite sur celle de lien privilégié, comme le rappelle Philippe Jeammet : *« La continuité du sujet se construit en miroir de la continuité de ses relations. L'unicité du sujet répond sinon à l'unicité du moins au lien privilégié avec des figures dominantes de son entourage. [...] Elle est faite de la constance et de la répétition de certaines sensations [...] Mais si la continuité relationnelle est nécessaire au développement de la personnalité de l'enfant et à la constitution de son propre sentiment de continuité, il est nécessaire qu'apparaissent des facteurs de discontinuité et de différenciation, indispensables à l'autonomisation progressive de l'enfant et à la construction de son identité »* (Jeammet Philippe, 1995). Ainsi, les travaux sur les enfants hospitalisés avaient montré qu'ils ne pouvaient se construire sans une personne de référence qui prenne soin d'eux. D'un autre côté, comme cela a été évoqué en troisième partie, l'enfant ne peut construire son identité s'il a des liens trop fusionnels.

Pour la période la plus récente, tous les ouvrages consacrés au placement s'accordent sur la nécessité de stabiliser les différents liens de l'enfant. Tous nos interlocuteurs sont également persuadés que la stabilité est essentielle à l'enfant :

Cette idée de lutter contre la discontinuité des liens psychoaffectifs, parce que c'est ça qui fait le plus de mal, aux enfants comme aux adultes, c'est ça qui est le plus destructeur. Donc, toute notre action est engagée là dedans, à la fois quand l'enfant est physiquement présent avec ses parents, à la fois quand on est amenés nous-mêmes à veiller à son placement ou quand il est déjà placé.

Psychiatre, CSST, entretien n° 23.

Cette affirmation que le placement ne doit pas être synonyme de séparation est également largement développée dans la littérature, nous l'avons déjà évoqué par la définition même que l'on trouve du placement : que chacun trouve sa place (cf. supra).

Certaines mères vont éprouver des difficultés à s'inscrire dans la continuité, cela a déjà été évoqué, et le maintien des liens avec l'enfant ne se fera qu'épisodiquement, surtout s'il est plus âgé. Cela apparaît comme très dommageable pour l'enfant, car le plus souvent, une adoption ne peut alors plus être envisagée. C'est tout le débat qui est apparu avec le livre et les interviews de Maurice Berger¹⁹⁵, prônant une rupture beaucoup plus précoce et brutale du lien avec les « mauvais parents » afin de faciliter la construction de l'enfant. L'un des juges pour enfants a d'ailleurs évoqué avec nous, ce débat et cet auteur car je l'ai interviewée quelques jours après.

Voici un exemple. Farida, que nous avons interviewée, a accouché en 1996 d'un petit garçon, alors qu'elle consommait de l'héroïne. Elle n'a pas été repérée lors de son accouchement par les services de maternité et elle est donc sortie normalement, sans aucune mesure d'accompagnement. A trois mois, son enfant est hospitalisé pour une grippe et le comportement violent de Farida, ajoutée à son incapacité à se plier aux horaires institutionnels vont entraîner un signalement en urgence et le placement de son enfant (l'ASE vient le chercher à

¹⁹⁵ - Son ouvrage : *L'échec de la protection de l'enfance*, Dunod, 2004 a déclenché une polémique. L'auteur dénonce avec virulence la prise de position qui guide selon lui les services de protection de l'enfance qui privilégient la parole des parents. Son propre ouvrage est critiqué par des travailleurs sociaux qui estiment que lui tombe dans l'idéologie de la parole de l'enfant (différents sites internet consacrés au travail social ont publié divers textes, « pour ou contre »).

l'hôpital). Elle est suivie par un centre de soins et suffisamment accompagnée pour réussir à maintenir le lien, bien qu'elle soit toujours en situation irrégulière en France et dans l'incapacité psychologique à régulariser sa situation administrative. Voici son récit des modifications progressives des modalités du placement et surtout du départ de son enfant (elle est d'origine maghrébine et édentée¹⁹⁶, l'enregistrement est très difficile) :

Çà commence par la pouponnière, je suis sur la drogue, par contre, je suis calmée, un peu de câlin pour le petit, parle doucement, pour les femmes, et tout. Et marqué pas mal, tu comprends¹⁹⁷. Donc m'ont donné le petit, commence lui sortir, tu promènes avec le petit dehors, pas de problème et tu commences à promène avec le petit et je rendais à la même heure, Çà marchait comme ça. Et après, ils commencent, y me donnent le petit euh, Mc Do, moi je fais, par contre tu sors, je sortais le samedi 13 h je rendais 6h30, pas mal du tout. Après commence à me le donner le week-end, tu prends le samedi avec toi, tu viens le chercher le matin, tu rentres dimanche soir. On a marché comme ça, ils me connaissent et je peux commencer travail comme ça.

Madame X la nouvelle responsable qui travaille avec le juge, avant, y avait Mme Y, qui travaille avec elle, un jour je ramène, il est parti loin, deux ans je sais pas où. Mois de juin 2002 oui, mois de 6-2002, ça veut dire un mois avant que moi je perde ma vie [ndr : elle tombe dans le crack] et voilà. Est venus amis, hein. [assistante sociale] il a dit que Mme X j'ai déchiré les papiers. Je travaille avec des gens que moi je capte un peu, par contre moi la drogue, et par contre quand je veux, capable, je suis capable, quand je trouve des amis, et merci les amis, ça veut dire je lui donne coup de main pour le courage, je suis capable, oui

Question : Et là maintenant il est en famille d'accueil ?]

Euh, non, il est en famille d'accueil parce que moi et lui sort plus depuis trois ans, tu comprends

[Ah tu l'as pas vu depuis trois ans ?]

Oui,

[Ah d'accord, je croyais que tu avais arrêté et que tu avais repris]

Non, non, pour ça mes dents, comme ça, moi, le dentiste, mes papiers, moi tout, j'oublie tout, à la rue. Avant-hier l'est venue une lettre de Mme le juge, elle m'a dit Mme vous êtes motivée, tu peux t'y voir ton enfant, par contre c'est l'ASE qui t'y donne date.

J'étais voir l'ASE et puis voilà, j'ai rendez-vous le 2.

Farida, entretien n° 32.

Ce récit est assez confus, au delà des difficultés d'élocution. L'enfant semble avoir été placé en famille d'accueil en province, malgré les visites et l'hébergement réguliers de la mère. Celle-ci sombre alors dans le crack un mois après et ne revoit plus son enfant pendant trois ans. Aujourd'hui, elle travaille de manière

¹⁹⁶ - Conséquence habituelle et très visible d'une forte consommation d'héroïne ou de crack.

¹⁹⁷ - Comprendre, le personnel a noté qu'elle se comportait convenablement, tant vis-à-vis de l'enfant que des autres malades.

irrégulière, le père de l'enfant serait sorti de prison (après dix ans d'emprisonnement pour trafic de drogue).

2) L'enfant et sa famille

La femme toxicomane est décrite dans la littérature comme ayant le plus souvent eu des difficultés au sein de sa propre famille pour trouver sa place. Le désir d'enfant est alors souvent une forme de réparation offerte à sa propre mère. Teresa Esquivel (1994b, p.3) décrit ainsi la situation : « *Dans mon travail sur les enfants de parents toxicomanes, j'ai pu relever dans les difficultés d'identification des femmes toxicomanes à leur propre mère, des indices d'une relation précoce troublée, d'un vécu infantile d'intrusion et/ou d'abandon où les notions d'ennui, de vide ou de froid reviennent souvent. L'image paternelle qui prévaut est celle d'un père absent ou défaillant. Dans le cas où il est fait état d'un lien privilégié avec le père, des attitudes abusives et parfois violentes de sa part sont toujours rapportées. Il apparaît également que l'image du couple parental intériorisée par ces jeunes femmes n'est pas unifiée : le père est dévalorisé et la mère idéalisée* ».

L'enjeu va être d'éviter que ce processus ne se prolonge sur les générations suivantes, en particulier sur l'absence de lien, ou les attitudes d'abandon. Les intervenants rencontrés mesurent bien toute la difficulté de comprendre comment fonctionne l'ensemble de la famille élargie, pour faire en sorte que chacun trouve sa place et que l'enfant ne soit pas l'otage d'une reproduction inlassable d'un schéma défaillant. En cela, nos interlocuteurs semblent communément partager l'idée que la reproduction, génération après génération, de cette détresse sociale et affective est inéluctable et il conviendra d'interroger cette notion. Les caractéristiques des patientes dans le système de soins spécialisés donnent en effet, cela a déjà été souligné, l'impression que la répétition est inévitable.

La famille de l'enfant, outre sa mère, ce peut être également un père. Beaucoup de ces femmes sont isolées, toutes les données sur les centres de soins spécialisés en toxicomanie vont dans ce sens. D'autres, comme cela a été évoqué dans la troisième partie, ont des compagnons « calamiteux » : toxicomanes, trafiquants, proxénètes, violents, alcooliques, braqueurs, en séjour irrégulier... La litanie de ces conjoints inadéquats est frappante. L'incapacité de ces femmes à trouver un compagnon « quelconque » ne peut qu'interroger. Certes, elles sont toxicomanes, d'origine modeste ou maghrébine souvent, de faible niveau scolaire (mais pas toutes). Aller au delà de la simple constatation de cet état de fait dépasse largement notre propos dans le cadre de cette recherche.

En contrepoint, quelques dossiers ou récits nous montrent des pères qui se révèlent de bons conjoints ou de bons parents et qui quelquefois fourniront l'appui nécessaire pour stabiliser la situation.

A- La place du père

Dans les recherches sur les enfants de toxicomanes, « *L'exclusion paternelle est presque toujours la règle* » (Esquivel Térésa, 1994a). Cette vision unimodale n'est pas retrouvée dans les études plus récentes, surtout quand elles concernent des femmes ayant accepté un traitement de substitution. Les femmes décrites sont néanmoins incontestablement bien moins souvent en couple que ce que montrent les enquêtes périnatalité.

De manière générale, les études récentes sur la parentalité, soulignent l'absence du père ou du moins sa déresponsabilisation dans la société actuelle. Ce phénomène serait donc assez général, même s'il est particulièrement mis en exergue s'agissant des enfants de toxicomanes. Un indice est révélateur de ce mouvement : la création d'un livret de paternité dans le cadre de la réforme de l'autorité parentale mise en œuvre en janvier 2002, à l'initiative de Ségolène

Royal, ministre déléguée à la Famille et à l'Enfance du gouvernement Jospin (Martin Claude, 2003).

Pourtant, de nombreuses expériences font également état de la place du père, en particulier, quand il est lui aussi toxicomane. Pour les professionnels rencontrés, comme pour d'autres ayant fait part de leur savoir-faire dans la littérature, le problème au moment de la grossesse est que, bien souvent la femme se sent disposée à arrêter la drogue pour se consacrer à l'enfant, alors que le père n'est pas dans la même phase. Un décalage s'opère qui peut faire découvrir la conjointe sans drogue, voire exclure le père. De plus, souvent le couple se fonde davantage sur une appartenance à un groupe (les toxicomanes) que sur une différenciation sexuelle. En conséquence, « *Le conjoint se trouve alors souvent en difficulté dans l'investissement de son futur statut de père* » (Gibier Lionel, 1999a).

De plus, comme l'explique Martine Lamour, l'impossibilité pour les équipes intervenant auprès de ces familles de passer de la dyade à la triade tient au fait que la mère exclut elle-même avec force le père (Debourg Alain (dir.), 2003). Et ce, d'autant plus s'il est alcoolique, ou violent à son encontre. Les structures excluent également les pères :

Alors ce qui m'interpelle pas mal, c'est que les copains qui viennent, on les sent aussi en grande difficulté. Nous, finalement, on accueille les mamans, les enfants, on fait aussi un gros travail avec les mamans et les enfants. On est pas prévu normalement pour aider les pères, quoi. Donc, c'est au père de chercher à l'extérieur.

Cadre sage-femme, entretien n° 22.

La place du père, toxicomane ou non, est assez peu étudiée dans la littérature, comme le rapporte une recension canadienne. Pour les auteures de cette étude, néanmoins, « *Il [nous] semble particulièrement intéressant d'approfondir le thème des liens qu'entretiennent les mères toxicomanes avec le père de leur enfant, car le manque de contacts entre les enfants et leur père serait l'un des facteurs pouvant le mieux prédire les difficultés parentales et la qualité de l'interaction mère-enfant que la toxicomanie maternelle elle-même* » (Guyon Louise et al., 1998).

Dans l'étude réalisée dans un centre spécialisé auprès de mères toxicomanes, cette question est abordée, mais pour en montrer toute la complexité, dans des couples qui fonctionnent souvent déjà à trois, homme, femme et drogue. « *Lors des entretiens nous avons pu constater qu'un certain nombre de couples se sont séparé, pendant la grossesse ou après la naissance. Dans certains cas, l'homme, compagnon et géniteur est tout simplement exclu, laissant l'enfant et la mère en tête à tête exclusif. Parfois c'est le compagnon qui est exclu, mais la place du père est respectée aboutissant à deux dyades : mère-enfant et père-enfant, donc à deux fois 1 + 1* » (Taboada Marijo et al., 2001). Ceci explique que tous les professionnels nous ont décrit des situations où la mère disparaissait tandis que le père restait seul interlocuteur.

a) D'un père à l'autre

Les pères eux-mêmes toxicomanes, alcooliques ou violents ont déjà été évoqués, car ils sont très présents dans les histoires familiales recueillies au cours de cette recherche. On ne peut pas dissocier le conjoint de la mère et le père, dans la mesure où, bien souvent, dans les histoires observées, chaque changement de conjoint se traduira par un nouvel enfant, gage de la nouvelle union. Les familles recomposées sont donc courantes dans ces histoires de vie.

Les femmes toxicomanes sont en effet décrites dans la littérature comme instables au niveau conjugal : « *Ces mères vivent souvent de nombreuses relations conjugales, de courte durée, marquées par la violence psychologique et physique et la dépendance affective* » (Clément Marie-Eve et Tourigny Marc, 1999). Cette instabilité conjugale est susceptible de constituer une source de danger pour les enfants, du fait de la succession des « nouveaux pères » qu'elle engendre et des mauvaises rencontres toujours possibles.

Seuls les cas extrêmes surgissent dans la presse, on retrouve la description qui était faite de la mère du petit Jason, battu à mort par le nouveau compagnon de sa mère : « *Fille d'une institutrice et d'un garde-pêche, caissière en hypermarché*

après avoir obtenu un BEP d'aide-comptable, Sylvie Reymann eut deux filles, Cindy et Jessica, d'un premier mariage, qui s'effiloça au bout de 7 ans. Remariée, elle devint en neuf mois veuve du père de son fils Jason qui se suicida. Aussitôt à nouveau en ménage, elle déposa plainte pour viol contre son nouveau concubin. En juillet 96, elle rencontra Claude Dill, à ses heures perdues guitariste aux cheveux longs, passionné d'Elvis, dont elle découvre à sa première crise de manque qu'il se drogue »¹⁹⁸.

Cette succession de conjoints, relevée dans d'autres histoires, va à l'encontre d'une autre image, tout aussi répandue sans doute, de la femme toxicomane isolée. Ce peut être aussi le signe d'une autre forme de dépendance, si, par exemple, le conjoint fournit la drogue, soit de nature affective, comme le reconnaît Zohra :

J'ai rencontré un deuxième homme, je crois que c'est ma première dépendance, la dépendance affective.

Zohra, entretien n° 33.

L'assistante sociale qui nous a parlé de Carole ne dit pas autre chose :

Alors là elle était en plein processus de réinsertion, euh je pense aussi qu'elle profite un peu du fait que le père de [sa dernière fille] soit en prison, ben pour faire des choses hein, parce que s'il y a dépendance au produit, il y a parfois dépendance aux personnes et je pense que cette rupture lui permet un peu de se retourner sur elle-même. De sortir un peu de cette dépendance et de faire autre chose.

Assistante sociale CSST, entretien n° 40.

Les récits de vie que nous avons recueillis pour cette recherche montrent des femmes fragiles qui apparaissent comme des proies faciles pour des hommes délinquants, violents, psychotiques ou en situation irrégulière. Certaines semblent d'ailleurs vouées à ne rencontrer que de tels partenaires, même si à chaque fois, l'espérance d'une vie nouvelle est bien présente, qui se traduit par

¹⁹⁸ - Le Monde, 18 octobre 1999, « La mort de l'enfant-martyr plonge dans la stupeur les assises de la Moselle » in (Aubisson Sandrine, 2002a)

une nouvelle grossesse¹⁹⁹. L'explication en est sans doute leur mauvaise image de soi, qui est une des hypothèses de la toxicomanie et qui se traduit ici par leur incapacité à « tomber » sur des hommes « bien ». Nos interlocuteurs ont souvent conscience de ce type de difficultés, de cet engrenage sans fin :

Alors ce qu'elle m'a expliqué, elle, c'est que le père de l'enfant c'était sans doute le proxénète, donc elle avait complètement rompu, donc elle s'est retrouvée toute seule et elle a rencontré un autre homme avec qui elle a voulu faire sa vie et comme par hasard, cet autre homme, c'était un dealer ou quelque chose comme ça. Et voilà, ça a recommencé.

Cadre sage-femme, entretien n° 22.

Le récit de Christine montre également cet engrenage. Son premier compagnon est délinquant et ses frères sont trafiquants de drogue. Il se fait descendre alors qu'elle est enceinte. Elle le décrit comme « alcoolique mais gentil ». Quelques années, elle refait sa vie avec un autre homme, sans profession et alcoolique également, joueur aussi qui, de plus, est violent.

La question qui n'est jamais non plus directement posée est celle de la participation de ces pères à la prise en charge des besoins matériels de leurs enfants. La plupart des femmes rencontrées qui revoyaient encore le père de leurs enfants ne percevaient pas d'aide de celui-ci, comme si la question des pensions alimentaires n'était jamais posée. Certaines des femmes rencontrées trouvaient injustes d'avoir à subvenir seules aux besoins des enfants, alors que quelquefois le père disposait de revenus. Mais sur cette question également, elles ne paraissaient pas convaincues que l'on puisse les entendre (un juge en particulier) ou tout simplement qu'elles aient des droits. Souvent d'ailleurs, on est surpris d'apprendre qu'un juge soit intervenu sans obliger le père à participer aux frais d'entretien de l'enfant. C'est le cas de Viviane :

Son ex-conjoint a un droit de visite accordé par le juge aux affaires familiales pour leur fils qu'elle élève seule (elle est à Paris, le père est en province). Pourtant il ne lui verse aucune pension alimentaire, se déclarant sans emploi, mais vivant chez ses parents, apparemment très aisés. D'ailleurs elle est très inquiète, sa « belle-famille » ayant pris les services d'un avocat pour obtenir le droit de garde de l'enfant. Or, une CLE est en cours d'organisation sur sa

¹⁹⁹ - D'autant plus que la plupart n'utilise pas de contraception et que les équipes sont trop cloisonnées pour que ce sujet soit abordé par les médecins prescripteurs de produits de substitution par exemple (cf. supra).

situation pour lui proposer une aide administrative. Elle a très peur que cette mesure se retourne contre elle « *ils vont s'en servir contre moi, pour dire que j'y arrive pas* ».

Notes de terrain.

Seule Nora indique que son nouveau concubin a reconnu son enfant, bien qu'il ne soit pas de lui. Il réclame au juge des enfants un droit de visite à ce titre. Celui-ci lui explique que les pères ont des droits et des devoirs, que s'il réclame un droit (voir l'enfant), il doit en contrepartie remplir ses devoirs de père, c'est-à-dire participer aux frais d'entretien de l'enfant. Placé face à cette exigence, cet homme indique qu'il préfère révoquer sa reconnaissance :

Euh, donc il a dit qu'il était d'accord pour enlever le nom mais qu'il voulait pas, qu'il voulait la voir même si on lui enlevait son nom. Alors la juge, elle lui a dit qu'il fallait savoir ce qu'il voulait, qu'il pouvait pas enlever son nom et garder les droits paternels, c'est pas possible.

Nora, entretien n°35.

Bien que le cas soit un peu particulier dans la mesure où cet homme n'est pas le géniteur de l'enfant, il exprime des exigences sans contrepartie, que beaucoup d'autres pères semblent adopter. Certains de ces « nouveaux pères » obtiennent ainsi des droits de visite ou d'hébergement, quelquefois contestables, du point de vue des éducateurs :

La maman, je la connais pas encore, mais elle a un droit de visite, défini par le juge des enfants, qui est organisé par le lieu de placement familial de son enfant, mais pour elle c'est très difficile d'y venir, elle arrive pas à venir. Euh, elle est accompagnée par le service qui s'occupe d'elle et l'éducatrice de référence du petit garçon qui lui proposent souvent des sorties en sa présence et là elle arrive plus ou moins à venir.

Le papa de l'enfant qui n'est pas le papa géniteur, qui s'est très rapidement situé comme père de cet enfant-là mais qui n'a encore fait aucune démarche au niveau de reconnaître, bon là, moi je trouve que le juge des enfants a accordé à ce papa un droit de visite et de sortie, alors qu'il n'a fait aucune démarche de reconnaissance, mais ce papa, bon qu'il ne soit pas le papa géniteur, mais il ne l'a même pas reconnu sur l'état civil, bénéficie de droits plus importants que la maman puisqu'il a aussi un droit de sortie...

Et bien cette maman elle profite du droit de sortie de son concubin pour complètement déroger à la règle qui lui a été posée à elle. Donc on est complètement dans quelque chose de...

Educatrice spécialisée, ASE, entretien n° 13.

Les recompositions familiales observées ne sont néanmoins pas forcément spécifiques de ces femmes toxicomanes, mais courantes déjà en population générale et encore plus dans des sous-populations marginalisées ou fragilisées par des modes de vie chaotiques.

b) Le père disparu ou exclu

Bien que les éléments recueillis soient là aussi centrés plus spécifiquement sur la mère et l'enfant, les récits montrent que la disparition des pères biologiques de leurs enfants est quelque chose d'assez courant dans le destin de ces femmes. Deux aspects sont apparus : leur mode de vie les amène souvent à une vie amoureuse complexe, avec une succession de conjoints, voire des périodes de prostitution, souvent sans contraception du fait du rapport qu'elles entretiennent à leur corps et plus spécifiquement de leurs aménorrhées. Un second aspect est que les pères sont souvent toxicomanes également et de ce fait exposés à un risque de mortalité bien supérieur à celui des jeunes hommes d'âge égal dans la population générale, par overdose bien sûr, mais également sida, morts violentes, accidents, etc.

Les années 1990 ont ainsi montré une recrudescence très nette de la mortalité des toxicomanes, donc de nombreux deuils dans les familles touchées par la drogue et pour ces femmes le décès de leurs conjoints. C'est le cas pour Christine et Brigitte dont les compagnons respectifs sont morts en début de grossesse. Pour Brigitte, il s'agit de son deuxième concubin décédé.

Le père disparu peut également ne pas être décédé, mais reparti à l'étranger en emmenant l'enfant, comme c'est également le cas pour des femmes non toxicomanes. Dans ce cas, la mère n'a quasiment aucune possibilité d'obtenir de revoir son enfant. C'est ce qui est arrivé à Lise. Malgré une plainte pour non présentation d'enfant, elle ne peut pas exercer son droit de visite, le père à l'étranger, ayant cessé de lui envoyer l'enfant lors des vacances (elle n'a pas de

revenus lui permettant d'essayer d'exercer ce droit en se déplaçant elle-même). Elle a porté plainte, mais estime que cela ne sert à rien.

Le père peut également être tout simplement exclu pour des raisons matérielles, outre lorsqu'une solution d'accueil mère-enfant s'est mise en place. Voici un petit exemple, extrait d'un dossier judiciaire :

Mademoiselle et son ami ont des projets de vivre ensemble mais sans travail stable, petits boulots, il leur est difficile de trouver un logement. Par ailleurs, tous les deux sont confrontés au problème de la drogue, l'héroïne, et aux difficultés d'insertion que cela entraîne. Cela n'empêchera pas le jeune couple d'avoir deux jumeaux en 1991. Un de leurs enfants, souffre d'une insuffisance respiratoire [.../...] et a été transféré à la pouponnière. L'autre jumeau, restera avec sa mère au domicile de sa grand-mère. Le logement de la mère est trop petit pour héberger Monsieur, père de l'enfant. Celui-ci continue à vivre chez sa propre mère à [ville] et ainsi la cellule familiale ne peut être reconstituée.

Enquête sociale, SSE.

Une fois de plus, ce sont donc bien les problèmes de logement qui empêchent la présence du père au domicile. Si le jumeau n'avait pas de problèmes de santé, la grand-mère n'aurait peut être pas pu accueillir sa fille et deux enfants.

c) Le père inséré

Certains pères essaient malgré tout de tenir leur place et se battent contre la dépendance et pour la garde des enfants. Quelquefois, le père va apparaître isolé et relever néanmoins le défi, y compris après le décès de la mère. Quand c'est le cas, la famille paternelle est présente pour l'aider sans le supplanter.

Je parle d'un père là qui s'est battu, on était à l'article 350, on a été déboutés dans l'article 350 parce qu'il a fait appel, on est passé à une délégation de l'autorité parentale conjointe entre l'ASE et le père, j'avais jamais vu ça, donc (rires) c'était le jugement, puis ensuite on est repassé, ça a été débouté et on est repassé à un jugement d'assistance éducative et il a repris sa fille.

Un père qui s'est battu hein ! Euh et qui, bon, la mère était aussi toxicomane, mais là il a été terriblement aidé par ses propres parents, c'était une famille portugaise, très, très enveloppante et qui l'a soutenu euh, et qui le soutient encore apparemment, euh, vraiment pour qu'il reprenne sa place, et il a tenu la route.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 19.

La façon dont est racontée cette histoire n'est pas tout à fait claire si l'on n'a pas tout le processus en tête. La mère est décédée et l'Aide sociale à l'enfance a entamé la procédure d'abandon judiciaire, qui a été sur le point d'aboutir. Mais le père est intervenu contre cette décision en en faisant appel. Dans le doute, le juge partage l'autorité parentale entre l'ASE et le père, comme il l'aurait fait d'un couple parental. La suite de l'explication sous-entend que l'ASE a fait appel de ce jugement et a été déboutée. Le père de ce fait a pu récupérer la garde de son enfant avec une mesure éducative, donc en milieu ouvert. Il a réussi, grâce à l'appui de sa famille, à exercer ses droits. Alors que ce cadre expose cette histoire comme un bel exemple de réussite, elle est peu explicite sur le fait qu'à plusieurs reprises au long de cette procédure, l'ASE a tout fait pour empêcher le père d'exercer ses droits.

Un deuxième exemple est cité par la même professionnelle qui essayait de nous montrer la diversité des contextes familiaux de vie des enfants de ces femmes toxicomanes :

Donc et puis alors pour cet autre petit garçon, dont la mère, elle était atteinte du sida, elle était toxicomane plus, plus, plus, elle est décédée d'overdose, c'est aussi un papa qui s'est battu. Incroyable, un père qui avait déjà deux grands enfants, qui socialement était bien inscrit, hein il travaillait pour une société, là une grande société d'aviation, il était euh, chef d'équipe, enfin bon, et alors lui, l'enfant était en pouponnière, il a toujours gardé le lien, il a attendu que l'enfant ait l'âge de la pouponnière, de sortir de pouponnière pour le reprendre, mais il y arrivait pas trop tout seul parce qu'il était divorcé de sa première femme, et donc, ben on a mis en route [association]. C'est un enfant [association] ça (rires). C'est-à-dire que, on a fait la sortie accompagnée par [association] et c'est un papa qui a toujours, euh, recours encore à [association].

Cadre socio-éducatif, entretien n° 19.

Dans ce deuxième exemple, le père se sent incapable de s'occuper seul d'un nouveau-né et il va attendre la fin de la prise en charge de la pouponnière pour

reprandre l'enfant, avec une solution associative d'assistante maternelle en ville. Ici le relais est passé de l'Aide sociale à l'enfance vers une structure associative. Ces exemples confirment la possibilité pour les pères de former une dyade avec l'enfant, après la désintégration de la dyade que formaient l'enfant et sa mère, dans une fusion où il n'avait aucune place.

B- Le rôle de la famille élargie

La décision de placer l'enfant dans la famille de ses parents, lorsqu'elle est prise en accord avec une équipe ou sur décision judiciaire, doit elle aussi, être évaluée, comme nous l'avons vu. Bien que la loi affirme que la famille biologique est le meilleur cadre de vie pour l'enfant, cette solution ne peut être envisagée sans précaution. Mais il nous faut également envisager le rôle de la famille élargie quand le placement a été prononcé, qu'il s'agisse d'un placement chez un tiers digne de confiance ou institutionnel.

a) L'aide familiale

En l'absence de problèmes familiaux majeurs, la famille élargie est considérée comme un rempart contre l'isolement et une garantie pour les équipes que l'enfant ne sera pas en danger parce qu'un relais de la mère, éventuellement défaillante, sera disponible :

Quelquefois il y a des parents, les grands-parents, qui disent, bon ma fille est toxicomane, elle a un enfant, nous on va prendre le bébé en charge. En général, on demande quand même, on fait un signalement, ASE ou judiciaire et un étayage institutionnel extérieur à nous, qui est aussi un garant, parce que nous, finalement, on a un moment dans l'existence qui s'étale sur quelques mois mais qui est relativement bref dans une vie. Il faut se dire, que après, il faut poser des jalons, penser à l'après et trouver des gens qui prennent la suite. Donc, notre travail aussi c'est de prévoir une suite avec un étayage institutionnel, soit Aide sociale à l'enfance, soit judiciaire.

Cadre sage-femme, entretien n° 22.

Différentes configurations de ce rôle de la famille élargie sont apparues au cours de cette recherche. Il n'est pas question de parler ici de typologie, le nombre de cas examinés ne s'y prêtant pas, mais de rendre compte de la diversité des situations, pour bien montrer l'écart entre l'aspect théorique, «la famille élargie est la meilleure solution », et les modalités pratiques de l'accueil de cet enfant. Une autre limite de notre recueil de données est la tendance, déjà soulignée, de nos interlocuteurs à se rappeler plutôt les scénarios négatifs, voire à ne développer que les catastrophes, peut être en forme de justification de leurs craintes, vis-à-vis de ces mères toxicomanes.

✧ *La famille « béquille »*

Certaines familles réussissent à garder la juste distance, en n'acceptant pas de se substituer à leur fille ou à leur fils défaillant mais en l'aidant à assumer son rôle de mère ou de père. Voici une histoire familiale très complexe, résumée à partir d'un dossier judiciaire :

L'affaire est signalée au juge par l'Aide sociale à l'enfance en 1992. Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans avec trois jeunes enfants nés en 1987 et 1991 (dont deux faux jumeaux). Les grossesses n'ont pas été suivies sur le plan médical. La famille est connue d'une assistante sociale de secteur depuis 1987, à la naissance du premier enfant. La mère vit à l'hôtel au moment de ce premier signalement. Un deuxième signalement émanant d'une pouponnière arrive en février 1993 : les parents sont tous deux absents et l'un des jumeaux, séropositif, est abandonné à la pouponnière. Le juge rend une première ordonnance de placement provisoire sur la pouponnière pour ce petit garçon et ordonne une enquête sociale sur la famille.

L'enquête sociale révèle les éléments suivants : la mère n'a pas été revue par l'assistante sociale de secteur, elle a quitté l'hôtel et vivrait de nouveau chez son père. L'aîné des enfants n'est plus scolarisé. Néanmoins des relations chaleureuses et une grande proximité existent entre la mère et ses enfants. Le juge ordonne une assistance éducative en milieu ouvert pour les deux autres enfants pour une durée de six mois.

Un nouveau signalement émanant de l'école maternelle arrive chez le juge le 1^{er} juin 1993, l'aîné des enfants n'est plus scolarisé, la mère a disparu, les enfants ont été déposés chez les grands-parents paternels. Cette famille se compose comme suit : le grand-père est retraité, la grand-mère est mère au foyer, ils sont d'origine algérienne et ont eu huit enfants dont six de 11 à 30 ans sont encore au foyer. Leur fils, père des trois enfants, est toxicomane et

séropositif. Sa femme est également séropositive ainsi que l'un des jumeaux. Ils habitent un bel appartement de six pièces.

Le 11 juillet, la situation se dégrade : la mère a repris son aîné et a disparu avec. La jumelle est hospitalisée pour un rachitisme important. Le juge place les enfants chez les grands-parents paternels et rend une ordonnance de conduite pour retrouver l'aîné, qui vivrait dans un squat.

A l'audience, début août, le grand-père paternel indique qu'il est d'accord pour assumer la garde de ses deux petits enfants. L'aîné des enfants, retrouvé, comparait également et accepte cette solution. Le juge ordonne un placement chez un tiers digne de confiance (les grands-parents) pour deux des enfants et confirme le placement du troisième à la pouponnière. Au mois de novembre, le grand-père demande un droit de visite et d'hébergement pour l'enfant placé en pouponnière. La mère a totalement disparu et n'a aucun contact avec ses enfants. Le père leur rend visite à l'improviste et de manière irrégulière. Le jumeau placé déclare un sida.

Le rapport d'AEMO indique que la famille grand paternelle a intégré les enfants avec un partage des responsabilités entre les jeunes oncles et tantes. Un des oncles est délégué par la famille pour rendre visite trois fois par semaine au jumeau resté en pouponnière. Entre-temps, le juge est remplacé. Le problème du devenir du jumeau placé se pose. Les grands-parents acceptent de l'accueillir également et le juge donne main levée de son placement. En 1995, les parents ont complètement disparu. Le père passe épisodiquement, toujours très pris dans ses problèmes de toxicomanie. Il a fait plusieurs overdoses au domicile de ses parents et il leur a fallu appeler le SAMU.

Un nouveau signalement parvient au parquet en septembre par l'assistante sociale de la maternité d'un hôpital : la mère est réapparue pour donner naissance à une petite fille. Une OPP est demandée sur l'hôpital, la grossesse n'a pas été suivie. Le bébé fait un syndrome de sevrage et doit être transféré. La mère ne se soigne pas. Le juge place l'enfant, confié à l'ASE, avec un droit de visite libre de la mère. L'enfant n'a pas été reconnu, elle devient pupille provisoire en octobre et est confiée à la pouponnière. Finalement la mère la reconnaît en décembre (interrompant la procédure d'abandon). Elle ne s'est pas soignée, son sida est très évolué. Elle disparaît de nouveau début 1996. Le père des trois autres enfants dit que cette petite fille n'est pas de lui.

Le juge confirme en septembre 1996 le placement des trois enfants chez les grands parents paternels pour deux ans.

La mère décède en juin 1997. La quatrième petite fille est alors orpheline et devient pupille de l'Etat.

Le père déclare à son tour un sida.

En septembre 1997, la sœur de la mère se manifeste, et demande un droit de visite et d'hébergement pour la dernière petite fille. Le juge le lui accorde. Un mois après, elle fait la demande pour les trois autres enfants, droit de visite qui lui est également accordé. Les quatre enfants sont réunis pour les week-ends et les vacances.

En 1998 et 2001, le juge confirme les mesures concernant les enfants. En 2003, une tante paternelle demande à participer à la prise en charge des enfants et le juge la nomme tiers digne de confiance au côté de ses parents.

Notes de terrain, dossier judiciaire.

Pendant les dix ans que couvre ce dossier judiciaire (toujours en cours), à aucun moment le père n'est écarté de ses enfants. La famille en intégrant les enfants réussit à lui préserver sa place de père, malgré ses disparitions répétées. La mère, par contre, n'a pas sa place dans ce dispositif familial, la belle-fille reste un élément extérieur, de même que sa nouvelle petite fille. La famille de la mère ne se manifeste qu'après le décès de celle-ci (remord, culpabilité ?).

Sur toute cette durée également, une mesure d'AEMO a permis de suivre de très près la famille afin de vérifier qu'il n'y avait pas de dérapage. Les rapports de l'éducatrice sont très explicites sur ce travail. Ainsi, à un certain moment, elle note que l'aîné des enfants paraît en pleine confusion, appelant sa grand-mère maman et confondant les mots frère et oncle, ayant donc du mal à se positionner dans sa généalogie. Ce point est travaillé avec l'ensemble de la famille.

L'avenir des enfants semble assuré bien que précaire, la mère est décédée, le père est en sursis. Les grands-parents vieillissent, ils étaient déjà âgés en début de procédure mais plusieurs des autres enfants se sont manifestés pour assumer à leurs côtés la prise en charge de leurs neveux. L'enfant qui a le sida a été intégré dans le cercle familial, malgré toutes les difficultés que cela implique et après un long séjour en pouponnière où le contact n'a jamais été rompu par l'engagement d'un jeune oncle.

La dernière petite fille par contre, est orpheline et bien que la tante maternelle ait demandé un droit de visite et permis son rapprochement de ses frères et sœurs, elle ne semble pas envisager une adoption. Mais de fait, son action va paralyser la mise en place d'un projet d'adoption par l'Aide sociale à l'enfance.

Le dossier judiciaire est ici examiné de manière très régulière, les ordonnances se succèdent pour confirmer les droits de visite des uns et des autres, autoriser les départs en vacances, etc. Mais il semble vouer à se poursuivre jusqu'à la majorité des enfants, à moins que le décès du père n'entraîne une nouvelle recomposition (des projets d'adoption ?).

❖ ***L'aide comptée***

L'accueil d'un enfant dans la famille élargie, et en particulier chez les grands-parents apparaît souvent comme la solution la plus pertinente, et ce d'autant plus qu'il s'agit d'un premier enfant. La famille se sent alors responsable et solidaire. Mais, contrairement au cas évoqué ci-dessus, dès l'arrivée du second enfant, pour nombre de ces familles la situation se complique, soit parce qu'elles se sentent prises dans une spirale sans fin, soit parce qu'elles n'en ont pas le courage.

Ainsi, dans le rapport social préalable à une concertation locale enfance concernant Brigitte qui rencontre des problèmes psychiatriques et est régulièrement hospitalisée, peut-on lire les dispositions arrêtées par la grand-mère maternelle :

Dès la naissance de [second enfant], la mère de mademoiselle s'est positionnée, à savoir : être toujours disponible pour aider et soutenir sa fille, accueillir sa petite fille [la première] à la demande ou en cas de difficultés de la mère par contre, elle ne pouvait pas offrir la même disponibilité à [second enfant] ; d'une part, elle avait sa propre mère à charge et ne se sentait pas la force d'assumer un enfant supplémentaire, d'autre part [second enfant] avait un papa et une famille paternelle.

Rapport social, CHU.

Cette grand-mère a gardé cette position, en toutes circonstances, refusant purement et simplement de considérer que ce deuxième enfant existait. Lors des hospitalisations de la mère, celui-ci sera donc accueilli dans sa famille grand-paternelle. De fait, lorsque le père aura à son tour besoin d'être hospitalisé dans un service de psychiatrie, la mère se retrouve seule pour prendre en charge ce petit garçon, ce dont elle est manifestement incapable à ce moment-là. La concertation va donc aboutir à un signalement judiciaire, et le juge des enfants va prendre une mesure d'AEMO. Entre-temps, le petit garçon aura été placé lors d'une nouvelle hospitalisation de sa mère, en l'absence d'alternative familiale (la mère n'a plus accès à la famille paternelle, une fois le père hospitalisé). Brigitte, interrogée sur cet épisode, décrit sa mère comme « déterminée », puisqu'elle a dit

qu'elle ne s'occuperait pas de cet enfant, elle ne crée pas un précédent, même lorsque le père est défaillant. Néanmoins, assez gênée par cette attitude, elle tente de la justifier : « *Non, c'est trop difficile, non, c'est pas possible. En plus, les miens ils sont un petit peu dur* ».

Dans d'autres situations, soit les grands-parents ont « déjà donné », soit également ils arrivent à des âges où il ne leur est plus possible d'envisager facilement de s'occuper à temps complet d'un enfant en bas âge.

Ouais mais ils sont vieux, oh là là, ils ont déjà eu, en plus, ils ont déjà été tiers dignes de confiance pour deux de leurs petits enfants, autres, parce que la toxicomanie ça touche un peu toute, enfin une partie de la famille maternelle. Donc maintenant ces enfants, ils sont arrivés à 18 ans. Et heureusement, c'est des grands-parents qui arrivent à exprimer aux services sociaux et à leur fille que euh, ben ils ont donné, ils ont 60-65 ans. Non, ils veulent bien pour les week-ends ou les vacances, mais c'est trop pour eux.

Assistante sociale ASE, entretien n° 14.

Au-delà des problèmes résultant de l'âge atteint par ces grands-parents, on décèle également les risques liés à une pathologie familiale, qui sont, nous l'avons vu, considérés comme importants par les assistantes sociales et les psychologues.

✧ ***L'aide inadaptée***

A mi-chemin entre la famille aidante et la famille maltraitante, des récits de tentatives d'aide maladroite ou inadaptée ont également été relevés.

Lila a deux jeunes enfants placés dans une famille d'accueil. Le père des enfants a un droit de visite qu'il n'exerce pas et sa sœur également. C'est donc la tante paternelle qui se manifeste le plus souvent auprès des enfants pour lesquels elle a également un droit d'hébergement. Un jour, Lila arrive très angoissée et nous raconte aussitôt ce qui lui arrive : elle est convoquée chez le juge pour examiner la demande de sa belle-sœur qui réclame la garde de l'aîné des deux enfants. La conversation devient générale sur le fait qu'elle ne peut faire cela, les deux enfants étant bien ensemble chez la même assistante maternelle. Lila est révoltée, elle refuse, insistant sur le fait qu'elle est vivante et qu'ils n'ont pas à se partager ses enfants, que « c'est pas un chat qu'on recueille, etc ». La démarche de sa belle-sœur qui ne réclame qu'un seul des deux enfants, très attachés l'un à l'autre paraît peu compréhensible. Lila

indique que sa belle-soeur veut que le plus grand soit élevé dans la religion (musulmane), ce qui n'est pas le cas dans la famille d'accueil. Lila n'est pas totalement sûre que le juge va l'entendre et elle panique à l'idée que son fils soit retiré de la famille d'accueil. La semaine suivante elle est de nouveau sereine, le juge a débouté sa belle-sœur.

Notes de terrain.

Cet exemple de tentative de substitution montre un fonctionnement familial particulier. Le père des enfants s'en désintéresse, mais sa sœur, qui a elle-même des enfants, veut soustraire son neveu à la famille d'accueil et décider de son mode d'éducation (en particulier sur le plan religieux). Or, même si elle a un droit de visite et d'hébergement, c'est bien Lila qui a l'autorité parentale. Si la demande de sa belle-sœur paraît extravagante à toutes les personnes présentes au moment de ce récit, Lila est à cet instant totalement convaincue que cela pourrait arriver, donc peu sûre de ses droits et de ce qu'un juge pourrait ordonner pour ses enfants.

b) La famille maltraitante

Au long des récits qui nous ont été faits, ou par la lecture des dossiers judiciaires, il nous est apparu que certaines familles semblaient poser des problèmes pour l'accueil du nourrisson d'une mère toxicomane. On comprend bien que des histoires familiales se jouent sur plusieurs générations et que de ce fait l'accueil chez les grands-parents est peut être tout sauf un « *lieu neutre et bienveillant* », pour reprendre une expression d'un juge à propos de l'institution. Ce type de constat amenait un autre juge des enfants rencontrés à se montrer extrêmement circonspect face à la possibilité d'un accueil dans la famille biologique.

✧ *La famille dévorante*

L'un des dangers dans le placement chez un tiers digne de confiance, encore plus s'il s'agit d'une décision intra-familiale et non judiciaire, est la captation des enfants par une grand-mère qui essaierait ainsi de réparer ses propres échecs avec ses enfants. Les professionnels sont aujourd'hui très vigilants sur cette question. Lorsqu'il y a une mesure judiciaire, les rapports sociaux font systématiquement état de détails qui laissent présager ce type de dérive, en particulier une grand-mère se faisant appeler « maman ».

Souvent, ces situations sont découvertes assez tardivement, les professionnels s'étant faits manipuler par cette grand-mère. En voici un exemple, même s'il est un peu ancien car le magistrat concerné rendait compte de son expérience précédente en province et se situait donc en zone rurale, la mère avait des problèmes d'alcoolisme. Il est un peu décalé par rapport à notre propos, et d'ailleurs vraiment extrême. Mais la façon dont il est appréhendé par le magistrat qui le raconte est intéressante :

C'est souvent, c'est malheureusement le cas, quand c'est les grands-mères qui, les grands-mères de toute façon c'est épouvantable de toute façon, parce qu'il y a une espèce d'absorption comme ça de la filiation dévoratrice, et la mère est, moi j'ai eu comme ça des dossiers très, très lourds, très, très, très lourds, les grands-mères vraiment, éjectant toute concurrence en terme de parentalité, pour absorber parfois des fratries entières, des générations d'enfants entières. Et là, si on fait pas l'évaluation que le placement chez la grand-mère, l'assistante sociale à laquelle je pense, elle avait placé tous les enfants chez la grand-mère, je crois cinq ou six !

[Sans faire l'évaluation ?]

Sans mesurer ! Dès le premier ! Que effectivement si le gosse était chez, le premier était chez la grand-mère, la mère complètement éjectée, cela allait être la même chose. Mais l'assistante sociale était dans le discours de la grand-mère, elle s'est pas rendue compte que, il y avait peut être autre chose, elle a été séduite par la capacité systémique de la grand-mère

[La grand-mère absorbait de plus en plus d'enfants !]

Elle absorbait et le regard du tiers, du travailleur social.

[Et elle s'est pas posé de questions, pourquoi est-ce que la maman continuait à faire des enfants ?]

Et du coup, tous les enfants successivement, j'avais fait cette étude de dossier dans la durée, sont tombés dans l'escarcelle de la grand-mère, les uns après les autres, avec la complicité involontaire du service, de l'AS de secteur du coin, qui était seule, qui avait pas, et qui... et bon, du coup, après la mère s'est

retrouvée devant le juge pour récupérer ses gosses qui avaient tous été absorbés. Et la grand-mère, pas folle, elle avait pris un avocat, etc. donc la mère était absente totalement du dossier et la grand-mère était toute puissante. Et les enfants étaient dans une HAINE de leur mère, farouche, farouche, conditionnés par le discours de la grand-mère. Et des gosses, des gosses qui évoluaient pas si mal que ça, pas si mal que ça.

Juge des enfants, entretien n° 17.

Les juges nous ont paru divisés sur cette question. Pour l'un d'entre eux, déjà cité, la loi préconise de rechercher en premier lieu une alternative familiale et il applique la loi, dans la mesure où cela paraît envisageable. Pour une autre juge, au contraire, c'est une solution qui ne lui convient pas, c'est pourquoi elle préfère envisager d'autres alternatives que l'accueil chez la grand-mère.

✧ ***La toxicomanie et l'alcoolisme***

Toute la littérature rapporte le lien étroit entre une histoire familiale marquée par la consommation de substances psychoactives, la violence, les séparations et le risque de consommer soi-même des produits. Dans le contexte particulier de la grossesse, le remaniement psychique important que cette période induit dans la vie d'une femme fait resurgir tous ces traumatismes de façon aigüe. Une synthèse de la littérature américaine et canadienne sur le thème « toxicomanie et maternité » résume ainsi ce lien : « *Non seulement les antécédents familiaux d'abus d'alcool et d'autres drogues sont-ils liés à la toxicomanie chez les femmes, mais ils constitueraient l'un des déterminants les plus importants pouvant prédire la consommation de drogues lors de la grossesse* » (Guyon Louise et al., 1998).

Dans certaines familles, dont plusieurs enfants ont connu la toxicomanie ou le sida, les enjeux d'obtenir la garde des enfants peuvent être perçus comme morbides, liés à un besoin de réparation, dont finalement l'enfant est bien exclu.

Oui, oh alors ça, ça a été une lutte ! Les grands-parents paternels et puis, une sœur de monsieur, pas dans la capacité d'élever, parce qu'elle-même en grande difficulté avec ses propres enfants. Et il y avait un insupportable, hein

je crois dans cette famille, euh, frère décédé, la mère de l'enfant décédé, enfin il y avait quelque chose à réparer, mais sans les moyens de le faire. Je pense que le conseil de famille²⁰⁰ a donné une réponse.

Cette petite fille est partie dans une famille adoptante, qui avait déjà adopté un autre enfant. Et puis une famille d'adoption qui avait réalisé que cette enfant avait un grand demi-frère, qui est resté placé à l'Aide sociale à l'enfance, et qui va bien, mais qui n'a pas toujours été très, très en forme. Ils ont renoncé parce que le conseil de famille a mis le holà hein, mais ils étaient dans une intrusion. Mais ils avaient leur propre culpabilité à réparer, je crois que ça, et en même temps cette enfant n'avait pas, avait aucune place comme sujet dans cette famille, c'était l'objet de ses parents partis.

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 19.

Antérieurement, cette famille avait accueilli « comme ça » l'enfant, *de facto* pendant l'hospitalisation de la mère. Le signalement a été fait par l'intermédiaire de la PMI, qui suivait cette situation, donc tardivement, puisque l'enfant avait déjà plusieurs mois. En effet, cette petite fille était née alors que son père était déjà décédé, que sa mère était toxicomane et séropositive. L'hôpital avait donc signalé le cas à la PMI. La mère a finalement été hospitalisée trois mois en réanimation et c'est lorsqu'elle est entrée dans le coma que la tante de l'enfant (la sœur de la mère) a appelé la PMI. Les choses se sont passées de manière assez consensuelle, les grands-parents et la tante ayant accompagné l'enfant à la pouponnière afin « *qu'on n'aille pas arracher cette enfant à domicile, ça n'avait aucun sens* » nous dira cette cadre de l'Aide sociale à l'enfance.

Ce dossier faisant partie de ceux consultés chez le juge des enfants, nous avons pu reconstruire de façon plus fine les événements mais également la façon dont le juge a pris cette décision. Finalement, le conseil de famille a décidé pour cette enfant un projet d'adoption, qui a pu être mené à bien lorsque l'enfant avait environ deux ans. Sa famille maternelle n'a plus donné signe de vie après son placement, s'étant sans doute résignée à cette solution :

Ils n'ont plus jamais rien demandé. La tante s'est tue à un moment. La grand-mère, elle s'est tue très vite parce qu'elle savait bien que ce serait pas possible. Cette grand-mère, moi je me souviens avoir emmené la petite à la pouponnière, elle me racontait son parcours de parent d'enfant toxicomane, quel désespoir hein, vous pouvez pas imaginer, vous y croyez, et puis le

²⁰⁰ - Lorsqu'un enfant n'a plus de détenteur de l'autorité parentale, au décès de ses deux parents ou du parent qui l'avait seul (la mère le plus souvent, quand le père n'a pas reconnu l'enfant), le juge des tutelles nomme un conseil de famille pour prendre toutes décisions concernant cet enfant, et en particulier, rechercher une solution d'adoption.

lendemain... elle me dit, on a vécu des choses terrifiantes, terrifiantes. Donc elle me racontait tout son parcours...

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 19.

Dans d'autres cas, les conflits familiaux empêchent la mère de se détacher de sa problématique toxicomaniaque, le maintien dans la drogue étant en quelque sorte une réaction face à l'entourage familial, voire un moyen de pression. Ce cas a déjà été évoqué : l'enfant est gardé par ses grands-parents et sa mère replonge dans la drogue. Le juge qui est saisi, perçoit que l'ambiance familiale concourt à entretenir la toxicomanie et rend l'enfant à sa mère, elle-même prise en charge par une association :

Et puis après je n'en ai plus entendu parler. Alors maintenant j'espère que ça se passe bien ! Voyez. Donc c'est une histoire où la mère a récupéré l'enfant, ça a été pour elle le moteur de sa réinsertion. Elle le dit. C'était un truc, tant que les grands-parents avaient l'enfant, elle ne s'en sortait pas. C'est-à-dire que, elle a choisi. Alors, d'abord il a fallu éliminer les grands-parents qui la maintenaient dans une situation de dépendance toxicomaniaque en quelque sorte. Et une fois que j'ai éliminé les grands-parents, tout de suite en réalité !! Regardez et à ce moment là, c'est très curieux, elle a choisi l'enfant plutôt que la drogue, voyez c'est quand même assez intéressant. Donc c'est un dossier que moi je trouve, enfin voilà, des fois on s'en sort à peu près.

Juge des Enfants, entretien n° 18.

Ces situations entretiennent le sentiment chez beaucoup des professionnels socio-médicaux qu'il existe une transmission familiale des problématiques de toxicomanie, de violence ou d'alcoolisme. Cette perception est largement induite par le biais du recrutement dans les centres de soins pour toxicomanes, qui accueillent les personnes dans les situations les plus dégradées (une sélection s'opère à l'entrée et par définition, les femmes qui s'en sortent sont perdues de vue). Nous allons y revenir.

✧ *Les violences familiales*

Le lien est également souvent fait entre la toxicomanie d'une femme et les violences qu'elle a subies étant enfant, qu'elles soient physiques ou sexuelles. La plupart des femmes dans les centres de soins spécialisés ont de tels parcours.

Deux cas vont nous permettre d'illustrer cette violence au sein des familles. Le premier est celui de Carole, pour laquelle le juge sera bien informé de son passé et le prendra en compte pour fonder sa décision et éviter une spirale de répétition (*cf. infra*). L'autre est celui de Nora, pour laquelle les éléments dont je dispose sont assez incomplets et la décision judiciaire de ce fait extrêmement difficile à comprendre.

Carole a été placée en famille d'accueil à l'âge de quatre ans, après le décès de ses parents à quelques années d'intervalle. Elle sera séparée de sa sœur jumelle, un lieu de placement conjoint des deux enfants n'ayant pas été trouvé à l'époque. Carole subira des violences physiques dans sa famille d'accueil avant de fuguer : elle a donc connu à la fois le placement et la violence dans le placement.

Nora est partie de chez ses parents, suite à une brouille avec sa mère du fait qu'elle a dénoncé son père qui lui faisait subir des attouchements (ses frères aussi apparemment). Après avoir vécu avec un homme violent dont elle a un enfant, elle ne trouve aucune solution d'hébergement et son enfant est placé, d'abord en pouponnière puis en famille d'accueil. Elle a un droit de visite et d'hébergement le week-end. Finalement, c'est sa mère qui obtient la garde de l'enfant, Nora étant retournée vivre chez ses parents. Elle se sent plus forte et capable d'assumer la cohabitation avec son père, mais elle reste très immature et continue à consommer de la drogue et des médicaments. Le juge a accepté cette solution qui protège l'enfant à court terme, mais dans une famille où le grand-père et l'oncle sont suspectés de violences sexuelles, alors qu'il s'agit d'une petite fille (mais il n'est pas exclu que cette situation n'ait pas été mentionnée à l'éducatrice). A propos d'autres cas, un médecin avait évoqué cette question préoccupante :

Moi j'ai le sentiment qu'il faudrait une alternative, c'est-à-dire que, si on prend la définition du signalement qui est quand même l'enfant maltraité, ou en danger, ou en risque de danger. Et souvent le risque, il est dans le danger immédiat pas dans le danger quand il aura quinze ans. On se dit qu'il y aura un risque de danger quand il aura 12 ou 13 ans, donc ça on le fait pas, parce que sinon je pense que les juges pour enfants devraient beaucoup travailler, mais... donc il manque quelque chose d'intermédiaire qui serait, euh, une espèce de surveillance, une espèce de conseil, un accompagnement.

Médecin CHU, entretien n° 4.

L'aspect développé est intéressant, car nous avons vu que les professionnels avaient tendance à ne pouvoir se démarquer de la situation passée pour appréhender le risque auquel serait exposé l'enfant. Par contre, ici, il est question d'une difficulté à se projeter dans l'avenir, en ne recherchant qu'une solution valable à court terme.

Les dossiers judiciaires, du fait de la sélection des affaires les plus graves avant le renvoi à la Justice, comportent également de nombreux éléments sur cet entourage familial déficient, dans l'enfance ou l'adolescence des jeunes femmes concernées. Voici un extrait d'un rapport social fait par une équipe de service éducatif au juge des enfants :

Histoire familiale de la femme :

Mademoiselle est la dernière de trois enfants que sa mère a eu de deux liaisons différentes. Mademoiselle n'a pas eu beaucoup de souvenirs de son père qui serait parti quand elle était jeune. Sa mère aurait eu plusieurs liaisons sans avoir eu d'autres enfants. Mademoiselle a toujours rencontré des difficultés à communiquer avec les amis de sa mère. Elle se rappelle de l'époque de 1988 où elle habitait [ville] et des conflits existants d'une part, entre elle et l'ami de sa mère, d'autre part entre le couple lui-même ; Ce beau-père est décrit comme étant autoritaire, alcoolique, violent, qui frappait aussi bien Mademoiselle que sa mère. Cette situation a duré quelques années mais en 1990 la mère décide de partir et de s'installer avec sa fille à [ville], logement qu'elle occupe actuellement.

Rapport social, extrait d'un dossier judiciaire.

De très nombreux liens sont faits dans la littérature spécialisée entre les histoires familiales de ces femmes et leur toxicomanie. Néanmoins, le biais de sélection des clientèles les plus lourdes dans les centres de soins est évident. Si pour les femmes toxicomanes, un passé de violences familiales est le plus souvent évoqué,

il est clair que la plupart des enfants maltraités ne deviendront ni toxicomanes ni maltraitants à l'égard de leurs propres enfants (*cf. infra*).

C- Les relations avec la famille d'accueil

La famille d'accueil est considérée par les spécialistes de l'attachement comme la meilleure solution pour l'enfant, qui se construit dans un projet et des repères générationnels. Cette solution est celle vers laquelle tend l'action de l'Aide sociale à l'enfance, à défaut de projet d'adoption et en tout cas pour éviter que des enfants restent sur de longues périodes en établissement. Les statistiques nationales (1^{ère} partie) ou locales (2^{ème} partie) nous ont néanmoins montré que cette solution ne concernait que moins de la moitié des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance, le critère le plus discriminant étant l'âge de l'enfant.

La solution de la famille d'accueil est une bonne solution dans la mesure où les liens avec les parents sont préservés, ce qui est en fait une des difficultés de cette prise en charge. Françoise Tulkens, juge à la Cour européenne, relève que, dans la logique du placement, « *La famille d'accueil n'est pas une famille de substitution, mais plutôt une famille-relais, une famille-auxiliaire. Le maintien des liens de l'enfant avec la famille d'origine fait donc partie intégrante de cette forme de placement qui doit gérer une relation triangulaire entre l'enfant et ses deux familles, avec des droits égaux pour tous* » (ATD QUART MONDE, 2002). Cette déclaration remet en cause l'idée pourtant largement développée par les professionnels du champ social d'une suppléance familiale, puisque dans ce cas, il y aurait remplacement (substitution) de la famille défaillante par une autre famille, plus adéquate.

Les parents ressentent cette substitution comme un acte de violence car elles les disqualifie, puisqu'ils ont le sentiment que l'on remplace une « mauvaise mère » ou une « mauvaise famille » par une autre qui sera meilleure. Cette disqualification leur est insoutenable, et beaucoup préfèrent finalement la pouponnière ou le foyer qui les remet moins fortement en question. Il est plus

facile de dire que son enfant est en internat plutôt que de le reconnaître dans une autre famille.

Cette notion ne concerne pas uniquement les parents toxicomanes, elle est retrouvée dans la littérature concernant tous les placements familiaux : « *Pour la mère ou le père de l'enfant, ou pour les deux parents, cet accueil familial est une mesure mortifiante, un arrachement, un malheur qui s'abat sur la famille dont l'enfant est souvent le seul et précieux bien. L'image de ces « bons parents » auxquels leur enfant est confié est provocante, elle les pousse tantôt à fuir et à abandonner la partie, tantôt à envahir le territoire de l'enfant et à accaparer la famille d'accueil ou encore à adopter des attitudes inadéquates et agressives à l'égard de celle-ci et/ou de l'enfant* » (David Myriam (dir), 2000), p. 58. S'agissant des parents toxicomanes, peu valorisés déjà et culpabilisant du fait de leur consommation, la fuite sera une réaction bien souvent choisie, sauf accompagnement spécifique.

Brigitte, dont le second enfant a été quelque temps dans une association avant de partir pour les grandes vacances dans une famille d'accueil à l'étranger essaye d'avoir un regard positif en disant qu'il avait l'air heureux sur les photos, mais a ressenti cette séparation comme bien plus angoissante :

Ce que j'ai mal vécu c'est le placement dans la famille d'accueil.
Parce que j'ai eu peur de pas pouvoir le récupérer. Qu'il s'attache à cette famille et que...
[Question : Quand il est parti un mois avec [association] ?]
Oui, j'avais peur et puis j'étais pas habituée à cela, alors ça m'avait mis en l'air, le moral à zéro,
...
Parce que je sais qu'il a tout et qu'il manque de rien. Mais le confier comme ça à une famille d'accueil que je connais pas, que je sais pas comment ils vivent, bon, je reproche pas, je sais que ces gens-là ils sont choisis parmi tant d'autres, pour leur régularité et puis etc. mais euh, ça m'avait fait beaucoup de mal de me séparer de lui.

Brigitte, entretien n° 9.

Pour ces femmes toxicomanes qui sont culpabilisées et disqualifiées, la violence de cette confrontation peut les amener, si elles ne sont pas accompagnées, à perdre pied et à ne plus poursuivre les relations, comme nous l'explique cette sage-femme :

Oui, mais l'idée qu'on est capable d'être une bonne mère, elle est fortement mise à l'épreuve à ce moment-là. Face à une famille d'accueil qui est considérée comme parfaite évidemment, on fait pas le poids et l'accompagnement thérapeutique pour la mère peut justement l'aider à, à ne pas interrompre le lien qu'elle a créé.

Cadre sage-femme, entretien n° 22.

Ce lâcher prise est souvent inévitable, d'autant plus que nous l'avons déjà souligné, dès lors que le placement est prononcé, en l'absence d'AEMO, l'accompagnement concerne l'enfant et la famille d'accueil et non plus les parents biologiques, laissés seuls²⁰¹ et jugés sur leurs actes, ou du moins sur l'apparence qu'ils en donnent. Ainsi, bien souvent, la mère cède au découragement et cesse d'aller voir l'enfant, renforçant l'idée chez les intervenants concernés que cela était prévisible et que le placement était justifié puisqu'on ne peut lui faire confiance.

Les services peuvent également travailler de façon différente, certains privilégiant le lien mère-enfant, d'autres préférant ne prendre en compte que l'équilibre de l'enfant, quitte à ne pas poursuivre les liens familiaux, surtout quand ils ont été rompus une première fois. Voici une situation :

Donc quand elle est sortie d'hospitalisation, elle, elle est pas tout de suite retournée voir sa fille, elle est retournée se ressourcer dans sa famille, donc en fait elle a un peu perdu le contact avec cette enfant, voilà. Et c'est une autre famille qui suit la petite. Donc les enfants que je suis moi, connaissent l'existence de cette petite, veulent la rencontrer mais on attend que la maman reprenne contact avec la petite qui elle, a reconstruit sa vie, elle a que quatre ans hein, dans sa famille d'accueil, pour après faire un lien avec les enfants. [Question : Donc, il y a pas eu, là, je suppose que vous avez contacté la personne, ils ont pas réussi à faire un lien. Elle l'a vue sa petite ou ?] Elle a des photos, elle a passé un petit bout de temps de vie avec elle, etc. mais ce qui est difficile apparemment pour l'AS qui s'occupe d'elle c'est de voir cette gamine qui s'est reconstruite dans sa famille d'accueil et elle a peur de la perturber. Apparemment c'est pas la même politique de service, nous on essaye un peu plus de favoriser le lien mère enfant, alors que eux apparemment c'est le bien de l'enfant, quoi !

Assistante sociale ASE, entretien n°14.

²⁰¹ - Certains ne rencontrent le référent ASE qu'une à deux fois par an et le juge tous les deux ans. Il s'agit dans leur esprit d'un contrôle et non d'une aide visant une modification de leur situation.

Certaines familles d'accueil vont néanmoins accompagner des situations très difficiles, quand la mère est en prison, hospitalisée, mourante et que cette famille accepte de maintenir ce lien « ténu » plutôt que de chercher à se substituer. Ainsi dans une situation où la maman est incarcérée, la famille d'accueil va la rencontrer en prison, accompagnée par une éducatrice ASE, afin de ne pas paraître « profiter de la situation » pour accaparer l'enfant. Cet accompagnement est quelquefois très lourd pour les familles d'accueil, qui bénéficient d'une aide par l'encadrement de l'ASE.

C'était pour dire combien la morbidité pouvait entourer cet enfant. Qui était pétillant de vie, qui a été suivi longtemps en psychothérapie et qui avait une famille d'accueil qui était pressentie à l'adoption et qui a pas pu... Qui disait, mais ça a été expliqué à l'enfant tout ça, elle disait que c'était leur enfant de cœur mais pas, ils pouvaient pas là parce que s'ils l'adoptaient, il y avait plus aucun dispositif autour, tous seuls ils pouvaient pas l'accompagner. Ils ont pu réussir à lui dire que tous seuls ils y seraient pas arrivés qu'ils avaient besoin de tout cet accompagnement pour l'aider à grandir. Ben ça aussi c'est pas simple, hein !

On aurait pu tirer à boulet rouge contre la famille d'accueil qui n'adoptait pas, hein. Elle avait trouvé le sens, elle avait réussi à trouver le sens et à la retransmettre à l'enfant et il était heureux dans sa famille d'accueil et il va bien.

[...]

[[Question : Et il pourra rester jusqu'à quel âge ?]

Ben, à la majorité il va demander sûrement un contrat jeune majeur pour maintenir le lien. Et j'ai bon espoir que sa famille d'accueil osera, au-delà de la majorité, demander l'adoption. Parce qu'elle lui avait proposé que ça se passe comme ça. On verra, on verra bien...

Cadre socio-éducatif ASE, entretien n° 19.

La réaction de cette famille d'accueil est intéressante, car elle donne un élément précieux en terme de dispositifs : alors que le projet de départ était une adoption par cette famille, celle-ci est sans cesse différée car les difficultés sont telles que la famille d'accueil se sent incapable de faire face seule. Or, tant qu'il y a mesure éducative, cette famille bénéficie d'un accompagnement par un référent de l'Aide sociale qu'elle perdra en adoptant l'enfant. De fait, le projet d'adoption ne paraît pas tout à fait oublié, mais pourrait se situer après la majorité de l'enfant.

Ainsi l'accompagnement concerne essentiellement les professionnels (la famille d'accueil est salariée de l'Aide sociale) et non les familles (biologiques ou

adoptantes) dans le cadre du placement, ce qui est sans doute une faille du dispositif actuel.

La littérature professionnelle est très abondante sur le nouveau rôle de la famille d'accueil, tout en reconnaissant que les nouvelles orientations ne sont pas encore appliquées de manière égale sur le territoire national. Ainsi, depuis 1992, les assistants familiaux bénéficient d'un statut, mais également d'une nouvelle mission : « *Pourvues d'une formation et d'un agrément, les assistantes maternelles sont censées participer au travail éducatif et non plus se contenter d'une mission de gardiennage et de « nourrissage » des enfants placés. Mais là encore, les pratiques varient beaucoup* » (Pinaud Florence, 2001).

Comme pour l'ensemble des professionnels de l'aide sociale, la formation reste néanmoins insuffisante car elle concerne prioritairement les personnels nouvellement recrutés, ceux qui ont quelques années d'expérience, conservant une vision différente de leurs missions. Les familles d'accueil n'échappent pas à cette limite : « *Certaines ont été recrutées avant les nouveaux textes de 1992, rappelle Véronique Mauer²⁰². Elles sont encore dans une logique d'appropriation de l'enfant et ont du mal à accepter les parents* » (Pinaud Florence, 2001). L'exemple qui est cité de telles pratiques est l'assistante maternelle qui lave l'enfant et tous ses vêtements dès qu'il rentre de chez ses parents, révélant ainsi ses sentiments négatifs vis-à-vis de ceux-ci.

Dans la mesure où nous essayons de discerner ce qui serait spécifique des femmes toxicomanes, il n'est pas dans notre propos de reprendre ici toute la littérature, qui est par ailleurs très fournie, concernant l'accueil familial et ses avantages ou inconvénients. L'élément à souligner est que dans ce cas spécifique, l'accueil familial peut être une charge encore plus lourde, compte tenu des difficultés de la mère et que la solution de facilité, pour les services, comme pour les familles d'accueil serait de parvenir à la décourager (à l'évincer).

²⁰² - A l'occasion des Xè journées nationales d'étude sur « le labyrinthe du placement familial : places, représentations et idéaux », organisées par l'Association nationale des placements familiaux, 27 et 28 septembre 2001, Agen.

D- Regrouper les fratries ?

Le placement de plusieurs enfants pose bien évidemment des problèmes, en particulier pour trouver des familles d'accueil susceptibles de prendre plusieurs enfants en même temps. D'autres circonstances entrent en ligne de compte, rendant les situations souvent complexes, mais parfois inextricables. Le signalement tardif lors d'une grossesse peut entraîner la mise en place de mesures pour le nouvel enfant mais aussi pour ceux déjà nés.

L'article 371-5 du code civil prévoit que l'enfant ne doit pas être séparé de ses frères et sœurs, sauf impossibilité. Le juge peut le demander à l'ASE, mais reste tributaire de sa réponse. C'est le cas si la mère a déménagé à de multiples reprises, sur différents départements et qu'elle a ainsi « semés » des enfants dépendants chacun d'un service différent. En effet, la départementalisation de l'Aide sociale à l'enfance comme la sectorisation des juges pour enfants impliquent que l'on puisse observer un cloisonnement dans des décisions concernant des enfants apparentés, frères et sœurs ou seulement demi-frères ou sœurs. En effet, l'instabilité conjugale, le concubinage plutôt que le mariage, la prostitution, etc. sont autant de conditions de vie de la mère qui vont impliquer des enfants de pères différents.

C'est quelquefois un peu par hasard que l'on découvre que des enfants, suivis par un même service, sont apparentés. En effet, si les enfants ne sont pas reconnus, il est impossible de faire le lien entre eux, sauf à ce qu'une déclaration de la mère le permette. C'est le cas dans l'exemple déjà décrit précédemment où, après quelques rencontres, l'assistante sociale qui suit deux enfants apprend qu'il y a une autre petite fille :

Alors, en fait elle a eu, il y a quatre, ans une autre fille. Alors elle, elle dit que c'est du même papa, mais le papa l'a pas reconnue et qui... alors au départ elle est partie en centre maternel, et puis c'est là qu'elle est tombée malade, donc elle a été hospitalisée, donc le centre maternel n'a pas pu garder la petite, donc du coup, elle est partie en famille d'accueil
[Question : Donc c'est un autre service qui la prend en charge... ?]
En fait, on prend en fonction du domicile des parents, donc là cette petite avait été prise en charge par le service d'Aide sociale à l'enfance et le tribunal

du département qui est sectorisé sur le domicile de la mère, alors que nous on est intervenus par rapport au domicile du père. Mais bon, si on arrive à travailler en partenariat, çà va, hein !

Assistante sociale ASE, entretien n° 14.

Par ailleurs, même s'il est préférable de ne pas couper le lien entre divers enfants d'une même mère, le placement permanent ensemble n'est pas toujours la meilleure solution. Ainsi dans une famille dont le dossier nous a été communiqué par le juge des enfants, le plus jeune enfant, hémiplégique de naissance, est décrit par l'éducatrice comme le souffre douleur de son aîné. La solution choisie a été de confier les enfants à deux familles d'accueil vivant à proximité, ce qui permet une scolarisation des enfants dans la même école, des retrouvailles les week-ends, mais également des moments de séparation permettant au plus jeune de s'épanouir.

Les intervenants socio-éducatifs dénoncent souvent avec virulence ces conditions de séparation des fratries. En particulier, l'ASE de Paris a des agences en province, par exemple à Alençon et un exemple nous a montré que malgré les demandes du juge et un rapport de l'éducateur en ce sens, la solution proposée a entraîné la séparation des enfants, avec de plus l'un à Alençon et l'autre sur Paris.

Il n'est pas possible de développer plus avant dans le cadre de ce travail, les différentes questions liées à ce vécu du placement par les familles, car il n'est pas certain que la méthodologie de notre recherche nous permettent d'isoler ce qui serait spécifique à la toxicomanie des mères. Dans les pratiques des professionnels rencontrés, ces difficultés de maintien du lien ou de regroupement des fratries sont récurrentes et leurs récits de vie les amènent à les aborder largement. Nous voulions de ce fait en rendre compte, au moins dans une certaine mesure. Un autre point largement abordé, est la souffrance que génèrent ces situations difficiles.

3) 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* »²⁰³ 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 : « *Adviennent 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

²⁰³ - Par référence au titre de l'ouvrage de Martine Lamour (1998).

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 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,

Ça 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 contradiction²⁰⁴ dans ces procédures contribue à cette impression d'être laminés²⁰⁵ 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 çà c'est sûr, mais je suis une enragée vis-à-vis de l'Etat, j'ai la rage, même si je fais tout çà là, j'ai la rage, parce que je me dis ils ont fait une faute qu'ils auraient pas dû faire, ils

²⁰⁴ -Au sens juridique de ce terme, de la contradiction des débats : en présence des deux parties (ici la mère et l'administration).

²⁰⁵ - Au sens figuré : diminuer jusqu'à détruire, ruiner la santé de quelqu'un, ses forces physiques ou psychiques (Larousse).

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 le 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.

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 mois²⁰⁶ (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

²⁰⁶ - 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 !

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 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 pied dans la société »²⁰⁷. 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

²⁰⁷ - Olivier Bonnin, « Femmes au bord de l'exclusion sociale », in *Interdépendances* n° 57, dossier l'exclusion au féminin, 2^{ème} trimestre 2005.

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.

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*²⁰⁸ 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, 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.

²⁰⁸ Film de Ken Loach, voir en annexe.

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'aïlle la sortir, que j'aïlle 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 çà, 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.

L'ensemble des propos qui nous ont été tenus sur l'ASE étaient globalement négatifs (voir en deuxième partie), 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 audencé 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 ambiguïté 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 maltraitances.

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 mots²⁰⁹ 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.

²⁰⁹ - 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.



L'histoire de Christine, racontée par son médecin (3)

Enfin quand on voit le chemin parcouru par cette femme, c'est remarquable.

C'est impressionnant

Oui et ce qui est impressionnant aussi, c'est qu'elle verbalise quand même. On a toujours l'impression qu'elle a du mal, mais elle arrive quand même à verbaliser les choses. Et en particulier, par rapport à K. [son premier enfant], donc elle a parlé de K. à, à S. [son deuxième enfant].

Oui, elle me l'a dit ça

Oui

Qu'elle leur avait dit qu'il y a avait un grand frère et que

Hum

Ça reste assez, quand même un fantôme, qu'elle le retrouvera un jour

Ah oui, bien sûr. Mais bon. C'est vrai qu'à l'époque elle était très jeune et elle sortait quand même d'une période très, très triste, hein

Oui, et puis ça a été une époque où on plaçait, on plaçait, on séparait

Oui, moi je me souviens bien en maternité, c'est le cas clinique je crois à la maternité qui a fait que les sages-femmes sont venues me voir après en disant il faut qu'on fasse quelque chose. Parce qu'elle a touché énormément de gens, elle était très jeune. Les gens avaient beaucoup investi, parce que c'est vrai que c'est un contact qui est bien passé, mais quand elle était dans l'usage de drogue actif, elle pouvait pas laisser les gens indifféremment, elle était toute blonde, toute mignonne etc. Il y avait beaucoup d'émotion et les gens, et en plus elle avait perdu le papa du bébé, et donc les gens, les sages-femmes, elles étaient vraiment dans le désir de faire quelque chose, et d'arriver à ce qu'elle reparte avec son enfant et ça s'est pas passé comme ça ; donc ça a été très, très douloureux pour l'équipe de maternité, qui avait beaucoup investi

Sur cette, oui ça m'étonne pas, parce que c'est vrai qu'elle

Elle interpelle les gens, hein !

Oui

Alors ceci dit, je pense que elle a quand même un contexte médical qui risque aussi, j'espère que non, mais de faire basculer un peu les choses. Elle a quand même une double infection, pour l'instant non traitée parce qu'elle a pas besoin, mais... ça risque toujours de poser des problèmes pour elle.

Ça c'est bien passé, ça peut tenir

Voilà, je pense. Et sur K., je pense que nous, on n'a pas

Elle a disparu ?

Elle a, oui, elle était trop dans la toxicomanie active, elle venait, elle repartait. On n'avait pas de nouvelles. Et maintenant elle refait l'histoire à sa façon

Oui, c'est normal

Pour savoir ce qui c'est passé

Oui elle l'a reconstruit

Ceci dit, euh, je suis pas complètement sûre qu'à une époque, c'est-à-dire la pouponnière et le parquet, c'est pas non plus des gens très faciles à ... enfin ils ont pas une grande expérience des problèmes de la toxicomanie et en tout cas,

A l'époque ou de façon générale

Oui

Parce qu'ils se débrouillent pas mal

A l'époque, on va dire à l'époque. De la façon dont on pouvait accueillir et donner une place à cette mère. Je crois qu'il n'y avait pas de place pour elle. Honnêtement, il n'y avait pas de place pour elle

Hum

Et il n'y a pas eu de travail non plus de la part de la maternité. Parce que tout le monde voulait que ça se remette bien, mais on n'a pas travaillé la séparation, il n'y a pas eu, personne n'est venu la voir pour essayer de voir comment on pourrait

Et elle est sortie de la maternité pour quoi, enfin je veux dire où ?

Elle, elle est sortie, si je me souviens bien dans sa famille à elle, la grand-mère a dû la reprendre et le bébé il a dû aller en pouponnière

Ah bon

Où elle a fait un petit séjour, je suis en train de me demander, elle a peut-être fait un petit séjour à [structure]. C'est ça, elle a dû faire un court séjour à [structure].

Ce serait plutôt ça qu'elle m'a raconté

Et un jour elle est partie à la recherche de produits, elle a fugué. Et le bébé a été placé

Donc elle est pas sortie sans rien d'ici quand même

Non, non. Elle a été à [structure], mais ça c'est très mal passé. Et là aussi à l'époque, à [structure], ils étaient pas non plus, très, très, aptes, pour recevoir des toxicomanes. Elle, elle était dans la toxicomanie active. Il y avait des gens autour. On était en 1993 donc il n'y avait pas les traitements de substitution, etc. Donc, donc il n'y avait rien pour ces femmes.

Hum, et puis elles ne sont pas toutes, même dans la substitution, capables de supporter la vie collective

C'est ça et elle était très, très jeune, hein !



4) 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. Nous avons trouvé un résumé d'une affaire de ce genre, tranchée par la cour de Cassation, la grand-mère ayant fait appel de la première décision, puis déboutée, ayant finalement formé un pourvoi :

Cour de Cassation
Chambre civile 1
Audience publique du 23 mars 1994

Attendu que Mme Y... a recueilli, dès sa naissance, son petit-fils, Guy X..., né le 18 janvier 1992 ; que l'arrêt confirmatif attaqué ([ville], 17 décembre 1992) a confié l'enfant à la direction des interventions sociales de [département] pour une durée d'un an à compter du 15 mai 1992 ;
Attendu que Mme Y... et Mme X..., mère de l'enfant, font grief à cet arrêt d'avoir ainsi statué, alors qu'après avoir reconnu que la grand-mère pouvait offrir à son petit-fils des conditions de vie matérielles satisfaisantes, la cour d'appel, en se bornant à faire état de la dépendance et de l'ambiguïté

caractérisant les relations entre Mme Y... et sa fille, aurait privé sa décision de base légale au regard des articles 375-2 et 375-3 du Code civil ;

Mais attendu que l'arrêt constate, d'abord, que M. et Mme X..., parents de l'enfant sont, en l'état, incapables de s'occuper de celui-ci ; qu'il relève, ensuite, que Mme Y... dénie aux époux X... tout droit sur l'éducation de leur fils, et qu'il résulte des rapports des services sociaux que son comportement intransigeant et autoritaire, de même que la dépendance dans laquelle elle tient sa fille, sont de nature à compromettre l'éducation de l'enfant ; que l'arrêt retient, enfin, que le placement envisagé doit sauvegarder les relations entre le jeune Guy et ses parents, et apporter à Mme X... l'assistance nécessaire pour permettre une prise en charge progressive de l'enfant ; qu'ayant, par ces motifs, souverainement retenu la nécessité de retirer le jeune Guy X... de son milieu actuel, la cour d'appel a légalement justifié sa décision.

Dans cet exemple, après une mesure familiale, sans intervention extérieure où la grand-mère « recueille » l'enfant, le recours à la justice qui prononce un placement ultérieur est nécessaire pour maintenir l'équilibre familial.

Cette décision met en évidence les éléments du débat actuel : même si les parents sont déclarés inaptes à s'occuper de leur enfant au moment où le juge rend sa décision, il convient d'envisager le placement comme une mesure transitoire devant déboucher sur la possibilité pour eux d'exercer un jour l'autorité parentale. De ce fait, les solutions de placement qui priveraient les parents de cette possibilité seraient contraires aux volontés du législateur.

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,

[Comment elles font les mamans dans ce cas-là ?]

Ben, heu, elles voient pas souvent leur enfant, quoi. Oui, parfois le placement induit d'autres violences, hein ! [.../...] Donc, donc du coup, le, une de nos missions de travailler le lien et ben (rires) dès le départ c'est un peu faussé parce que on a pas toujours les moyens, on a un certain nombre de situations aussi qui font que,

[Donc par exemple, vous avez un budget pour permettre aux mamans de se déplacer ?]

Il y a des bons de transport, ouais, elles payent pas le train, ouais. Mais encore faut-il que les horaires de trains correspondent !

[Que ce soit faisable]

Que ce soit faisable, non il y a parfois plein, plein de, de choses directement liées au placement qui induisent de nouvelles, complications quoi.

[Ben oui, parce que après lui reprocher de ne pas voir l'enfant si c'est infaisable]

Ah ben c'est à nous d'être bien vigilants aussi et de bien resituer les choses dans le contexte, hein, quand on expose la situation, ne pas oublier quand même, c'est important, parce que, c'est vrai que oui eh ben 50 bornes, c'est énorme quand on a pas de, quand on a pas de voiture, quand il y a un train qui part le matin et un qui revient le soir, quand on travaille,

[Qu'on leur demande de travailler par ailleurs]

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 rédaction²¹⁰ 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 droits, ou de l'un d'eux, sera provisoirement suspendu. Le juge peut indiquer

²¹⁰ - 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.

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 travail²¹¹. 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,

²¹¹ - Comme la très large majorité des mères de quatre enfants en population générale.

dans les familles monoparentales ou recomposées, la majorité des enfants ne voient leur père que moins d'une fois par mois ou jamais²¹².

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 :

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.

²¹² - INED, Enquête Situations familiales.

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-ci²¹³. 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. Voici deux exemples de jurisprudence à ce propos :

Exemple 1 :

Cour de Cassation

Chambre civile 1

Audience publique du 31 mai 2001

Vu l'article 375-7, alinéa 2, du Code civil ;

Attendu que s'il a été nécessaire de placer l'enfant hors de chez ses parents, ceux-ci conservent un droit de visite dont le juge doit fixer les modalités ;

Attendu que l'arrêt attaqué a confié le mineur A... à la Direction de la solidarité départementale de la Haute-Garonne pendant deux ans et accordé à la mère un droit de visite "en fonction du règlement" de cet organisme ;

Qu'en statuant ainsi, la cour d'appel a méconnu l'étendue de ses pouvoirs et violé le texte susvisé

Exemple 2 :

Cour de Cassation

Audience publique du 13 octobre 1998, Chambre civile 1

Attendu que l'arrêt attaqué a confié la mineure Cathy X... au service départemental des Affaires sociales pendant deux ans et accordé aux parents des droits de visite, sortie et hébergement " dont les modalités seront gérées par ce service " ;

En quoi, la cour d'appel a méconnu l'étendue de ses pouvoirs et violé le texte susvisé.

Une autre décision a été annulée par la cour de Cassation en 2003 parce qu'elle prévoyait « *un droit de visite en lieu neutre, qui s'exercera en concertation avec l'organisme gardien* ». Ce sont donc des litiges constants que l'on retrouve de manière récurrente dans la jurisprudence sur une période examinée de plus de 20

²¹³ Le juge peut restreindre temporairement ce droit.

ans. Les juges, en ne fixant pas les modalités du droit de visite laissent en effet libre cours aux litiges entre la mère et les établissements, ces derniers pouvant utiliser ce droit comme une sanction à son encontre.

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 sache, 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 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 gâité 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 contreponds 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 résilience²¹⁴. 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 développement²¹⁵.

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 naissance²¹⁶) (Vitaro Franck *et al.*, 2004).

²¹⁴ www.observatoire-resilience.org

²¹⁵ B. Cyrulnik (2001), *Les vilains petits canards*, Paris, Odile Jacob, p. 98, cité sur le site ci-dessus.

²¹⁶ - 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.

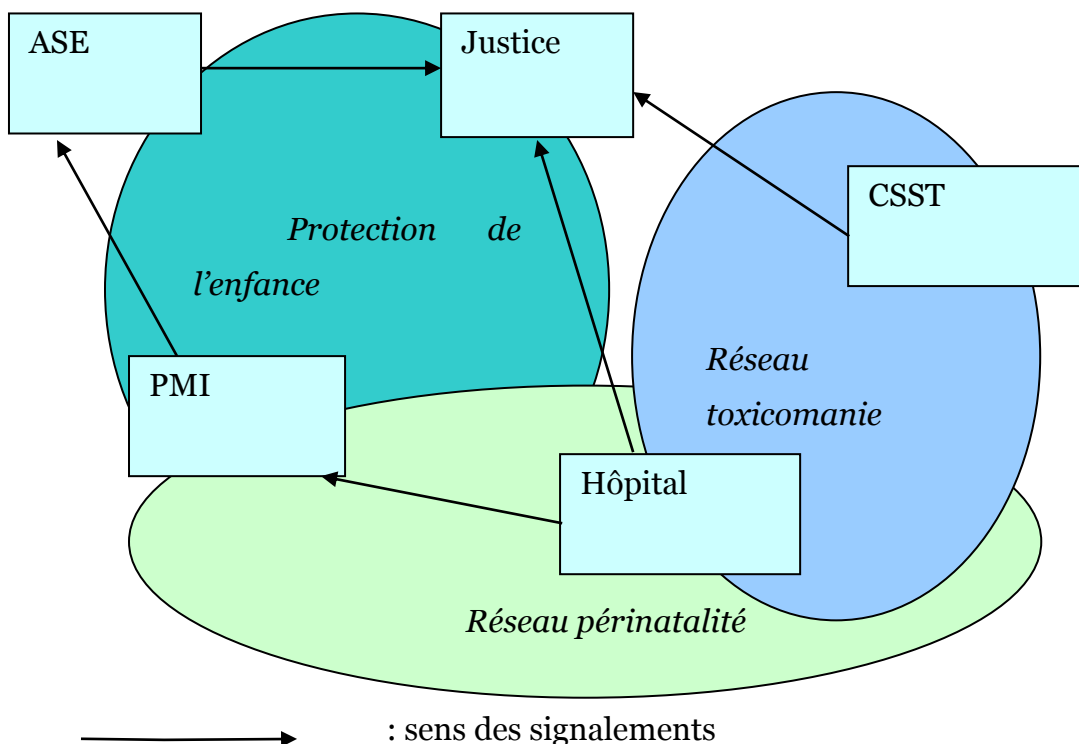
Les pratiques en réseau

Par rapport au schéma de départ (cf. page 84), de deux circuits faisant intervenir deux acteurs principaux, 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 plus complexe et ressemble plutôt à celui de la figure n°13.

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 13 : 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 consultations²¹⁷ 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 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

²¹⁷ - Quelques vacations suffiraient.

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 fœtus²¹⁸.

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

²¹⁸ - INSERM, Information presse du 14 juin 2005, « Cannabis : le fœtus en danger ? », 3 p.

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.

De même, pour des raisons éthiques, il a fallu renoncer à compléter la biographie de Christine, ce qui était faisable, mais nous entraînait loin du protocole de recherche initial et pouvait porter atteinte au respect de sa vie privée. De fait, le dossier de son premier enfant à l'Aide sociale à l'enfance ou au tribunal n'a pas été activement recherché. Personne parmi nos interlocuteurs, surtout pas la mère, ne sait réellement comment se sont enchaînés les procédures et la date à laquelle ce petit garçon a finalement été adopté. La loi prévoit que l'Aide sociale à l'enfance doit conserver au dossier les lettres des parents après l'abandon, que l'enfant pourra réclamer à sa majorité s'il en exprime le besoin. Les lettres de Christine sont-elles bien parvenues dans ce dossier ? Elle vit sur l'espoir que, peut-être, un jour, cet enfant se manifesterait.... Ses filles sont élevées dans ce mythe familial du grand-frère qui reviendra. Le deuil n'a pas été fait. Les paroles de l'assistante sociale laissent plutôt supposer que le service concerné n'a pas eu l'intention de laisser cette porte ouverte.

Le récit de Christine



Alors je suis une ancienne toxicomane.

Oui, mais avant dites-moi, vous étiez au lycée, en formation ?

Eh ben je faisais un BEP d'agent de transport. Mais avant le BEP, 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.

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.

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 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 maghrébine, il m'a recueillie 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

D'accord, donc là vous consommiez beaucoup ?

Oh, oh oui

Et vous ne travailliez pas ? Vous aviez arrêté le BEP ?

J'avais arrêté, j'avais tout arrêté.

Et donc vous n'aviez pas de travail, je suppose ?

Ah non, non

D'accord. Donc il est mort quand vous étiez enceinte de cinq mois, c'est ça ?

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

Hum, parce que quoi, vous aviez quoi ?

Parce que je suis HIV+

Et vous l'étiez déjà à cette époque ?

Ah oui, je l'étais dès que j'ai commencé. Parce que la première injection c'est mon beau-frère qui me l'a faite, chez qui je vivais et lui était contaminé déjà, mais, lui il me l'avait pas dit. Ça date de 87-88, hein, dans ces années-là hein ! Et vous l'avez su tout de suite ? Vous l'avez su quand que vous étiez positive ? Ben, c'est un jour où on avait été acheté de la drogue. On avait, on avait comment qu'une seringue et on était trois et bon, ben j'ai mon beau-frère qui dit à son copain, je te passe pas ma seringue parce que je suis séro. Et moi j'ai été surprise et je lui ai dit mais pourquoi que tu me l'as pas dit ? Et ben ensuite j'ai été faire un test et j'étais séropositive et je me suis dit ma vie elle est foutue et malgré ça, le papa, son frère, je lui ai dit la vérité, il m'a pas laissée, il en voulait beaucoup à son frère et il a trouvé un studio

Donc vous avez quitté la famille, à ce moment-là ?

Oui, tous les deux on a pris un studio

Lui il avait un travail ?

Non, non c'est pas qu'il travaillait, comme il connaissait pas mal de patrons de café, euh, disons qu'il rendait service et qu'il buvait en même temps, mais moi j'étais jeune et puis complètement dans la, dans la came en fait, euh, disons que chacun un petit peu vivait sa vie. C'était quelqu'un qui était pas du tout méchant, même sous alcool, pas du tout violent

Donc ça se passait bien, ?

Très bien, oui

D'accord, donc vous avez su que vous étiez positive avant de savoir que vous étiez enceinte ?

Oui,

Et à ce moment-là, vous avez essayé de trouver quand même, vous êtes pas allée à l'hôpital pour vous faire soigner ou euh ?

Non, j'étais complètement dans la drogue. Et je me droguais, enceinte, jusqu'à la, pratiquement la fin de ma grossesse.

Pourquoi pratiquement la fin, vous aviez quand même arrêté ou ?

Oui, j'ai, j'ai, comme j'étais sans domicile fixe, parce que j'ai pas réintégré les lieux, d'autant comme mon ami était décédé, j'ai, j'ai pas voulu retourner dans cet appartement et euh, ils m'ont hospitalisée, à [hôpital], en attendant la fin de ma grossesse en essayant de diminuer les doses avec des médicaments

En essayant de diminuer les doses ?

Oui

Ils feraient plus ça maintenant !

Ils diminuaient les doses pas d'héroïne, hein, mais avec des produits de substitution comme l'antalgique, le Lexomil et les cachets pour dormir. Mais tout ça n'empêchait pas que je prenais quand même, je prenais quand même de la drogue, parce que j'avais perdu, comment, mon appartement, le papa... mais en même temps j'étais suivie par le JAP

Pour une affaire de drogue ?

De vol

Hum hum

Parce que j'ai été incarcérée aussi pendant un an

Incarcérée un an, pour un vol ?

Pour plusieurs, hein

Et en prison, vous aviez été sevrée, je suppose ?

Oh oui

Ils ne donnaient pas de traitement à l'époque ?

Ils donnaient, comment, une fiole pour les premières semaines, ensuite c'était à vous de voir si vous aviez envie de continuer la fiole ou pas, quoi et moi je l'ai arrêtée, mais je faisais huit heures de sport par semaine. Et après j'ai arrêté la drogue, mais ça date de 1995 ça c'est plus vieux

Pour la prison ? Donc c'est après tout cela. On revient sur la grossesse, donc vous êtes hospitalisée, quoi, le dernier mois à peu près ?

Oui, disons deux mois avant

Hum hum. Donc vous preniez de la drogue à l'hôpital

(Sourire) oh oui !

Non, mais je sais qu'on en prend à l'hôpital. C'est qui, toujours la famille de votre ami qui vous fournissait ?

Des amis qui venaient, enfin c'était même pas des amis, c'était encore des autres toxicomanes quoi, qui venaient...

D'accord, et pour l'accouchement, ça c'était passé comment ?

Ça c'est bien passé. Pas pour le petit, lui il était gardé à peu près une semaine pour le manque

Il a fait un syndrome ?

Oui, mais c'était un beau bébé. Et ensuite, ils m'ont trouvé un foyer, [ville]

A [ville], donc vous êtes partie avec, c'est un foyer mère enfant ?

Oui, et euh ben de là, je me sentais pas bien, je me sentais pas à mon aise et je continuais à, à reprendre de la drogue

Et vous étiez soignée pour le VIH

Non, non, même maintenant j'ai pas besoin de traitement. Et pour l'hépatite C aussi

Il y avait une hépatite C qu'ils ont vue pendant la grossesse ?

Non, j'ai les deux, j'ai l'hépatite C et j'ai le VIH

Mais l'hépatite C vous aviez su quand que vous l'aviez ?

En même temps que le VIH

Donc là vous allez à [ville], vous arrêtez pas la drogue, je suppose

Non, et surtout j'avais pas de revenus, j'avais, euh disons, 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 et il y avait des jours où on pouvait sortir et un matin je suis sortie, je suis revenue et là le médecin m'a convoquée et m'a dit et ben demain vous quittez les lieux. Et votre enfant, on a appelé le juge, il va être placé dans un centre, à [autre ville]

Placé dans un centre ?

Ouais, alors moi j'étais dans une colère. 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 ah 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

Mais en même temps vous étiez séropositive, vous aviez pas le sida ?

Oui

Donc vous étiez pas en danger de mort ?

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

Euh, et le juge vous a pas convoquée ?

J'étais convoquée, mais comme j'avais tout perdu, euh, euh, disons que, j'ai été une fois à [ville]

Donc à [ville] c'est quoi, c'est la pouponnière, oui ? Il y avait des heures de visite ?

Non, non j'y suis allée qu'une seule fois. Ils m'ont amené mon fils, ensuite ils me l'ont arraché des bras au bout de quelques minutes, ça m'a fait tellement mal que, eh ben finalement que je suis retombée, dans la drogue, dans la prostitution, j'avais vraiment plus rien. J'en avais assez des vols quoi,

Et vous viviez où là ?

Oh moi, j'ai toujours été SDF. Après que j'ai quitté mon appartement, je suis restée SDF. Je dormais dans les halls, partout.

Et donc vous êtes pas retournée voir le bébé ?
Euh, non, euh, l'erreur que j'ai faite... j'ai pas donné de nouvelles pendant un an. Et euh,
Juste un an, ou plus longtemps, d'après vous ?
Un an, non, plus longtemps, plus longtemps.
Et donc là ça a enclenché, l'abandon judiciaire, derrière
Oui, quand j'ai été incarcérée, j'ai, j'ai vu le juge pour enfants et j'ai rencontré une dame qui faisait partie de la DDASS, je, je les aime pas du tout
Les gens de la DDASS ?
Ah non,
Pourquoi ?
Et ben parce que en 1997, quand j'ai voulu récupérer K., j'ai appelé et euh, ils m'ont dit carrément, votre fils vous le reverrez plus jamais. Effectivement, après, j'ai appris qu'il avait été adopté définitif. En 1997, quand je faisais les démarches pour le récupérer. Parce que j'ai arrêté la drogue, depuis peut être fin 1996,
En prison ?
Non, ah non, non
Vous étiez sortie ?
Oui.
Vous avez pris de la méthadone ou du Subutex ?
Rien
Sans rien
Disons que quand je suis sortie de prison,
Oui
Là j'étais en pleine forme mais j'ai tout de suite replongé parce que j'avais rien, rien moi dehors, j'avais personne, j'avais pas de famille, si de la famille mais à leurs yeux depuis que je suis toxicomane et que j'ai le sida ils m'ouvriraient pas la porte, donc j'étais vraiment, vraiment sans rien
Et alors comment vous avez fait pour arrêter ?
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.
Donc vous avez fait cela, disons à la dure, vous avez pas eu l'idée de demander une aide médicale ?
Ah non, parce que j'ai tellement passé par tant de médicaments que je sais que, c'est la volonté, qui, qui prend le dessus, c'est pas de prendre un autre produit qui vous met dans un autre système, un autre engrenage et ensuite il faut arrêter, tout un cercle vicieux, alors j'ai préféré rien prendre.
Et vous avez tenu ?
Oui, j'ai eu une rechute
En quelle année ?
Quand ma fille avait neuf mois, la première qui a cinq ans. Qui m'a été enlevée trois mois par le juge.
Alors, vous vous êtes mis avec ce nouveau monsieur, vous aviez décroché, j'essaye de faire les choses dans l'ordre et vous avez été enceinte combien de temps après ?
Un an
Vous preniez quelque chose, une contraception ou... ?
Ah non
Vous avez décroché, vous ne preniez rien et vous n'avez pas été enceinte avant un an ? Quelle chance !

Et comme lui il buvait énormément, parce que lui il a un problème d'alcool, il est alcoolique depuis des années. Comment dire, le manque d'attention, d'aide, ça m'a... je lui ai laissé la petite et je suis partie pour voir, comment ça allait se dérouler

Mais la petite vous l'aviez... Bon vous avez été enceinte, vous aviez fait suivre la grossesse ?

Oui, toute ma grossesse, j'ai pris un traitement, j'ai, j'étais bien

C'était à [hôpital] aussi ?

Oui,

Donc la grossesse est suivie, l'accouchement se passe normalement ?

Bien

Elle a pas de syndrome, puisque vous ne prenez plus rien. Ca se passe bien

Oui, ça dure jusqu'à peu près l'âge de un an. Et si les premiers résultats sont négatifs, bon ben au bout d'un an, ils restent négatifs

D'accord

Et les deux sont négatives

Oui, attendez on va y revenir après, parce que c'est vrai que les traitements, les mentalités changent au fur et à mesure, donc vous accouchez, vous êtes sortie avec le bébé au bout de combien de jours

Euh, pour ma fille ? je suis sortie au bout de quinze jours à peu près, comme j'ai eu une césarienne.

Pour la première, vous aviez eu une césarienne aussi, pour le premier, excusez-moi ?

Oui, pour éviter

La transmission du VIH, d'accord, donc vous revenez à la maison avec l'enfant, votre fille, et quand vous dites que vous êtes partie en lui laissant la petite, elle avait quel âge ?

Neuf mois

Et là c'est parce que vous alliez pas bien dans votre tête, comment vous expliquez ?

Si, mais disons que j'ai trouvé qu'il s'occupait pas...

Donc c'est plus un problème de couple ?

Oui, toutes les tâches ménagères, faire à manger, tout quoi, tout le reste. Lui...

Vous vous étiez femme au foyer, vous deviez tout faire et c'était normal

Voilà

Il est pas maghrébin ?

Si (rires)

C'est un dialogue de sourd ! Malheureusement, je crois

C'est plus une mentalité

Je crois que toutes les mamans nous racontent la même chose, même celles qui travaillent et qui rentrent le soir et qui font tout

Oui, mais moi je suis malade ! Et en plus j'ai une éventration là, je vais me faire opérer à la fin octobre, mais comme j'ai pas beaucoup de revenus, j'essaye de faire un peu de ménages et de repassage, parce que ça m'aide bien, quoi et bon je suis beaucoup fatiguée, je l'avoue. Parce que j'ai perdu énormément de poids, parce que là on est en cours de séparation... parce que depuis cinq ans, depuis la naissance de la petite, la vie à la maison, la vie familiale, elle était plus vivable, hein. (inaudible) comprendre hein,

Il nous a mis à la porte plusieurs fois et moi à chaque fois ça me faisait énormément de mal pour elle, et pour moi, parce que j'ai vécu dehors, et lui il connaît pas et lui il sait pas ce que c'est que de vivre euh, dans la misère, encore j'aurais été toute seule, mais là, j'étais plus toute seule et moi, depuis que je vais mieux, mes parents, ma famille, m'aident énormément

D'accord, quand vous avez arrêté la toxico, la famille a accepté de...

Oui

D'accord, bon attendez, on revient sur votre deuxième, enfin votre fille, votre fille aînée, la toute petite c'est une fille aussi ? Alors votre fille aînée, elle avait neuf mois et ça allait pas avec le père, et vous décidez de partir ?

Oui

Et qu'est-ce qui c'est passé à ce moment-là ?

Ben, moi je suis partie, et je suis allée prendre de la drogue, mais je...

Vous reprenez de la drogue à ce moment-là ?

Oui, mais ça a été une courte durée, hein !

D'accord

Et puis, je sais pas j'ai fait un cauchemar. J'étais à l'hôtel et je voulais du calme et du repos, quoi et quand, j'ai fait un cauchemar et le lendemain matin au bout de quatre jours, je suis rentrée et il voulait pas m'ouvrir. Et je lui dit la petite ? et il me dit la petite n'est pas là, je lui dis tu m'ouvres et tout, et de là, c'est qu'il l'avait emmenée à l'hôpital parce qu'il n'était pas capable de s'en occuper

Il estimait qu'il était pas capable ?

Voilà, et de là ils l'ont placée à [association]

Ils l'ont placée à [association], pas d'eux-mêmes, ils ont été obligés de faire intervenir le juge.

Oh non,

C'était juste comme ça d'abord ?

Non, d'abord ils ont, je, oui je crois qu'ils l'ont placée à [association] et ils ont fait intervenir le juge

Parce que l'hôpital peut pas placer, c'est le juge qui peut placer. Par contre, les parents peuvent placer à [association]. Ou alors c'est votre mari, enfin votre ami

Oui je pense

C'est lui qui a demandé à [association] de prendre l'enfant ?

Non, euh, lui a signé une décharge pour, la confier à l'hôpital et eux l'ont mise à [association] et ensuite, ben, on a été convoqué tous les deux, l'assistante sociale et la directrice de [association]. Et puis la petite a été, euh, ils ont décidé de qu'elle irait quelque temps, le temps que nous on puisse voir le juge Hum, et quand même vous alliez la voir à [association] ?

Oui, tous les jours

Ils l'ont gardée à [association] même ou ils l'ont mise en famille d'accueil ?

Non, ils l'ont mise à [association] et elle a été quelques jours dans une famille. Et ensuite on est passé devant le juge et j'ai eu un soutien d'un médecin de [hôpital] parce que eux depuis des années ils me connaissent, et donc ils ont envoyé un courrier sans que je le demande hein, comme quoi que j'étais plus toxicomane mais que j'avais eu une rechute et que si on m'enlevait ma fille, ce serait terrible pour moi, et je pense que ça aurait été vraiment terrible

Donc, qu'est-ce qui s'est passé ensuite ? Le juge n'a pas placé l'enfant ?

Ben il m'a dit bon par rapport à mon dossier judiciaire, tout ce qui s'est passé

C'est quoi votre dossier judiciaire ?

Qu'ils ont placé mon premier enfant, la toxicomanie, il était au courant de tout hein

Il avait été cherché le dossier pénal ?

Ben je sais rien, il savait beaucoup de choses

Manifestement

Oui, et il a été très sympa, il a dit je comprends votre rechute, vous avez perdu un enfant déjà, je vous laisserais pas perdre un deuxième enfant,

C'est un monsieur ou une dame ?

Un monsieur, Monsieur X. Moi je lui ai dit vous inquiétez pas hein, moi je recommencerais pas, j'ai payé très cher, trois mois de séparation d'avec ma fille, c'était

C'était dur ? Vous la voyez quand même ? Vous vous êtes accrochée pour la voir ?

Oui, je me suis battue pour que

On vous fasse confiance

Oui, voilà. Je suis une maman respectée par les voisins, j'ai une vie normale, tranquille, quoi

Donc ça il a compris ça, donc vous avez pu la récupérer ?

Oui, je l'ai récupérée,

A ce moment-là ?

Au moment de son anniversaire, le 7 je crois

Je sais plus en quelle année on est !

C'était en 99,

D'accord, donc vous récupérez votre fille, pour l'instant vous êtes toujours avec votre compagnon et alors ça se passe comment, enfin les années suivantes, ça se passe normalement ?

Non, ça se passe pas très bien. Pas vraiment. Pour lui, quoi. Parce qu'il consomme énormément d'alcool et il a été hospitalisé plusieurs fois pour faire des sevrages qui dureraient une semaine ou quinze jours et euh, bon finalement, ça recommençait, et puis ça a été des insultes verbales et du harcèlement

Il travaillait plus ?

Il a travaillé mais, c'est l'alcool qui, ben, disons qui le faisait tenir. Il buvait, mais comme je lui disais tu vas tenir un moment et après tu tiendras plus, mais à chaque fois ça se passait comme ça. A chaque fois qu'il avait du travail, il se remettait à boire, il gardait le travail mais il arrivait un moment où ben les gens ils voient et puis, il

Perdait le boulot ?

Non, c'est pas qu'il perdait le boulot, c'est qu'il craquait à la fin, ils l'ont retrouvé une fois dans le coma, plusieurs fois il est tombé dans le coma et puis ils ont appelé les pompiers. J'ai été obligée de demander à mes parents d'emmener la petite

Oui, donc il a été très loin dans l'alcool

Ah oui, il a été il y a deux ans dans une postcure, il y resté qu'une semaine et puis en revenant ici ça a recommencé quoi. Et à chaque fois c'était, alors que bon, il m'a mis sur le bail en 98 et euh, c'est comment, comment dire, il avait plus de 60 000 francs de dettes de loyer. Et là j'ai reçu la lettre comme quoi on est expulsé à partir du 23 novembre

Mais c'est l'hiver ça

Oui mais on est considéré comme squatter jusqu'au mois de mars, alors qu'il y a plus de cent appartements de libres ici, hein, comme c'est une vieille cité, Ils veulent virer tout le monde pour le refaire ?

Non, parce qu'il y a des gens qui sont là et ils veulent faire des travaux je pense. Le pire ça a été cette année quoi, depuis l'accouchement, c'était plus vivable, ma grossesse n'en parlons pas...

Donc on est en 2003, elle est née quand ?

La petite, en janvier

D'accord, donc vous avez été enceinte pendant l'année 2002 et là ça a été dur ?

L'année 2002, oui, très dur

Et euh, vous aviez voulu être enceinte ?

Non, pas spécialement. Je suis tombée enceinte et bon euh, il avait l'air d'être content quand je lui ai dit il y a des risques et déjà avec une on avait un peu

de mal, alors j'estime il faut vraiment être sûr de ce que tu veux. Et il voulait, il voulait que je la garde. Je l'ai gardée donc

Et vous n'aviez pas pris de contraception ?

Non

Vous n'avez jamais de contraception ?

Non

Pourquoi, vous en vouliez un quand même ?

Non,

Comment vous le...?

Disons que j'ai pas de pilule, j'ai jamais pris la pilule, depuis ma jeunesse, euh, mais je pensais à me faire ligaturer les trompes, donc j'ai vu un gynéco qui m'a dit qu'il fallait mieux attendre un petit peu après la césarienne, que disons quand on s'est fait césarisé, c'est ce qu'on dit ?

Oui

Quand ils font une ligature des trompes, disons qu'il y a un problème psychologique, disons si ils reviennent un enfant

Donc elle avait dit qu'il fallait attendre ?

Oui, et là je vais profiter de mon opération d'éventration pour leur demander s'ils peuvent me faire cette intervention

Vous avez quel âge ?

Oh, je vais avoir 34 ans. Et puis là faut voir mon état de santé, j'ai beaucoup maigri parce que j'ai beaucoup de soucis

Euh, donc vous ne vouliez pas spécialement être enceinte mais bon, vous étiez contente ou pas ?

Oh oui, oui

Et lui, aussi vaguement ?

Oui, il s'est pas du tout intéressé pendant ma grossesse. Ça a été le jour et la nuit par rapport à la première,

De quel point de vue ?

Et ben plus d'attentions, il me caressait le ventre, il était content d'être papa

Ah oui, donc il était vraiment content de la deuxième grossesse ?

De la première, mais de la deuxième non, il a pas du tout calculé, non. Pour lui c'était comme si de rien n'était quoi,

Il était pas concerné ?

Non, pas du tout

Et ça se passait comment avec la première ?

Bien. Bien elle était quand même contente d'avoir une petite sœur

Ah oui. Et là la première elle est en maternelle je suppose ?

Là oui elle est en grande section.

Ça se passe bien ?

Oui, la maîtresse, elle m'a dit vous inquiétez pas de ce côté-là vous n'avez pas de souci à vous faire, elle adore ça

Et comment elle a pris l'arrivée de la petite sœur ?

Au début ça a été un petit peu difficile parce que je m'en occupais beaucoup de la petite, hein, toutes les trois heures, et j'avais moins de temps... alors c'est vrai que j'étais moins investie quelque part, mais là on est parties quinze jours toutes les trois en juin, je me suis pris quinze jours de vacances, parce que depuis janvier, depuis la naissance de la petite, le papa a fini son contrat aux assedics mais je m'en sortais pas parce que financièrement, il dépensait tout l'argent en alcool, le tiercé, le mien aussi. Donc euh, autour du, du 15 du mois on avait pas d'argent, et puis emprunter, pour rembourser c'était, c'était difficile, et disons qu'au mois de, je suis partie le 16 juillet, il est rentré plusieurs fois entre-temps à l'hôpital pour se sevrer, à chaque fois il revenait et ça recommençait et bon lui il était sorti de l'hôpital et (inaudible) téléphone, il a pris cette excuse pour boire, il, ça s'est pas bien passé, il a

craché sur les enfants. Alors même si il était sous alcool, euh il m'a dit je te laisse quinze jours pour partir, j'ai pas attendu quinze jours, je suis partie. J'ai pris les petites comme d'habitude et puis là je me suis dit c'est trop, avec les deux petites il peut pas, j'ai demandé conseil à l'assistante sociale, je lui ai dit vraiment que je voulais me séparer et bon que je lui interdisais pas de voir ses enfants, si il boit pas, si il est suivi,

Çà fait beaucoup

Et il est parti, moi j'étais chez ma mère le 16 juillet et il est parti en centre de postcure le 18 et ben finalement, moi j'ai fait ma procédure, mes démarches, comme une femme toute seule avec ses enfants et au bout de quinze jours il a été renvoyé. Il a débarqué ici, tant qu'il était là je voulais pas remettre les pieds ici, parce que pour mes filles c'était pas une vie, la grande maintenant elle comprend tout hein, et il y a des choses qui lui restent

Hum

[.../...]

Non et puis moi je replongerai pas, je vois tout le mal que ça a fait autour de moi, tous les gens que j'ai connus qui sont morts, ils ont été dévastés les toxicomanes, le sida et la drogue, des familles entières. Moi je sais pas pourquoi, j'ai été contaminée, je me piquais et le sida s'est jamais déclaré, je me dis que j'ai la chance d'être encore en vie et d'avoir des enfants, alors pourquoi je gâcherais tout ça, ce serait vraiment... n'importe quoi. J'ai perdu un fils. D'ailleurs j'ai un tas de lettres, je les envoie pas, parce que je sais pas où les envoyer.

Je sais que les enfants, même après les accouchements sous X, les enfants peuvent faire les démarches pour retrouver leurs parents

Oui, j'avais pu envoyer des lettres et des photos

Et vous les avez envoyées à l'ASE ?

Oui, elle m'a dit qu'elle avait pas le droit à cause de l'adoption. Oui, je lui ai remis des lettres et des photos et elle a dit qu'elle allait les mettre dans le dossier. Et quand j'ai demandé au juge, si je pouvais le retrouver... 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

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...

Moi j'ai peur aussi, enfin je dis j'ai peur c'est pas vrai, mais ce qu'elle dit souvent c'est j'aimerais bien voir mon grand frère, parce que je lui ai pas caché, non plus ma maladie, parce que depuis toute petite elle me voit aller à l'hôpital...



Bibliographie

Abel Ersnest 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.

Aide Sociale à l'Enfance (ASE), 2004. L'Aide sociale à l'enfance à Paris. Rapport d'activité 2003, Paris, Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé, 290 p.

ANDASS (Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des Conseils généraux), 2002. Annuaire ANDASS des données sociales et de santé 2000 des Conseils généraux, Edition n° 8, janvier 2002., 73 p.

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. *Précieux enfants, précieux parents*. Paris: Editions Quart Monde, 230 p.

Attias-Donfut Claudine, Lapierre 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).

Balle J., Olofsson M.J. et Hilden J., 1999. "Cannabis og graviditet." *Ugeskrift for Laeger (english abstract on Medline)* 161 (36):5024-5028.

Barraco Martine et Lamour Martine, 2001. "Le bébé : du rêve au cauchemar." *Dialogue* 152 ("Parentalités défailantes, soins et séparations"):3-7.

Barreyre J.Y., Bouquet B. et Chantereau A., 1995. *Dictionnaire critique d'action sociale*. Paris: Bayard (Travail Social),

Barthes Roland, 2002. *Comment vivre ensemble. Cours et séminaires au Collège de France (1976-1977)*: Seuil,

Baudier-Lorin Claire et Chastenet Benoît, 2004. "Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2003." *Etudes et Résultats* (n° 332).

- Beaud Stéphane et Weber Florence, 1998. *Guide de l'enquête de terrain*. Paris: La Découverte (Guides Repères), 327 p.
- 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.
- Blazy Michèle, 2001. "Femme enceinte en état de maltraitance : quel risque périnatal ?" *Journal de pédiatrie et de puériculture* 14 (6):331-336.
- Blondel Béatrice, 1993. "Issue de la grossesse des femmes ayant une surveillance très faible." *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 20 (24):4 p.
- 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 Viillard 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*,

Cagliero Suzanne et Lagrange Hugues, 2004. La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine, Paris, O.F.D.T., 90 p.

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, 1981. *La gestion des risques*. Paris: Les Editions de Minuit,

—, 1994. "Les sorties de la toxicomanie." in *La demande sociale de drogues*, edited by Ogien Albert et Mignon Patrick. Paris: La documentation Française, 246.

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, 1999. "Une violence discrète : le mauvais usage des allocations familiales. 1938-1946." *Revue d'histoire de l'enfance "irrégulière"* (n°2):17 p.

—, 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,

Choquet Luc-Henry, 2004. "Remarques sur l'usage des temps et la question des délais." Presented at Usages sociaux du temps et migrations. Les familles à la croisée de l'espace et du temps, Bruxelles.

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, 2001. Rapport d'activité des services sociaux et médico-sociaux du Conseil général sur le territoire de la circonscription de la vie sociale de Gennevilliers, Nanterre, 49 p.

—, 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.

David Myriam (dir), 2000. *Enfants, parents, famille d'accueil. Un dispositif de soins : l'accueil familial permanent*. Ramonville St Agne: Editions Erès, 115 p.

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 Kominck Maria, Guyon Louise et Morissette Pauline, 2003. "L'expérience maternelle et la consommation de substances psycho-actives." *Recherches Féministes* 16 (n°2):107-137.

de l'Espinay Geneviève et Papalardi Chantal, 1998. *Accompagner le placement familial. Du tiers médiateur au tiers symbolique*. Lyon: Chronique sociale, 170 p.

de Singly François, 1996. *Le soi, le couple et la famille*. Paris: Nathan,

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.,

Delahaye Marie-Claude, 2000. *Le livre de bord de la future maman. Semaine après semaine, vivez avec lui ses neuf premiers mois*: Marabout, 446 p.

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.

Delvaux Dominique et Dekoninck Anne-Marie, 2002. Les raisons de placement des jeunes enfants en communauté française. Une enquête, Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse, 31 p.

Département de Paris, 2002. L'Aide sociale à l'enfance à Paris, Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé, 179 p.

—, 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.

Derosier Bernard, 2000. "119 "Allo enfance maltraitée" Le Snatem." *Actualité et Dossier en Santé Publique* 31 (juin 2000):pp. 32-33.

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.

Duprez Dominique et Kokoreff Michel, 2000. *Les mondes de la drogue*. Paris: Odile Jacob, 393 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, 1994a. "Les enfants de parents toxicomanes." *Revue Documentaire Toxibase* 4:1-15.

- , 1994b. "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, 2004a. "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.
- Facy Françoise, Villez Marie, Delille Jean-Michel et Dally Sylvain, 2004b. *Addictions au féminin*. Paris: Editions E.D.K., 187.
- Falconi Ana-Maria, 1999. "Pour une construction socio-judiciaire des violences aux enfants." *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure* 35 (1er trimestre):133-153.
- Fedi M.T., 1994. Estimation des besoins en formation permanente du personnel médical, paramédical et social des services 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.
- Flores I., 1995. "Toxicodependencia, epidemiologia e morbidade neonatal e infantil projecto de instigação aplicada." *Toxicodependências, Lisboa* ano 1 (3).
- Fontaine Astrid, 2002. Usages de drogue et vie professionnelle, Paris, O.F.D.T., 213 p.
- Frechon Isabelle, 2002. "L'impossible observation de l'enfance protégée en France ?" Presented at *Enfants d'aujourd'hui, diversité des contextes, pluralité des parcours*. Colloque International AIDELF, Dakar.
- Gabel Marceline, 2000. "La maltraitance faite aux enfants." *Actualité et Dossier en Santé Publique* 31 (Juin 2000):pp. 26-31.

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. "Cause 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,

Gheorghiu Mihăi, Legrand Caroline et Velprix Livia, 2002. La préparation de la sortie de l'Aide sociale à l'enfance, Bobigny, Conseil général de Seine-Saint-Denis, 121 p.

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,

Goyaux Nathalie, 1996. "La surveillance obligatoire de la grossesse en France. Une approche socio-démographique des femmes insuffisamment suivies." Thèse de doctorat de démographie, Paris 1 (IDUP), 325 p.

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 Illicite 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 Kominck Maria, Morissette Pauline, Ostoj Micheline et Marsh Amélie, 2002. "Toxicomanie et maternité. Un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille "recréée"." *Drogues, santé et société* 1 (n° 1).

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

Helfter Caroline, 2001. "La parentalité à l'épreuve de l'intervention publique." *Actualités Sociales Hebdomadaires*, (n° 2212).

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-dependant 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 Wetherington Cora Lee et 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.

Klingemann Harald, 2000. ""To every thing there is a season" - social time and clock time in addiction treatment." *Social Science and Medicine* 51:1231-1240.

—, 2001. "The Time Game. Temporal perspectives of patients and staff in alcohol and drug treatment." *Time & Society* 10 (2/3):303-328.

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, 1999. "Adaptons nos pratiques de prise en charge !" *Réseau Risque et Naissance* (n° 5).

—, 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, Fontaine A. et Crenn-Hebert C., 1998. "Recherche-action sur la prise en charge médico-sociale des femmes enceintes sans couverture sociale." *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 27:772-781.

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 B.M., Elsohly M. et Wright L.L., 2001. "The maternal lifestyle study : drug use by meconium toxicology and maternal self-report." *Pediatrics* 107 (2):309-317.

- 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.
- Lopez Dominique, Martineau Hélène et Palle Christophe, 2004. Mortalité liée aux drogues illicites, Paris, O.F.D.T., 153 p.
- 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.
- Mathias R., 1995. "NIDA survey provides first national data on drug use during pregnancy." *NIDA Notes* 10 (1):4 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.,
- Ministère de l'Intérieur, 2005. STUPS. Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2003., Paris, Direction Générale de la Police Nationale, 112 p.
- Minkowski Alexandre, 1987. *L'art de naître*. Paris: Odile Jacob,
- 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 P., Briand C. et Oui A., 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, 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.

Norvez Alain, 1990. *De la naissance à l'école. Santé, modes de garde et préscolarité dans la France contemporaine*. Paris: INED, 463 p.

Nuss Philippe, 1998. "Prise en charge des toxicomanes aux urgences." *Psychotropes* 4 spécial Toxicomanie et maternité (n°2):pp. 35-44.

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.

—, 2004. "Evolution des signalements d'enfants en danger en 2003." *La lettre de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée*:6 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.
- , 2000. Sociologie de la déviance et usages de drogues. Une contribution de la sociologie américaine., Paris, Documents du groupement de recherche Psychotropes, Politique et Société, n° 5, 64
- 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.
- P.M.I. (protection maternelle et infantile), 1998. La PMI à Paris en 1998, Cellule Documentation du bureau de la PMI, 20 p.
- 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.
- Pilowsky Daniel J., Lyles Cynthia M., Cross Sheila I. et Celentano David, 2001. "Characteristics of injection drug using parents who retain their children." *Drug and Alcohol Dependence* 61:pp. 113-122.
- Pinaud Florence, 2001. "La famille à l'épreuve des imaginaires,." *Actualités Sociales Hebdomadaires*, (n° 2242).
- 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.
- , 2004. "Femmes enceintes ou jeunes mères sans domicile fixe : premier bilan des recherches et étude d'un dispositif de prise en charge dans les Hauts-de-Seine." *Mémoire*

de DEA, DEA de Sociologie, Département des Sciences Sociales, sous la direction de Pr Léon Gani et L. Simmat-Durand, Université Paris 5,

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. *Stigmata 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.

Rauzy Albert et Picquenard Suzanne, 1955. *La législation de l'aide sociale*. Paris: Editions Berger-Levrault,

Raves Victoria H. et Burnette Denise, 2001. in *Le siècle des grands-parents*, edited by S.M. Attias-Donfut Claudine. Paris: Autrement,

Reith Gerda, 1999. "In search of lost time. Recall, projection and the phenomenology of addiction." *Time & Society* 8 (1):99-117.

Rollet Catherine, 2001. "Les placements d'enfants : historique et enjeux." *Revue Quart Monde "Enfants placés"* (n° 178):pp. 9-14.

Rollet-Echalier Catherine, 1990. *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIème République*. Paris: INED- PUF, 593 p.

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.

Rosenblum Ouriel, 2004. "Parentalité et toxicomanie." in *Guérir les souffrances familiales*, edited by Angel Pierre et Mazet Philippe. Paris: P.U.F., 465-475.

Ruault Marie, 2001. "Aide sociale à l'enfance : quelle organisation dans les départements ?" *DREES, Etudes et Résultats*, (n° 144):8 p.

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, 2002. "Actualités bibliographiques. Grossesse et drogues illicites." *Déviance et Société* 26 (n° 1):pp. 105-126.

—, 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.

Simmat-Durand Laurence et Toutain Stéphanie, 1999. Les obligations de soins aux toxicomanes dans le cadre du sursis probatoire, Guyancourt, CESDIP (Etudes et Données Pénales n° 80), 158 p.

Simmat-Durand Laurence (dir), Cesoni Marialuisa, Goyaux Nathalie, Kletzlen Anne et Martineau Hélène, 1998. L'usager de stupéfiants entre répression et soins : la mise en oeuvre de la loi de 1970, Guyancourt, CESDIP (Etudes et Données Pénales n° 77), 503 p.

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.

Sue Roger, 1994. *Temps et ordre social*. Paris: PUF Le Sociologue, 313.

Szejer Myriam et Caumel-Dauphin Francine, 2001. *Les femmes et les enfants d'abord. Pour une médicalisation raisonnée de la maternité*. Paris: Albin Michel, 196 p.

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.

Thévenet Amédée, 2002. *L'aide sociale aujourd'hui, 14ème édition*. Issy-les-Moulineaux: ESF, 436 p.

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.

Vaysse Sandrine, 2001. La tutelle aux prestations sociales, enfants et adultes. Rapport de synthèse bibliographique, CNAF (dossier d'Etude n° 27), 76 p.

Verdier Pierre, 1997. *L'enfant en miettes. L'aide sociale à l'enfance : bilan et perspectives*. Paris: Dunod,

—, 2003. "Histoires de l'aide sociale à l'enfance et de ses "bénéficiaires"." Presented at Journées d'Etudes de l'ANPASE, Hyères.

Vigarello Georges, 1993. *Le sain et le malsain, Santé et mieux-être depuis le Moyen Age*. Paris: Seuil, 399 p.

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 Wetherington Cora Lee et Roman Adele B.: The National institute on drug abuse (NIDA), 229-235.

Wcislo M. et Blondel Béatrice, 1996. "La naissance en France en 1995, enquête nationale périnatale." *Informations rapides, SESI*:80 p.

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 Tableaux et Figures

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Interpellations d'usagers de stupéfiants en 2003	48
Tableau 2 : Pupilles de l'Etat depuis 1910	79
Tableau 3 : Evolution des signalements ASE (France)	81
Tableau 4 : Facteurs à l'origine du danger en 2003	82
Tableau 5 : Les mesures administratives et judiciaires	94
Tableau 6 : Evolution de la dépense d'Aide sociale à l'enfance en milliards d'euros	96
Tableau 7 : Evolution des transmissions à la justice	105
Tableau 8 : Mineurs dont le juge est saisi selon l'année et la classe d'âges	107
Tableau 9 : Activité des maternités des Hauts-de-Seine	196
Tableau 10 : Hauts-de-Seine, lits ou places installés au 1 ^{er} janvier par catégorie d'établissement	212
Tableau 11 : Hauts-de-Seine, activités des pouponnières en 2002	212
Tableau 12 : Répartition des enfants placés et suivis par l'ASE des Hauts-de-Seine au 31 décembre 2002	214
Tableau 13 : Hauts-de-Seine, répartition par âge des enfants placés lors de leur première admission à l'ASE en 2002	218
Tableau 14 : Age des enfants concernés par les signalements judiciaires en 2003 à Paris, Nanterre et en France	225

Liste des figures :

Figure 1 : Consommations du dernier mois de drogues illicites chez les femmes de 15 à 44 ans selon le statut gravidique, l'âge et la race en 2002 _____	47
Figure 2 : Quelques caractéristiques des patients pris en charge par les CSST :	51
Figure 3 : Fréquence de la consommation des substances selon le sexe _____	52
Figure 4 : Circuit des signalements _____	84
Figure 5 : La procédure administrative de signalement _____	91
Figure 6 : Circuit judiciaire _____	106
Figure 7 : Schéma du recueil des entretiens (numéro de l'entretien, voir tableau en annexe) _____	129
Figure 8 : Pyramide des âges du département des Hauts-de-Seine en 1999 ____	195
Figure 9 : Répartition des communes du département selon le nombre de mesures d'aide à domicile de l'ASE pour 1000 enfants de moins de 20 ans et le pourcentage de logements sociaux _____	216
Figure 10 : Pyramide des âges des jeunes suivis en AEMO sur Paris en 2003__	217
Figure 11 : Nombre de signalements adressés au procureur de la République à Paris _____	224
Figure 12 : Biographies des femmes interrogées _____	484
Figure 13 : Les différents partenaires et réseaux sur le terrain _____	590

