
Travail de fin d'études[BR]- Travail de fin d'études: "La prise en charge des femmes enceintes et mères usagères de drogues"[BR]- Séminaire d'accompagnement à l'écriture

Auteur : Lenaerts, Héloïse

Promoteur(s) : El Guendi, Sarah

Faculté : Faculté de Droit, de Science Politique et de Criminologie

Diplôme : Master en criminologie à finalité spécialisée en criminologie interpersonnelle

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24567>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

La prise en charge des femmes enceintes et mères usagères de drogues

Travail de fin d'études présenté par Lenaerts Héloïse en vue de l'obtention du diplôme de master en criminologie à finalité spécialisée.

Recherche menée sous la direction de Madame El Guendi, scientifique permanente pour le département de criminologie à l'Université de Liège

Année académique 2024-2025

Remerciements

À ma promotrice, Madame El Guendi Sarah, je vous remercie du fond du cœur pour le soutien que vous m'avez apporté tout au long de la réalisation de ce mémoire. Malgré les moments de doutes, de confusions et de désespoir, vous avez pu trouver les mots et m'apporter le soutien nécessaire à la poursuite de la rédaction. Votre bienveillance et votre accompagnement ont été d'une aide précieuse durant cette année.

À toi, Delille Robin, qui m'as généreusement accompagnée et soutenue tout au long de ma recherche. Merci de m'avoir permis de rendre ce travail réalisable en m'ouvrant les portes de chez CapFly et en te rendant disponible comme tu as pu l'être.

À vous, chères répondantes, qui avez eu le courage d'avoir confiance en moi et qui avez pris de votre temps pour me partager un petit bout de votre histoire. Je vous remercie du fond du cœur pour votre participation si précieuse.

À toi, maman, qui, une fois de plus, as été mon pilier dans cette épreuve. Tu m'as soutenue, consolée, motivée et tu n'as jamais douté de moi. Si tu savais à quel point je te suis reconnaissante d'être si présente au quotidien, et ce, à chaque nouvelle étape de ma vie.

À mes grands-parents, merci pour votre soutien inconditionnel et votre confiance aveugle en mes capacités de réussite. Sans t'oublier, merci d'avoir veillé sur moi de là-haut et de m'avoir guidée dans mes choix.

À vous, Lola, Valentine, Vanessa, Aurélie et Catherine, qui avez subi chaque étape de ce mémoire. Merci d'avoir été ces épaules sur lesquelles j'ai pu me reposer et les oreilles auxquelles j'ai pu me confier. Merci pour vos encouragements permanents. À toi, Justine, sans qui toutes ces années d'études acharnées n'auraient pas été possibles. Merci pour ta présence et ton soutien infaillible en toute circonstance.

À toi, Romain, qui n'as pas toujours compris mes choix mais qui m'as soutenue malgré tout. Merci d'avoir partagé avec moi cette année minée de doutes, de découragements et de déceptions. Merci d'avoir cru en moi et de ne pas m'avoir laissé tomber. .

À vous, Séverine, Julie, Florence, Aurélie, Manon et Sébastien, qui avez pris le temps de me relire et de me conseiller. Je vous remercie pour votre aide précieuse dans la relecture de ce mémoire.

À vous tous, qui d'une manière ou d'une autre, avez contribué à ce mémoire, qui avez cru en moi et qui m'avez redonné espoir quand je n'avais plus envie d'y croire. Merci.

Table des matières

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Remerciements..... | 1 |
| Table des matières..... | 2 |
| Résumé..... | 5 |
| Abstract | 5 |
| Introduction théorique | 6 |
| <i>Consommation de drogues et genres.....</i> | <i>6</i> |
| Le concept de genre et les « rôles genrés » | 6 |
| La consommation féminine versus la consommation masculine | 7 |
| <i>Femmes et consommation de drogues.....</i> | <i>8</i> |
| Facteurs de risques et motivation à la consommation | 9 |
| Stigmatisation des femmes usagères de drogues | 10 |
| <i>Consommation de drogues et grossesse.....</i> | <i>11</i> |
| Conséquences de la consommation | 11 |
| L'étiquette de la « mère toxicomane »..... | 12 |
| Méthodologie..... | 13 |
| <i>Problématisation, objectifs et introduction à la méthodologie de recherche.....</i> | <i>13</i> |
| <i>Échantillonnage</i> | <i>13</i> |
| Les techniques de recrutement..... | 14 |
| <i>Méthode de récolte des données</i> | <i>14</i> |
| <i>Analyse des données.....</i> | <i>15</i> |
| Résultats | 16 |
| <i>Nos participantes</i> | <i>16</i> |
| <i>Le parcours de vie et les trajectoires de consommation</i> | <i>16</i> |
| 1. Les facteurs d'entrée et de maintien dans la consommation..... | 16 |
| 2. Les types et les effets du produit..... | 18 |
| 3. La banalisation du cannabis | 19 |
| 4. Les facteurs de motivation et les obstacles à l'arrêt de la consommation | 19 |
| <i>La stigmatisation et représentation sociale des mères usagères de drogues</i> | <i>20</i> |
| 1. Les représentations de la consommation de drogues | 20 |
| 2. Les manifestations sociales du jugement | 21 |
| 3. Les stratégies d'adaptation des mamans | 22 |
| <i>Les facteurs influençant la prise en charge</i> | <i>22</i> |
| 1. Les motivations | 22 |
| 2. Les obstacles | 24 |
| 3. Les pistes d'amélioration de la prise en charge | 24 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Les conséquences sur les enfants</i> | 25 |
| 1. L'impact de la consommation sur les enfants au quotidien | 25 |
| 2. Les besoins spécifiques et conséquences de la consommation sur le développement de l'enfant | 26 |
| 3. L'intervention de l'aide à la jeunesse et les cas de placement | 26 |
| Discussion des résultats | 27 |
| <i>Le parcours de vie et les trajectoires de consommation</i> | 27 |
| Les facteurs d'entrée et de maintien dans la consommation | 27 |
| La banalisation du cannabis | 28 |
| Les facteurs de motivation ou obstacles à l'arrêt de la consommation | 28 |
| <i>La stigmatisation et représentation sociale des mères usagères de drogues</i> | 29 |
| Les représentations sociales de la consommation de drogues pendant la grossesse | 29 |
| Les stratégies d'adaptation des mamans | 30 |
| <i>Les facteurs influençant la prise en charge</i> | 30 |
| Les motivations | 30 |
| Les obstacles | 31 |
| Les modèles et structures de prise en charge | 32 |
| <i>Les conséquences sur les enfants</i> | 33 |
| Les besoins spécifiques et conséquences de la consommation sur le développement de l'enfant | 33 |
| L'intervention de l'aide à la jeunesse et les cas de placement | 34 |
| Forces et limites de l'étude | 35 |
| <i>Les forces</i> | 35 |
| Diversité des cas d'étude | 35 |
| Choix de la méthodologie qualitative | 35 |
| <i>Les limites</i> | 35 |
| Échantillonnage | 35 |
| Difficultés méthodologiques | 35 |
| Conclusion | 36 |
| Bibliographie | 37 |
| <i>Article de revue</i> | 37 |
| <i>Article de magazine</i> | 42 |
| <i>Chapitre d'un livre</i> | 42 |
| <i>Mémoire en ligne</i> | 43 |
| <i>Page web</i> | 43 |
| <i>Ouvrage</i> | 43 |
| <i>Texte de loi</i> | 44 |
| Annexes | 45 |

| | | |
|-----------|--------------------------------------------|-----------|
| 1. | Guide d'entretien | 46 |
| | <i>Triangle de consommation</i> | <i>46</i> |
| | <i>Cadre institutionnel.....</i> | <i>46</i> |
| | <i>Impact de la consommation</i> | <i>46</i> |
| | <i>Piste de réflexion.....</i> | <i>47</i> |
| 2. | Présentation des participantes..... | 48 |
| 3. | Tableaux de thématisation | 49 |

Avertissements

- 1) Afin d'alléger le texte, nous utiliserons les termes « substances » et « drogues » au pluriel mais cela peut faire référence à un ou plusieurs types de drogues consommées.
- 2) Afin de préserver l'anonymat des répondantes, tout prénom figurant dans cette recherche est fictif.

Résumé

La femme enceinte usagère de drogues, sujet incontournable des services de maternité, fait l'objet de nombreux débats sociaux depuis quelques années. La reconnaissance et la visibilité de la consommation féminine engendrent son lot de conséquences, notamment lorsqu'il s'agit de la prise en charge des grossesses à risques liées à l'usage de stupéfiants. Cette recherche, de type exploratoire, tente de comprendre les conséquences de la stigmatisation sociale sur la demande de prise en charge dans les établissements de soins ainsi que de soulever les obstacles et les motivations liés à cette demande d'accompagnement afin d'en proposer de nouvelles pistes d'intervention. Pour ce faire, nous avons eu l'occasion de rencontrer sept femmes consommatrices de drogues qui ont accepté de participer à la recherche. Les résultats révèlent de nombreuses lacunes, dont notamment la difficulté d'établissement d'une relation de confiance et un sentiment de stigmatisation constant. En outre, de nombreuses répercussions semblent liées aux différentes normes sociales soutenues par notre société contemporaine. Cette étude témoigne de la difficulté de devenir mère en situation de déviance, lorsqu'une femme décide de ne pas entrer dans les codes qui lui sont imposés par son sexe, son genre, son orientation. Malgré tout, être devenue maman est et restera leur plus beau souvenir qu'elles ont accepté de partager avec nous.

Mots-clés : drogues – consommation – grossesse – maternité – service de soins – stigmatisation – rôle genré

Abstract

Pregnant women who use drugs, an unavoidable topic in maternity care, have recently been at the center of numerous social debates. The recognition and the visibility of women's drug use have a lot of consequences, particularly in the management of high-risk pregnancies in association with substance abuse. This exploratory study tries to analyse the impact of social stigma on the demand for care in healthcare services, as well as to identify the barriers and the motivations that influence the request for support, in order to suggest new ways of intervention. To do so, we had the opportunity to meet seven women who use drugs and consented to participate in the study. The results reveal numerous shortcomings, particularly regarding the difficulty in establishing trusting relationships and a constant feeling of stigmatization. Moreover, many repercussions seem to be linked to social norms maintained by our contemporary society. This study highlights the complex challenges of becoming a mother while being in a situation of social deviance or whenever a woman chooses not to conform to the norms imposed by her sex, gender, or orientation. Nonetheless, motherhood remains their most beautiful experience, one they agreed to share with us.

Key words: drugs – substance use – pregnancy – maternity – healthcare services – stigma – gender roles

Introduction théorique

Objet des débats politiques depuis plus d'un siècle, la consommation de drogues n'entre dans la recherche scientifique sociale qu'à partir des années 1950. Alternant entre périodes creuses et prolifiques, ces études se concentrent plutôt sur la consommation masculine de substances, occultant l'usage féminin de drogues. Progressivement, une reconnaissance de la consommation de drogues par les femmes est introduite dans les recherches, principalement via des études comparatives ou portant sur des questions de santé publique. La subjectivité de la femme n'étant nullement prise en compte dans la recherche, nous pouvons dès lors constater le tabou pesant sur cette problématique (Obradovic et Beck, 2013 ; Simonis, 2018 ; Neff, 2018).

L'avènement de la femme dans les recherches liées aux assuétudes attire son lot de questions dont la principale est sans aucun doute : *comment consommer et assumer son rôle de mère de manière responsable* ? Malgré une lutte acharnée pour les droits de la femme et son émancipation, celle-ci demeure au centre de vastes sujets politiques et sociaux, notamment lorsqu'il s'agit d'aborder leur maternité. Une remise en question du rôle de la femme et de ses capacités parentales est, de manière constante, avancée dans la société en général mais aussi, et particulièrement, dans les services de prise en charge. Cette attention particulière pour le sujet se justifie par ce que nous appelons communément « normes de genre » ou encore « rôle genré », autrement dit, tout ce qui est socialement attendu et acceptable provenant d'une femme. Selon les représentations sociales contemporaines, la mère consommatrice incarne la « mère indigne », doublement déviant, non seulement car elle enfreint, d'une part, la loi mais aussi les attentes sociales liées à la maternité (Boyd, 2004 ; Perrot, 2011 ; Neff, 2018).

La littérature regorge d'études relatives aux conséquences directes de la consommation maternelle sur l'enfant, particulièrement sur le fœtus et le nourrisson. Rares sont les recherches incluant la maman en tant que femme, de manière plus subjective, avec des besoins qui lui sont propres. Dans le cadre de cette étude, nous allons parcourir une partie de la littérature relative à la consommation liée au genre. Nous nous concentrerons, ensuite, sur l'usage de drogues durant la grossesse et notamment, sur l'impact de la stigmatisation féminine dans la prise en charge de celle-ci. L'objectif est de pouvoir répondre aux différents questionnements relatifs aux obstacles et/ou aux motivations de prise en charge durant une grossesse qualifiée de « à risques », en situation de consommation. Nous nous concentrerons également sur la stigmatisation et les représentations sociales négatives liées à l'usage de drogues par des femmes enceintes. La méthodologie adoptée, les résultats ainsi qu'une discussion scientifique seront proposés pour finaliser le propos.

Consommation de drogues et genres

Le concept de genre et les « rôles genrés »

Bien que secondaire au sujet principal de cette recherche, le genre est un concept complexe et dynamique relativement récent qui mérite d'être abordé. Nombreux sont les auteurs qui ont tenté de définir la notion de « genre » depuis sa première mention, en 1955, par John Money. Joan W. Scott, Judith Butler et sa théorie du genre, Ann Oakley, ... Toutes sont des auteures populaires ayant étudié ce concept au travers du prisme féministe. Le « *gender* », selon Money (1955), est acquis au cours de l'existence et il définit le statut social en le dissociant du sexe biologique (statut de garçon/homme ou de fille/femme).¹

¹ « *Par le terme de rôle de genre, nous voulons dire tout ce qu'une personne dit ou fait pour rendre public qu'elle a soit le statut de garçon ou homme, soit celui de fille ou femme* » (Money, 1955 cité par Chiland, 2015, p.1019).

Toutefois, c'est au psychiatre et psychanalyste, Robert Stoller, que nous devons la première définition de ce concept en 1968. Selon lui, le sexe relève de la biologie humaine tandis que le genre trouvera racine dans la psychologie et la culture sociale (Plumauzille, 2014 ; Chiland, 2015 ; Blanc, 2017).

Laure Bereni (2012), sociologue française, poursuit les recherches et étudie ce concept de genre avec une perspective plus récente. Selon ses résultats, quatre dimensions analytiques peuvent être soulevées lorsque l'on fait référence au genre :

1. ***Le genre est une construction sociale*** – Une femme ou un homme est destiné(e) à répondre à des comportements socialement attendus.
2. ***Le genre est un processus relationnel*** – Ces construits sociaux reposent sur une relation d'opposition entre l'homme et la femme, c'est-à-dire que tout comportement est analysé sous le prisme dichotomique du « féminin-masculin ».
3. ***Le genre est un rapport de pouvoir*** – L'inégalité des sexes amène la hiérarchisation des rapports humains. Outre ce rapport de pouvoir biologique, les attentes sociales face aux normes de genre amènent des sanctions pour toute personne déviant à ce qui est socialement attendu du sexe apparent.
4. ***Le genre est imbriqué dans d'autres rapports de pouvoir*** – Le genre n'est pas exclusivement responsable de la hiérarchie sociale, d'autres facteurs doivent être pris en considération afin d'analyser l'intersectionnalité des rapports de pouvoir tels que les facteurs sociodémographiques.

Au cœur de nombreuses disciplines, le concept de genre fait donc débat depuis plus de 70 ans et aucune définition n'a pu faire l'unanimité (Revillard et Verdalle, 2006 ; Scott, 2009). Toutefois, au regard des travaux de Bereni, nous retiendrons la définition du genre comme suit : « *Un système de bicatégorisation hiérarchisé entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin)* » (Bereni et al., 2012, p. 10).

Ce détour sur le concept de genre nous semble primordial afin d'introduire la notion de « rôles de genre », aussi appelés « rôles genrés ». C'est en 1930 que l'anthropologue Américaine, Margaret Mead, va introduire la notion de « rôles sexuels » repensés, une première fois, par John Money en 1955 (Blanc, 2017). Source de stéréotypes multiples, ces rôles de genre consistent en des comportements socialement attendus du sexe féminin ou masculin (Lambrette, 2014 ; Blanc, 2017). La consommation de drogues ayant été longuement perçue comme un phénomène totalement masculin, elle ne peut entrer dans le « socialement acceptable » du genre féminin. Ainsi, certains construits sociaux stigmatisent les comportements d'un genre ou l'autre, principalement en termes d'usage de substances. Prenons l'exemple de la consommation d'alcool, incarnation de force et de virilité chez un homme mais de faiblesse et de dégoût chez la femme. Nous pouvons aussi illustrer le propos avec le stéréotype de la mauvaise mère, celle pour qui consommation rime avec irresponsabilité, déchéance, indignité alors que, selon la société, une maman doit être irréprochable, un modèle de bonne conduite pour ses enfants (Boyd, 2004 ; Simmat-Durand, 2007b ; Coscas, 2016 ; Neff, 2018 ; Laera et al., 2021).

La consommation féminine versus la consommation masculine

Longtemps occultée, la consommation féminine entre dans le champ des recherches scientifiques au travers d'études comparatives de l'usage de drogues. Cet intérêt grandissant pour l'usage féminin de substances peut être justifié par la féminisation des pratiques de consommation, licites comme illicites, notamment en matière de cannabis. La lutte pour l'indépendance et l'émancipation féminine dans nos sociétés contemporaines contribuent, entre autres, à ce changement de paradigme récent. Bien que

perçue de manière négative, la consommation des femmes évolue et semble augmenter au fil du temps. En effet, depuis quelques années, le constat est tel que l'écart entre la consommation de drogues chez les hommes et chez les femmes tend à diminuer (Obradovic, 2010 ; Obradovic et Beck, 2013 ; Mendrek, 2014 ; Coscas, 2016 ; Neff, 2018).

Si nous reprenons les statistiques officielles de Sciensano² (2023), la Belgique compte 24% de consommatrices de drogues pour 76% d'usagers masculins. Cette différence entre les sexes varie selon le type de produit consommé ainsi que les motivations qui sont liées à cette consommation (Mendrek, 2014). L'écart entre usage féminin et masculin tend particulièrement à se réduire en matière de consommation d'alcool, de tabac et de cannabis. Toutefois, les recherches scientifiques maintiennent le constat que les hommes subsistent de plus grands consommateurs que les femmes à une exception près : l'usage de médicaments psychotropes hors prescriptions médicales (Obradovic, 2010 ; Obradovic et Beck, 2013 ; Coscas, 2016 ; Neff, 2018).

Plusieurs chercheurs se sont attelés à catégoriser les motivations liées à l'usage de drogues qui demeurent, encore aujourd'hui, principalement corrélées en matière de genre. Adrianna Mendrek (2014), par exemple, distingue le renforcement positif du renforcement négatif lié à l'usage de stupéfiants. Le premier, essentiellement attribué aux hommes, fait référence au sentiment d'euphorie, d'exaltation, permettant d'augmenter l'énergie ou encore la concentration après la consommation de substances. Le second renverrait plutôt aux motivations féminines d'automédication en vue de répondre au stress, à l'anxiété ou la dépression. Obradovic (2010) effectue le même constat en différenciant l'usage auto thérapeutique, principalement lié aux femmes, de l'usage festif, plutôt conféré aux hommes. Ainsi, nombreuses sont les études portant sur le sujet, notamment lorsqu'il est question de la motivation de prise en charge dans un processus de soins (Lambrette, 2014 ; Neff, 2018).

Ces quelques éléments de comparaison, non exhaustifs, nous permettent de situer, approximativement, la consommation des femmes dans la société contemporaine. Le sujet étant largement abordé dans la littérature, nous nous limiterons à ces constats pour cette recherche.

Femmes et consommation de drogues

Selon l'European Union Drug Agency (EUDA) (2023), les femmes représentent 25% des consommateurs de drogues actuels, soit un quart des usagers européens. Pourtant, celles-ci ne constituent que 20% des prises en charge pour un traitement spécialisé dans les services de soins. La littérature étant pauvre d'études relatives à la consommation de drogues subjectives des femmes, les statistiques officielles en la matière se basent essentiellement sur les admissions dans ces programmes de soins. En outre, la consommation de drogues féminine est régulièrement étudiée sous le prisme de la maternité ou encore celui de la prostitution, occultant le statut exclusif de la femme (Simmat-Durand, 2009 ; Simonis, 2018 ; Obradovic, 2010 ; Obradovic et Beck, 2013). Ce constat nous amène à nous questionner sur l'intérêt pour le sujet d'étude de la femme usagère de drogues : *Quelles sont leurs motivations ? Quels sont les types de substances consommées ? Quelle place ces femmes occupent-elles dans la société ?*

² Sciensano est une institution publique belge assignée de la personnalité juridique depuis sa création le 25 février 2018 : <https://www.sciensano.be/fr>

Facteurs de risques et motivation à la consommation

Emprises de multiples problématiques d'ordre biologiques, psychologiques, sociales et/ou financières, les consommatrices de drogues sont souvent considérées comme vulnérables au sein de la société. Ces caractéristiques personnelles peuvent constituer, entre autres, des motivations à l'usage de substances psychoactives. Bien que critiquée, la comparaison des consommations hommes/femmes apparait comme nécessaire afin de comprendre les différents risques précurseurs de l'usage de drogues. Dès lors, il semble important de mentionner que les facteurs précipitants la consommation des hommes et des femmes sont loin d'être diamétralement opposés, malgré certaines spécificités féminines (Barrault, 2013 ; Laera et al., 2021 ; EUDA, 2023). En voici quelques-unes afin d'illustrer notre propos :

Vulnérabilités socio-économiques. Plusieurs études mettent en avant les inégalités sociales liées au faible niveau d'éducation, aux revenus et statuts d'emplois inférieurs, ou encore la charge des enfants. Cela les amène à s'impliquer dans des activités déviantes voire illégales comme le travail du sexe ou le trafic de drogues afin de subvenir à leurs besoins. La conséquence directe de ce faible statut socio-économique est, inévitablement, la difficulté d'accès aux soins et donc, le maintien dans une consommation problématique de stupéfiants (Barrault, 2013 ; EUDA, 2023 ; Mutatayi et al., 2025).

Vulnérabilités psychopathologiques. Constituant l'une des motivations principales à la consommation de drogues chez les femmes, le constat de comorbidités psychiatriques se retrouvent dans de nombreuses études (De Wilde et al., 2004 ; EUDA, 2023 ; Simonis, 2018 ; Lambrette, 2014). Là où les hommes consomment et sont donc davantage sujet au développement d'un trouble psychiatrique connexe, les femmes, elles, auront tendance à consommer afin de répondre à un sentiment de mal-être. En effet, comme nous avons pu le mentionner antérieurement, les femmes auraient tendance à avoir un usage auto-thérapeutique des diverses drogues. L'objectif de cette consommation étant d'atténuer les sentiments de stress, d'anxiété ou encore, de diminuer les symptômes liés à une problématique de santé mentale telle que la dépression (Obradovic, 2010 ; Barrault, 2013 ; Mendrek, 2014).

| | Pour lutter contre l'angoisse, pour mieux dormir ou pour tenir le coup | | | Pour rechercher du plaisir, pour la convivialité, le partage | | | Par habitude, avec un sentiment de dépendance au produit | | |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|--------------------------------------------------------------|-----------|---------|----------------------------------------------------------|-----------|---------|
| | Mineurs | 18-25 ans | >25 ans | Mineurs | 18-25 ans | >25 ans | Mineurs | 18-25 ans | >25 ans |
| Hommes (n = 2 092) | 43% | 45%*** | 57%*** | 59% | 52%*** | 35% | 19% | 30% | 37% |
| Femmes (n = 499) | 52% | 62%*** | 71%*** | 49% | 34%*** | 28% | 17% | 31% | 48% |
| Ensemble (n = 2 591) | 45% | 48%*** | 60%*** | 57% | 49%*** | 33% | 19% | 30% | 39% |

* Résultats obtenus par Obradovic (2010, p.98) relatifs aux motivations de consommation du cannabis

Vulnérabilités environnementales. Une grosse partie de la littérature s'attèle à questionner le statut de victimisation des femmes consommatrices de drogues. En effet, il est observé que le vécu d'expériences négatives, dans l'enfance comme à l'âge adulte, influence l'entrée ainsi que l'éventuel maintien dans la consommation (De Wilde et al., 2004 ; Stocco, 2007 ; Boumaza, 2010 ; Barrault, 2013 ; EUDA, 2023 ; Mutatayi et al., 2025). Selon les résultats obtenus, il a pu être constaté que les femmes sont plus susceptibles d'avoir été victimes d'abus physiques et/ou sexuels durant leur enfance. En outre, elles sont également davantage exposées aux multiples formes de violences genrées telles que les violences conjugales, sexuelles et/ou physiques à l'âge adulte. Toutes ces formes de traumatismes impactent donc

le développement d'une consommation plus ou moins abusive. Le maintien dans cette situation de consommation peut, par ailleurs, être influencé par l'entourage familial et principalement, par le partenaire (lui-même souvent consommateur). En effet, le manque de soutien adapté ou la crainte d'abandon ou de rejet affectent fortement les différentes consommations féminines et la mise en place d'un traitement spécialisé (Stocco, 2007 ; Simmat-Durand, 2009 ; Hoareau, 2012 ; Barrault, 2013 ; EUDA, 2023).

Ces quelques facteurs de risques ne représentent qu'une infime partie des problématiques responsables de la consommation féminine. Toutefois, ce sont celles qui apparaissent comme les plus significatives dans la littérature scientifique.

Stigmatisation des femmes usagères de drogues

Au cœur de cette recherche, la notion de stigmatisation mérite un point d'arrêt, notamment au regard de la théorie de l'étiquetage. Depuis le milieu des années 60, les travaux de Goffman, complémentaires à ceux d'Edwin Lemert et Howard Becker, dévoilent un nouveau paradigme dans lequel la déviance découlerait de construits sociaux (Plumauzille et Rossigneur-Méheust, 2014 ; Tranchant et al., 2019 ; Suissa, 2020). Selon eux, la déviance n'apparaît qu'au travers de la réaction sociale, c'est-à-dire que, de manière très vulgaire, cette théorie consiste à apposer une étiquette à toute personne défiant la norme socialement acquise ou escomptée. Dès lors, la personne étiquetée se verra rapidement disqualifiée et stigmatisée aux yeux de la société (Groenemeyer, 2007 ; Lacaze, 2008 ; Aubert et Mary, 2014). À titre d'exemple, Goffman (1975, p.14) distingue trois types de stigmates : (1) ***Les monstruosités du corps***, qui renvoient à des traits physiques apparents. (2) ***Les tares du caractère***, qui font référence à des situations socialement inacceptables telles que la consommation de substances, l'homosexualité, l'incarcération, ... qui sont au cœur de notre recherche. (3) ***Les stigmates tribaux***, relatifs à l'origine, la race et aux appartenances religieuses.

De nombreuses conséquences découlent de ce phénomène de stigmatisation. Nous retiendrons notamment : la perte de statut initial de la personne. Autrement dit, la personne qui sera victime d'un stigmate ne sera plus vue qu'à travers son comportement déviant, faisant de cette étiquette son statut social principal. Cette stigmatisation, indéniablement liée à de la discrimination, entraîne notamment une perte de valeur sociale ainsi que des formes d'inégalités de traitement, limitant particulièrement l'accès aux soins pour les femmes, par exemple (Lacaze, 2008 ; Aubert et Mary, 2014 ; Cassen, 2024). En outre, une sorte de dichotomie instaure une distance sociale avec les personnes stigmatisées. Lacaze (2008) et Tranchant et al. (2019), parleront du « eux » et du « nous » dans leurs recherches en santé mentale. Goffman (1975), parlera plutôt des « normaux » et des « stigmatisés ». Nous pouvons illustrer cette catégorisation au regard de notre recherche où nous trouverons les « femmes toxicomanes » (elles/les stigmatisées) et les « femmes non consommatrices/les bonnes mères » (nous/les normales).

Au regard de tous ces constats, nous retiendrons la définition de la stigmatisation comme : « *la réaction d'un groupe ou d'une société envers des personnes ou des groupes minoritaires, différents ou défavorisés, consistant à attribuer une étiquette qui les catégorise comme déviants* » (Goffman, 1975, cité par Tranchant et al., 2019, p.39). Ainsi, en se basant sur cette définition, nous pouvons aisément affirmer que l'usage de drogues chez les femmes amène de multiples formes de stigmatisation, notamment au regard des rôles de genre précédemment abordés. La consommation d'alcool peut en être un exemple frappant : une femme alcoolisée en public entrera plus difficilement dans les normes culturelles contemporaines que son homologue masculin (Lambrette, 2014 ; Suissa, 2020).

Consommation de drogues et grossesse

Source de nombreuses études scientifiques, la femme enceinte et/ou la mère usagère de drogues représentent, selon les codes sociaux, un problème majeur de santé publique. L'intérêt foisonnant pour les questions de consommation pendant la grossesse invite à mobiliser des politiques de réduction des risques pour le suivi des femmes enceintes. Toutefois, peu de projets aboutissent à des résultats positifs (Simmat-Durand, 2002 ; Simmat-Durand et al., 2013 ; Brahic et al., 2015 ; Laera et al., 2021 ; Cassen, 2024). De plus, les recherches sur le sujet restent globalement controversées en ce qui concerne les prévalences de consommation, notamment au regard des faibles taux de répondantes. En effet, seules les drogues socialement acceptées telles que le tabac, l'alcool et le cannabis, sont rapportées dans les études. Concernant la consommation de drogues illégales durant la grossesse, les résultats semblent biaisés pour de multiples raisons précitées telles que l'invisibilité de la consommation, la honte et la culpabilité ressenties, etc. (Coscas et Karila, 2016 ; Laera et al., 2021).

Conséquences de la consommation

Paradoxalement, la littérature regorge d'études médicales sur les conséquences de la consommation pour l'enfant à naître. Toutefois, il apparaît important de prendre en considération le contexte de consommation qui joue un rôle indéniable dans les répercussions sur le fœtus. Bien qu'il existe peu de résultats représentatifs, le tabac, l'alcool et le cannabis subsistent les drogues les plus consommées par les usagères enceintes, en concurrence avec la cocaïne, en nette augmentation. En outre, ajoutons que le phénomène de polyconsommation est omniprésent concernant le public étudié (Coscas et Karila, 2016 ; Nezelof, 2017 ; Laera et al., 2021). Croisant plusieurs résultats de recherches (Simmat-Durand, 2002 ; Coscas et Karila, 2016 ; Cassen, 2024 ; ONE), nous avons effectué une synthèse des risques de la consommation maternelle durant la grossesse :

| Risques périnataux | Fausse couche | Menace de prématurité | Retard de croissance intra-utérine | Perturbation du travail | Mort fœtale intra-utérine | Souffrance fœtale aigüe | Risques de malformations | Risques tératogènes | Vasoconstriction, hypoxie, ischémie |
|--------------------|---------------|-----------------------|------------------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| Cannabis | • | • | • | • | • | X | X | X | X |
| Opiacés | X | • | • | X | • | • | X | X | X |
| Stimulant | • | X | • | X | • | X | • | X | X |
| Cocaïne | • | • | • | X | • | • | • | • | • |
| Alcool | • | • | • | X | • | X | • | X | X |

• = conséquence probable

X = conséquence non avérée

| Risques postnataux | Dysmaturité/ prématurité | Troubles du comportement/ développement | Trouble du sommeil | Mort subite du nourrisson | Syndrome de sevrage néonatal | Syndrome d'imprégnation | Retard mental | Petit poids à la naissance | Trouble cognitif |
|--------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------|---------------|----------------------------|------------------|
| Cannabis | • • | • | • | • | Controversé | X | X | • | • |
| Opiacés | • | X | X | • | • | X | X | X | X |
| Stimulant | • | • | X | • | • | X | X | • | X |
| Cocaïne | • | • | X | Controversé | Controversé | • | • | X | X |
| Alcool | • | • | X | X | • | X | • | X | • |

D'autres études confirment les risques encourus par la consommation de drogues maternelle. Toutefois, elles ne distingueront pas les différents types de substances consommées et en feront donc une généralité (Simmat-Durand et al., 2013 ; Laera et al., 2021).

L'étiquette de la « mère toxicomane »

Dans un numéro de la revue *Psychotropes*, Michel Hautefeuille (2013, p.5) y mentionne en introduction : « *il est difficile de savoir si l'on parle de la toxicomanie féminine à travers l'individu femme, ou à travers le prisme exclusif de son statut de mère, actuel ou potentiel* ». Une fois de plus, force est de constater que la stigmatisation de la femme consommatrice de drogues portera majoritairement sur son statut et rôle de mère. En effet, leurs comportements « irresponsables » engendrent une transgression des rôles de genre socialement attendus et acceptables (Neff, 2018 ; Laera et al., 2021). Par exemple, Hoareau (2012) illustre cette catégorisation de la femme et de la maternité au travers des personnages emblématiques de la religion chrétienne : Marie et Eve. La « bonne mère », Marie, est la femme qui sacrifiera son propre plaisir pour le bien-être de ses enfants tandis que la « mauvaise mère », la femme toxicomane, est représentée par Eve, symbole du plaisir et de la tentation. Cette dernière ne peut, dès lors, pas entrer dans les normes culturelles ne remplissant pas correctement son rôle de mère, d'épouse ou de femme. Ainsi, au regard de ce que nous avons abordé précédemment, nous pouvons affirmer que la femme usagère de drogues est avant tout perçue comme « droguée », « toxicomane » avant de pouvoir lui reconnaître son statut de « mère ». Ce constat est également présent dans de nombreuses recherches qui font référence à cette image de la « mauvaise mère » en opposition à la « mère parfaite », idéalisée par la société (Simmat-Durand, 2008 ; Hoareau, 2012 ; Laera et al., 2021).

Simmat-Durand (2007b), chercheuse particulièrement active en matière de drogues et maternité, a également étudié les formes de stigmatisations féminines. Pour ce faire, elle positionne la femme et maman usagère de drogues au centre de quatre types de normes :

1. **Les normes pénales** – liées au caractère illicite de la substance consommée.
2. **Les normes sociales** – qui font référence aux compétences de la « bonne mère ».
3. **Les normes médicales** – constituant le parcours de grossesse attendu par le corps médical.
4. **Les normes de genre** – étroitement liées aux rôles de genre prescrits par la société.

La transgression de ces normes engendre toute une série de sanctions pénales, sociales et médicales. La menace et la crainte du retrait des enfants sont des sentiments constants et omniprésents dans le quotidien des femmes enceintes. Cela étant, l'expérience de grossesse est vécue, par de nombreuses femmes usagères de drogues, de manière négative. Ce phénomène s'explique notamment par les construits sociaux qui leur sont renvoyés et qui induisent un sentiment de culpabilité ou de honte ainsi qu'une dévalorisation de leurs capacités parentales. Cette perception négative de leur personne et de leurs compétences tend à invisibiliser les différents comportements de consommation entraînant une certaine dissuasion dans la demande de prise en charge (Simmat-Durand, 2007b ; Stocco, 2007 ; Coscas et Karila, 2016 ; Laera et al., 2021 ; EUDA, 2023).

Méthodologie

Problématisation, objectifs et introduction à la méthodologie de recherche

Depuis des milliers d'années, l'usage de drogues fait débat dans notre société. Tantôt promulguée, tantôt prohibée, la consommation de produits, légaux comme illégaux, est au centre de nombreuses recherches scientifiques. Toutefois, les résultats obtenus sont controversés, notamment lorsqu'il s'agit de la consommation féminine de substances. L'intérêt pour le statut de la femme demeure fragile et peu investigué. En effet, généralement, il est question d'appréhender la consommation féminine sous le prisme de la maternité, de la prostitution ou en comparaison de l'usage masculin. En outre, la plupart des études sur le sujet mettent l'accent sur les intervenants de terrain, ne prenant pas en compte le point de vue des principales concernées. Cette lacune empirique induit une certaine confusion dans les résultats obtenus et un biais au sein des connaissances scientifiques.

En amont de notre recherche, un passage de l'ouvrage d'Howard Becker a retenu notre attention : « *traiter une personne qui est déviant sous un rapport comme si elle l'était sous tous les rapports, c'est énoncer une prophétie qui contribue à sa propre réalisation* » (Becker, 1985, cité par Simmat-Durand, 2007b, p.309). Cet extrait a contribué à la sélection de notre question de recherche, notamment au regard des rôles genrés et de la stigmatisation féminine en ce qui concerne la consommation de drogues. L'objectif premier de cette étude consiste donc à répondre au questionnement suivant : ***quelles sont les conséquences de la stigmatisation vécue par les mères usagères de drogues dans leur parcours de soins ?*** En outre, cette recherche explorera le sous-questionnement suivant : quels sont les obstacles et les motivations à la prise en charge institutionnelle pour les mères usagères de drogues ?

À l'aide d'outils de recherche qualitatifs, notre étude possède une visée exploratoire étant donné qu'elle tente de comprendre les différentes conséquences découlant des représentations sociales négatives de la consommation de drogues maternelle. De plus, nous cherchons également à mettre en évidence les différents obstacles et motivations à la prise en charge institutionnelle pour les femmes enceintes ou mères usagères de drogues. Cette démarche s'inscrit donc dans un processus de relation sociale et humaine afin d'explorer le vécu personnel de chacune des participantes.

Ainsi, la sensibilité et la délicatesse de notre sujet de recherche nous imposent l'emploi d'une méthodologie qualitative car la narration de l'histoire subjective de chacune de nos participantes implique une relation interpersonnelle de confiance, de soutien et d'accompagnement tout au long de l'échange. En outre, la consommation féminine de drogues reste un sujet sensiblement mal compris au regard des lacunes empiriques actuelles auxquelles nous souhaitons apporter un peu de nouveauté.

Échantillonnage

Notre étude est réalisée sur base d'un échantillon non-probabiliste avec une diversification interne des critères de recherche. En effet, nous avons pris le parti de sélectionner nos participantes selon une caractéristique commune pour, ensuite, soulever les spécificités individuelles de chacune d'entre elles. Les critères de participation à la recherche sont :

1. **Être une femme.** Au regard de la thématique de notre recherche, il semble évident que nous devions travailler avec un public entièrement féminin. Ainsi, seules des participantes étant ou ayant été en mesure de tomber enceintes ont pu être rencontrées.

2. Avoir consommé pendant sa grossesse. Inévitablement, le deuxième critère de sélection fait référence à la consommation de drogues (illégales telles que le cannabis, la cocaïne, l'héroïne, l'ecstasy, ...) durant la période de grossesse. En effet, le cœur de notre recherche porte sur les conséquences de la stigmatisation de l'usage de stupéfiants sur le parcours de soins des femmes usagères de drogues.

Les techniques de recrutement

La méthode du « gatekeeper ». Dans un premier temps, nous avons contacté de multiples services de prise en charge de santé mentale, de toxicomanie, d'aide à la parentalité, ... afin de nous soutenir dans le projet de recherche. En effet, conscient de la difficulté d'accès à ce type de public, l'implication d'un tiers intermédiaire nous semblait plus que nécessaire. Pour cette étude, nous avons principalement bénéficié du soutien de Monsieur Delille, psychologue à l'ASBL CapFly à Liège qui nous a mis en contact avec 3 participantes. Il est toutefois important de mentionner le potentiel biais de cette technique lié à notre personne de contact car cette méthode de recrutement implique la nécessité de diversité au sein de la population sélectionnée. Par ailleurs, nous avons tenté de pallier cette subtilité en utilisant une deuxième méthode.

L'utilisation d'internet. Au regard du faible taux de répondantes, nous avons diffusé un appel à projet sur les réseaux sociaux. De nombreuses personnes se sont mobilisées et la recherche de répondantes a pris beaucoup d'ampleur. En outre, après consentement des modérateurs, plusieurs groupes privés et ciblés ont été mobilisés afin de pouvoir publier et expliquer notre appel à projet.

Méthode de récolte des données

L'objectif de notre recherche étant de comprendre une problématique sensible et subjective, nous avons fait le choix de récolter nos données au cours d'entretiens individuels. L'avantage de cette méthode est qu'elle donne accès à des expériences personnelles et permet au participant de relater une réalité qui lui est propre. Autrement dit, les entretiens amènent un côté social dans l'échange de vécu et laisse place à la liberté d'expression de chacun, au travers d'une conversation semi-structurée.

Notre guide d'entretien (annexe 1) est scindé en quatre parties différentes : le triangle de consommation, le cadre institutionnel, l'impact de la consommation et les pistes de réflexion. Il contient des questions ouvertes générales telles que : « Pouvez-vous me parler de vos différentes consommations ? », « Quels ont été les obstacles ou les motivations qui ont impacté votre choix de prise en charge ? », « Avez-vous été victime de stigmatisations sociétales et comment se sont-elles manifestées ? Avec quelles conséquences sur vous ? ». À ces questions systématiques sont venues s'ajouter des relances afin de fluidifier l'échange en cas de blocage. La caractéristique de flexibilité liée aux entretiens semi-directifs nous a permis d'ajuster le contenu selon les besoins de chacune des participantes, tout en encourageant leur spontanéité.

Les entretiens ont été menés dans des endroits sécures pour les participantes. Au travers de notre premier échange téléphonique, nous définissions, ensemble, un point de rendez-vous sélectionné parmi plusieurs propositions. La seule restriction annoncée était la fréquentation du domicile de la participante. Ainsi, nous avons rencontré 3 répondantes dans les locaux de l'ASBL CapFly, une dans une salle de travail à l'université, une dans un parc public, une dans un local mis à notre disposition au service Transition et la dernière participante a été rencontrée à distance, via vidéoconférence.

Le temps d’entretien variait entre 1 heure 01 et 1 heure 33. Tous possédaient la même structure, soit : l’accueil de la participante, la présentation ainsi que la signature du formulaire de consentement éclairé et de confidentialité des données, la passation de l’entretien et la clôture de celui-ci. Nous insistions auprès d’elles sur le caractère volontaire de leur participation à cette étude et que le refus ainsi que la difficulté de répondre à certaines questions étaient évidemment acceptés. De plus, nous mentionnions l’éventualité d’une montée d’émotions au regard du sujet abordé, celles-ci sont les bienvenues et méritent d’être prises en considération dans notre cheminement.

Analyse des données

Après avoir donné son consentement éclairé, la participante a été enregistrée durant tout l’entretien. L’objectif de cette modalité étant de réaliser une retranscription fidèle et minutieuse de l’échange afin de ne négliger aucun détail et de n’effectuer aucune interprétation hâtive. Ce travail en deux temps favorise une analyse plus approfondie de l’entretien et permet aux chercheurs de revenir sur des détails potentiellement occultés pendant la discussion. Partant de ces retranscriptions, nous avons pu effectuer une analyse thématique telle que décrite par Pierre Paillé et Alex Mucchielli (2012).

Résultats

Nos participantes³

Nous avons donc pu rencontrer 7 femmes usagères de drogues pendant leur grossesse. La majorité des participantes (6 sur 7) ont bénéficié d'une prise en charge sur la province de Liège tandis qu'une seule d'entre elles était localisée sur la province du Hainaut et de Namur. Le nombre de grossesses effectives varie entre 2 et 8 : 24 vécus de prise en charge ont pu être étudiés dont 14 sous consommation de stupéfiants.

Force est de constater que la réalité de terrain n'était pas similaire à nos attentes : nous avons donc été dans l'obligation de limiter notre échantillonnage à 7 répondantes. En effet, malgré tous les efforts et les recherches mises en place, la sensibilité du sujet abordé ne nous a pas permis de multiplier les rencontres comme nous le souhaitions. Nous constatons que chaque histoire de vie est différente et que nous aurions pu obtenir encore beaucoup de résultats intéressants pour d'autres recherches sur le sujet. Toutefois, il est important de mentionner que les résultats obtenus nous amènent à penser que nous sommes arrivés à une certaine saturation concernant notre question principale.

Le parcours de vie et les trajectoires de consommation⁴

1. Les facteurs d'entrée et de maintien dans la consommation

1.1. Les facteurs d'entrée

La majorité des participantes ont commencé leur consommation en étant mineures. En effet, la plus jeune n'avait que 9 ans lorsque sa maman lui a, inconsciemment, proposé de la cocaïne. Quatre d'entre elles ont commencé durant leur adolescence (13, 15, 16 et 17 ans). Tandis que les deux dernières participantes ont expérimenté la consommation de drogue à l'âge adulte (20 ans et un âge inconnu).

Six répondantes sur sept ont affirmé avoir commencé à consommer de manière récréative, c'est-à-dire plutôt dans un contexte festif, social, pour ensuite basculer vers une dépendance au produit.

« On prenait ça et on s'éclatait, je dois le dire honnêtement. Je ne vais pas mentir, on s'éclatait vraiment. Ça franchement, c'était une bonne époque... Si je pouvais retourner là et ne me contenter que du cannabis, je crois que je ne me contenterais que du cannabis » (Sabine, 53 ans).

Outre cet aspect récréatif, plusieurs facteurs précipitants de la consommation ont pu être abordés pendant les échanges : la consommation des pairs (entourage, conjoint, fratrie), le contexte de consommation (social, festif), la réponse à des traumatismes (physiques ou psychologiques), ou encore la réponse à une problématique de santé.

« Au début, je consommais en cachette et puis un jour, j'ai fini par lui dire. J'ai eu des périodes de ma vie où je me sentais très, très mal dans ma peau, où je n'arrivais plus à fonctionner socialement, où je me suis rendu compte que quand j'avais consommé, socialement, ça

³ Un tableau récapitulatif des caractéristiques personnelles des participantes est présenté à l'annexe 2.

⁴ Afin de fluidifier la lecture des résultats, nous vous renvoyons vers l'annexe 3 qui vous permettra de visualiser, brièvement, les différents thèmes abordés.

fonctionnait et je suis arrivée à un stade où j'avais besoin de ça pour être bien dans ma vie » (Ingrid, 44 ans).

« J'ai mangé mon jumeau donc je suis fille unique mais il y a toujours ce manque intersidéral que je n'arrive pas à définir et qui, peu importe le nombre de gens que j'ai autour de moi, il y a ce... Oui, il y a cette frustration et ce sentiment qu'il me manque quelque chose : je me sens coupée en deux et je pense que mes premières consommations sont pour régler ça » (Noémie, 38 ans).

1.2. Les facteurs de maintien

Il ressort de nos résultats que toutes les participantes, sans exception, ont, à un moment donné ou à un autre, partagé leur vie avec un partenaire consommateur. Cette dynamique conjugale apporte une certaine influence sur la consommation des répondantes :

« Je maintiens ça : une conso le week-end. Jusqu'au jour où je rencontre le père de mes enfants et lui, il la fumait. Au départ, je suis dégoutée par ça, tu vois ? Je regarde le truc avec... putain en plus, ils sont bizarres les gens qui font ça ! Tu vois, il y a toute une espèce de cérémonial très dark, il ne faut pas faire de bruit, ça pue... Enfin bref, je suis... et je finis par craquer. Comment dire ? Là, on a consommé pendant 4 ans » (Noémie, 38 ans).

Durant les grossesses de deux mamans, le père biologique des enfants n'était pas dans un processus de consommation similaire à celui de leur compagne. Toutes deux fumaient de l'héroïne durant leur grossesse, tandis que leurs partenaires consommaient, respectivement, de l'alcool et du cannabis.

Outre cette influence sociale, chacune des participantes affirme, de manière explicite ou implicite, être ou avoir été dans une forme de dépendance au produit :

« Ah ouais, non, c'est vraiment de la merde, je te le dis : de la merde ! On la prend parce que c'est psychologique, parce qu'on croit que ça nous apporte une bien-être mais ça devient plus un rituel, une habitude qu'un plaisir » (Sabine, 53 ans).

« Le lundi matin, moi, je devais fonctionner et donc, je suis tombée dans ce cercle vicieux de : le lendemain, je reprends un petit peu pour pouvoir fonctionner en fait... » (Ingrid, 44 ans).

1.3. Consommation et grossesse

Le constat est le même lorsqu'il s'agit de consommation durant la grossesse. L'influence des pairs et/ou du partenaire a un impact sur l'usage de drogues pour 5 d'entre elles :

« Il avait peut-être envie de m'en sortir aussi, je ne dis pas le contraire mais m'apporter tous les jours un peu de consommation, c'était comme un cercle vicieux : "ok, je prends aujourd'hui, demain, j'arrête". Et puis, quand tu te dis : "aujourd'hui, je ne consomme pas, je vais tenir bon avec ma méth", il partait, il revenait et il me dit : "tiens, j'ai pu avoir, tu sais... fume deux, trois...". Voilà, c'était un cercle vicieux comme je dis : tu as envie de t'en sortir et puis au final, tu as le truc sous le nez et tu te dis : "bon allez, c'est pas grave, demain tu arriveras à dire non" » (Aurore, 43 ans).

« Les six premiers mois de ma grossesse, je vivais à gauche, à droite, et les derniers mois, chez ma meilleure amie. Du coup, elle avait tous ses copains, ses copines, Monsieur qui buvait, qui était dans la consommation aussi, n'était pas stable. Du coup, au départ c'était : "non, moi je ne

fais rien, je suis enceinte !” et puis au bout de 20 minutes : “bon, ça va, c'est bon, fais-moi une petite” » (Mélissa, 38 ans).

Selon quatre participantes sur sept, les médecins auraient conseillé une diminution de la consommation de drogues pendant la grossesse en évitant l'arrêt complet de manière brutale :

« Le médecin me disait qu'il ne fallait pas arrêter directement, qu'il fallait diminuer la consommation au niveau de l'héroïne parce que prendre de la méthadone directement, ça ne va pas être bon pour l'enfant et ça a été un suivi, ... » (Carole, 51 ans).

« Il y en avait dans mon corps avant donc elle était quand même déjà touchée. Ça sert à rien d'arrêter et justement, c'est même pas bon. Ça j'en avait parlé avec la gynécologue quand j'étais enceinte de [enfant 1], que je voulais arrêter de fumer et elle m'a dit qu'arrêter enceinte, c'était très mauvais, parce que déjà même le bébé peut ressentir un manque et que tu peux avoir des problèmes à la grossesse » (Lisa, 23 ans).

2. Les types et les effets du produit

Chaque participante présente un profil de consommation différent (voir présentation des participantes). Bien que les mêmes substances puissent se retrouver dans les expériences de plusieurs d'entre elles, nous constatons qu'aucun parcours de consommation n'est similaire. En outre, plusieurs participantes nous confient avoir consommé plusieurs drogues. Toutefois, seule une maman était poly consommatrice durant ses grossesses. Les six autres répondantes expliquent avoir adapté, voire diminué leur consommation durant cette période-là.

Les effets directs de la consommation

De multiples effets peuvent être soulevés quant à la consommation de drogues : évasion, anesthésie, apaisement, gestion des émotions, diminution de la fatigue, de la sensation de faim, ... Pour la plupart des répondantes, le constat est tel qu'elles cherchent à fuir une situation ou un sentiment désagréable de leur vie quotidienne.

« Maintenant, je sais que même si je me mets des barrières, dès que je les enlève, les problèmes ils sont encore là : il faudra que tu les affrontes par belle ou par laide. Mais c'est un moment d'échappatoire, en fait, où tu as envie de décompresser, d'être dans ton coin et “foutez-moi la paix” » (Aurore, 43 ans).

« Le problème, c'est que j'ai beaucoup de traumas, je pense et ça m'aide à gérer tout ça, à ne pas trop penser au mal qu'on m'a fait, au mal qu'on me fait encore, à tout ce qui se passe. En fait, ça m'aide à mettre en pause et juste vivre ma journée et ne pas penser au mal forcément parce que je suis quelqu'un qui pense beaucoup, beaucoup, beaucoup » (Lisa, 23 ans).

De plus, deux participantes nous expliquent être en mesure de choisir le produit ou de réguler les doses à consommer afin d'obtenir l'effet escompté.

Les traitements de substitution

Trois de nos participantes sont actuellement sous traitement de méthadone : ceci implique une diminution ou l'arrêt de leur consommation d'héroïne. Toutefois, une participante nous relate les conséquences liées à ce traitement de substitution :

« C'est beaucoup plus dur de se débarrasser de la méthadone que de l'héroïne. La méthadone c'est... Oufi ! Je pourrais me passer de l'héroïne que de la méthadone, par contre... Et ça fait combien de temps que tu prends de la méthadone ? Plus de 20 ans, j'ai toujours pris, tu vois ? J'ai toujours pris méthadone, héroïne, cocaïne, mais j'ai toujours eu ma méthadone et je ne suis jamais tombée à court de méthadone, crois-moi bien ! Ça te casse, mais je ne sais même pas expliquer la douleur que c'est » (Sabine, 53 ans).

3. La banalisation du cannabis

Au fur et à mesure des rencontres, nous avons constaté une certaine tolérance pour la consommation de cannabis. Bien que cela ne soit pas nommé de manière explicite, cinq répondantes sur sept ont eu tendance à banaliser ce produit dans leurs discours. Par exemple :

« Je fumais un joint tous les soirs : la haine, je vous dis, un seul joint. Ça va faire son importance après parce que voilà, oui il est né en syndrome pour un seul joint par jour » (...) « Vraiment, elle m'a sorti hors de moi et je dis : "mais vous savez que c'est très dangereux ce que vous faites ? Ce genre d'amalgame est dangereux... En fait, vous êtes en train de me comparer à la maman qui prend de l'héro depuis toute sa grossesse. Écoutez, la loi le fait très bien cette distinction-là : drogues dures, drogues douces » (Noémie, 38 ans).

« Lui n'a jamais été toxicomane mais il fréquentait des personnes qui prenaient. Il fumait des joints, le père de mes enfants, mais ses copains à lui, ses connaissances, prenaient de l'héroïne » (Carole, 51 ans).

« Il faudrait vraiment faire prendre conscience aux gens qu'ils ne doivent pas avoir peur, qu'on ne leur enlèvera pas leurs enfants parce qu'en fait, je pense qu'il y a plein, plein de gens, plein de femmes, même à d'autres niveaux, même qui fument bêtement de l'herbe, mais qui ont peur » (Ingrid, 44 ans).

En outre, durant les entretiens, nous avons pu observer ce type de consommation : deux des répondantes ont allumé un joint au cours de notre conversation. Ceci nous amène à constater une certaine consommation de ce produit bien intégrée dans leur quotidien.

4. Les facteurs de motivation et les obstacles à l'arrêt de la consommation

Six participantes sur sept nous confient vouloir cesser leur consommation définitivement. Toutefois, elles nous expliquent que ce n'est pas chose aisée et que ce processus d'arrêt ne dépend pas uniquement de leur volonté.

« C'est comme je disais à ma mère : "quand est-ce que tu vas comprendre que pour mes propres enfants, je n'y arrive pas : pour mes enfants ! Pour eux, je mourrais et je n'arrive déjà pas à m'arrêter. Alors le reste, qu'est-ce que j'en ai à foutre ?" Pour mes propres enfants, je n'y arrive pas : j'ai un truc qui me monte au cerveau et ça me rend malade » (Sabine, 53 ans).

« La consommation, on ne l'arrête pas pour un enfant, on ne l'arrête pas pour son mari, on ne l'arrête pas pour sa maman, ni pour son papa : on l'arrête quand notre corps, on le sent prêt » (Carole, 51 ans).

« Justement comme avec [compagnon], ça ne va pas du tout : il joue beaucoup de mon psychologique, je ne sais pas du tout, du tout, du tout. Même le fait d'y penser maintenant, je n'y pense même plus d'arrêter parce que je me dis que pour le moment, j'en ai trop besoin et que si

j'arrête, ça va être trop tout... Il faut d'abord que je me remette moi bien et puis quand je serai bien, je m'y mettrai de moi-même, je pense » (Lisa, 23 ans).

En outre, toutes les participantes mentionnent une motivation d'arrêt de la consommation liée à leur(s) enfant(s). Toutefois, près de la moitié d'entre elles explique que c'est un cheminement à effectuer pour soi avant toute autre chose :

« Non, non, c'est d'abord pour moi que je le fais. C'est un truc que j'ai toujours dit : à mon pire ennemi, je ne lui souhaite pas ça... Franchement, mais vraiment pas ! Ah non, vraiment pas ! Donc d'abord, je voudrais y arriver pour moi mais si je peux le faire pour mes enfants, je le ferai » (Sabine, 53 ans).

« Pour eux ? Alors... Pour moi déjà d'abord et pour eux dans la mesure où le jour où ils seront confrontés à quelque chose, de nouveau dans un souci de congruence, je vais pas leur dire arrête si moi je suis encore en train de conso, quoi : ça n'a aucun sens » (Noémie, 38 ans).

Impact social

À terme, nous soulevons que cinq participantes sur sept se perçoivent comme isolée socialement : ce constat coïncide fortement avec les motivations d'arrêt de consommation. En effet, nous remarquons que la désistance des répondantes s'accompagne d'un éloignement de leur entourage consommateur :

« Et ici, j'ai eu deux, trois amis proches, j'ai les enfants mais je suis restée quand même fort isolée de... Tous les amis que j'ai perdus avant, je ne les ai pas récupérés » (Ingrid, 44 ans).

« Oui mais entourée... vous savez, dans la drogue, il n'y a pas d'amis, voilà. On était entouré pour les consommations, pour faire... voilà. Après c'est chacun chez soi. » (...) *« Je ne suis plus en couple, ma vie sociale s'est relativement très, très, très diminuée parce qu'il faut savoir qu'aussi, je suis orpheline »* (Carole, 51 ans).

La stigmatisation et représentation sociale des mères usagères de drogues

1. Les représentations de la consommation de drogues

Nous avons effectué le constat qu'une maman sur les sept avait identifié les rôles de genre et se positionne en opposition à ceux-ci :

« J'adore mes enfants, je les aime plus que tout le monde, je ne veux pas qu'il leur arrive quelque chose mais, ce rôle sociétal attendu, généré par... Je ne serai jamais cette mère sacrificielle : ça ne me rend pas heureuse, moi », « Je n'aime pas tout ce cirque sociétal autour de la maternité. Je trouve que c'est galvaudé et puis, ça entretient une image pas bonne en fait, parce que, du coup, quand tu ne figures pas dans ce cadre, à nouveau, c'est insupportable » (Noémie, 38 ans).

Représentation de la consommation par les femmes consommatrices

Bien que plusieurs répondantes (3/7) nous confient avoir eu un certain dégoût pour la consommation de drogues, une maman en particulier a pu exprimer sa représentation antérieure des femmes usagères de drogues :

« Il faut savoir que moi, je suis tombée dedans... Déjà à la base, je ne suis pas dans le jugement au niveau des personnes qui consomment, mais c'était pour moi quelque chose que je ne pouvais

pas concevoir. (...) Pour moi, c'est encore pire quand on est maman parce que, pour moi, être maman, c'est être responsable, c'est faire attention, ... Enfin, on n'est pas dans ce monde-là. Est-ce qu'on peut dire qu'à ce moment-là vous étiez dans le jugement ? Oui, moi je jugeais clairement. J'avais toujours dit : "je ne ferais jamais ça, je ne comprends pas les personnes qui font ça, c'est se détruire, c'est être volontaire de sa destruction" » (Mélissa, 38 ans).

En outre, malgré leur consommation personnelle, quatre participantes sur sept déplorent l'usage de certaines substances ainsi que leur mode de consommation. Les effets qui y sont associés sont une source de justification :

« Et alors, l'alcool, moi je te le dis, je le dis bien haut et fort : "l'alcool, pour moi, c'est la pire des drogues". C'est l'alcool, ni l'héroïne, ni la cocaïne, ni tout ce que tu peux... L'alcool, ah oui ! Ça, je peux te le dire. On m'a bien entendue ? Parce que l'alcool, à un moment donné, t'es out : tu ne sais plus rien faire, tu tombes par terre, tu pisses sur toi, excuse-moi hein, tes gosses, tu ne sais même pas où ils sont, c'est comme ça mais c'est pire. » (Sabine, 53 ans).

« Maintenant, j'ai essayé tout, donc je suis assez contente. À part les trucs synthétiques, là, ça me... Les drogues synthétiques ? Oui, ça me fiche la trouille, ça me fiche la trouille : je suis moins à l'aise avec ça » (Noémie, 38 ans).

« On sniffe ensemble, donc je sais qu'il le fait mais je ne sais pas comment. Et surtout, ce que je ne sais pas, c'est qu'il fume ! Si j'avais su qu'il la fumait, jamais, jamais, jamais » (Ingrid, 44 ans).

2. *Les manifestations sociales du jugement*

Parmi les répondantes, les manifestations de cette stigmatisation s'effectuent essentiellement sous deux formes : dans le regard (4/7) et au travers de la parole (3/7).

« Même pas qu'à l'hôpital, c'est même le regard des gens. Le regard des gens qui te voient avec un enfant ou qui te voient arriver à la maternité parce que tu as des contractions. Ils te regardent et te disent : "ouais, t'es toxicomane, t'as un gosse, tu t'imagines, ton enfant comment il va arriver s'il a des problèmes". C'est pas quelqu'un d'autre, c'est toi qu'on jugera et ça, ça fait mal au final. On te demande pas si t'as besoin d'aide, si t'as besoin d'être entourée : tu vois ce que je veux dire ? » (Aurore, 43 ans).

« Une fois que j'ai accouché, les sage-femmes ont eu d'office un regard totalement différent : elles m'ont vue un peu comme une toxicomane, en fait. C'est vraiment comme ça que je me suis sentie regardée et vue » (Lisa, 23 ans).

Ingrid (44 ans) nous confie s'être sentie mise à distance, en nous indiquant avoir été cette femme « avec qui on va rester, enfin, qu'on aime bien mais qu'on sait que, voilà, elle n'est peut-être pas tout à fait nette et c'est peut-être pas quelqu'un à fréquenter même si elle est sympa ».

Conséquences de la stigmatisation et vécu personnel

Une conséquence directe de cette stigmatisation sociale réside en la remise en question du statut de mère. Par exemple, une des mamans interrogées nous a confié :

« Une remise en question à cause de ton entourage ? Totale même... À se dire : je serai une bonne mère, est-ce que je risque de faire du mal à mon enfant ? L'amour qu'on ne m'a pas donné,

est-ce que je le donnerai à mon enfant ? On m'a repris tous mes enfants : est-ce qu'elle, on va me la laisser ? Est-ce que je vais prouver à tout le monde qu'ils ont tort ? Tu sais, c'est des milliers de questions que même la nuit, tu ne dors pas parce que tu te les poses au final. Et encore aujourd'hui, ma fille a eu 8 ans, je me le demande tous les soirs : est-ce que je suis une bonne maman ? Est-ce que ma fille ne manque de rien ? Est-ce qu'elle a ce qu'il lui faut ? C'est dur, il ne faut pas croire, c'est très, très compliqué et c'est comme ça » (Aurore, 43 ans).

Outre ce questionnement personnel, quatre mamans sur sept ont pu nous relater ce vécu de sentiments négatifs tels que la honte, la gêne, la culpabilité, ... Ce constat est effectué dans leur quotidien mais aussi au niveau de leur prise en charge.

« La culpabilité, c'est horrible. On est coupable, on n'est pas bien dans sa peau, on est gênée : je ressemblais vraiment à une femme que je ne voulais pas être mais c'est malgré moi » (Mélissa, 38 ans).

Deux participantes n'ont, quant à elles, ressenti aucune stigmatisation quelconque : que ce soit au quotidien ou durant leur grossesse.

3. Les stratégies d'adaptation des mamans

Plus de la moitié des participantes (4/7) se sont engagées dans un processus de dissimulation de leur consommation. En effet, les représentations sociales concernant l'association entre la consommation et la maternité peuvent amener des craintes quant aux normes socialement attendues et des conséquences qui peuvent découler de cette déviance.

« Oui, le SAJ était peut-être au courant que je fumais, mais que j'arrêtais surtout parce que je ne pouvais pas dire que je continuais... parce que là, j'aurais peut-être eu plus de problèmes. Je te le dis franchement ! » (Sabine, 53 ans).

« Alors attention, parce que je dis pas tout non plus, c'est pour ça que je vais pas mentir mais elle n'est pas au courant que j'ai dérapé il y a 10 jours. Ah ouais, il y a des choses que tu dis pas, tu peux pas... » (Noémie, 38 ans).

Une des répondantes n'a jamais mentionné sa consommation aux services de soins tandis que deux d'entre elles l'ont admis pour une première grossesse mais dissimulée pour une deuxième.

« [Enfant 2], par rapport à elle, je n'ai pas dit que moi je fumais, parce que quand j'ai vu ce que ça m'avait fait avec [enfant 1], je n'ai pas voulu pour elle » (Lisa, 23 ans).

Les facteurs influençant la prise en charge

1. Les motivations

Durant la grossesse

Nous n'avons pas pu obtenir de nombreux résultats quant aux motivations de prise en charge des mamans usagères de drogues. Quatre répondantes ont pu mettre des mots sur l'influence positive de leur choix de prise en charge en soulevant deux motifs principaux : le lien de confiance avec les médecins et la crainte de conséquences négatives sur le bébé.

Ainsi, trois mamans sur sept affirment s'être senties assez en confiance afin de mentionner leur consommation à leur gynécologue ou leur médecin. Parmi elles, une est atteinte de HIV depuis la naissance et nous mentionne avoir été consciente de la prise de risque d'une grossesse dans de telles circonstances :

« Grossesse à risque d'office et donc, je préviens tout de suite mon immunologue en lui disant : “bon, j'y suis arrivée cette fois, il faut que tu...” et donc, je suis dirigée vers le docteur [nom] puisque c'est elle qui s'occupe vraiment des grossesses à risque pour toutes les mamans. Je rencontre cette femme qui est super chouette et je lui dis tout de suite. Je me sens tellement en confiance avec elle que je lui dis » (Noémie, 38 ans).

Deux répondantes ajoutent avoir fait le pas dans l'intérêt de leur enfant. En effet, elles craignaient les conséquences potentielles de la consommation sur le bébé à naître :

« Je me suis un peu livrée, je lui ai dit que je consommais, effectivement. J'ai dit tous mes détails de ma consommation parce que, au début, j'avais peur aussi, comme c'était ma première grossesse et je me suis dit : “c'est pour le petit, c'est important” » (Lisa, 23 ans).

« J'avais envie de demander de l'aide, mais j'avais peur de plus me tirer une balle dans le pied en demandant de l'aide et je ne voulais pas ça. J'ai eu confiance ! Je m'entends hyper bien avec mon gynécologue et j'ai vraiment une confiance absolue en lui car, à un moment donné, je me tracasse quand même de : qu'est-ce qui pourrait arriver à mon bébé ? » (Ingrid, 44 ans).

Indirectement lié au constat précédent, une autre répondante exprime la culpabilité qu'elle aurait pu ressentir en cas de mise en danger effective de ses enfants.

« Direct je lui ai dit. Pourquoi je l'ai dit ? Comme je t'ai expliqué tantôt : j'ai décidé d'avoir des enfants, je suis tombée enceinte et mes enfants ils n'ont rien demandé. Déjà moi, je suis un “cas”, entre guillemets : le fait que je prends des substances. Donc je l'ai toujours dit en me disant : “T'imagines, on me fait une piqûre ou quoi, et les enfants, peut-être, boum, je sais pas, il va leur arriver un truc et que là, ce sera vraiment de ma faute”. Donc je l'ai dit tout de suite » (Sabine, 53 ans).

Après l'accouchement

Une maman nous confie avoir, ultérieurement, demandé de l'aide volontairement afin de protéger ses enfants :

*« [Enfant 3] est restée 3 semaines (à l'hôpital) et quand j'étais au Petit Bourgogne, à ce moment-là, j'ai demandé qu'on la place parce que j'étais sous l'effet de la cocaïne. (...) **Donc, c'était une demande de ta part ?** Exactement et [enfant 4], ça a été pareil parce que j'étais alcoolique, à la rue, pas de logement et sous méta. Donc, pour sa protection, voilà... et puis [compagnon] était en prison aussi. Donc, moi, je ne me voyais pas éduquer mon fils à la rue sans rien pour lui. Donc je me suis dit : “Je préfère lui offrir de l'amour autre que de moi, que de lui donner de l'amour et que je suis perdante au final”. Donc, ouais, c'est dur hein (...) »* (Aurore, 43 ans).

Nous constatons que l'absence de jugement venant du corps médical est une ouverture pour plusieurs répondantes. Toutefois, ce n'est qu'après une première expérience de prise en charge que cette motivation peut être, ou non, mise en avant.

2. Les obstacles

Lorsque nous abordons les obstacles qui ont ou qui auraient pu entraver la prise en charge et la demande de soins, cinq participantes sur sept énoncent la crainte du placement et le retrait de leur enfant.

« Parce que moi, évidemment, je ne déclarais pas à mon gynécologue, je ne disais rien, parce que j'avais peur qu'on prenne l'enfant » (Mélissa, 38 ans).

La peur du jugement ou le jugement effectif de la consommation de drogues constituent également un obstacle majeur dans la demande de prise en charge. Quatre mamans sur sept nous l'ont partagé :

« La peur du jugement et la peur de rentrer dans un système où on allait prendre mes enfants, où j'allais avoir les services sociaux sur le dos et vu que la maison et les conditions de vie n'étaient pas idéales, j'avais très peur de ça » (Ingrid, 44 ans).

« J'ai demandé de l'aide, mais pas comme ça parce que quand t'es enceinte et consommatrice, on ne te demande pas si t'as besoin d'aide : on est là pour te juger » (Aurore, 43 ans).

« Ouais, obstacle principal : l'hypothétique placement des enfants, le jugement du personnel parce qu'on nous a déjà pas bien accueillis à l'accouchement, alors pourquoi on nous accueillerait mieux maintenant ? » (Noémie, 38 ans).

Notre plus jeune répondante explique avoir été freinée par toutes les procédures de prise en charge lorsqu'il y a de la consommation pendant la grossesse.

3. Les pistes d'amélioration de la prise en charge

L'une des questions posée à nos participantes portait sur les pistes d'amélioration des différents types de prises en charge. Les réponses apportées ont été révélatrices de certains besoins qui n'ont visiblement pas pu être comblés dans le chef de nos répondantes.

Pour trois des sept mamans rencontrées, l'absence de jugement dans les services de soins constitue une importante amélioration à mettre en place :

« Honnêtement, si on devait parler de changements et de choses qui pourraient aider, ça serait simplement que le corps médical et au niveau des institutions, on ne juge pas cette maman qui est en train de consommer et qu'on la rassure » (Mélissa, 38 ans).

« Je pense qu'on devrait moins les brusquer par rapport au fait que c'est mal, parce qu'on le sait déjà et c'est vraiment arrêter de faire sentir mal la personne encore plus qu'elle ne l'est déjà de consommer » (Lisa, 23 ans).

« À part être jugée, c'est tout ce que j'ai pu ressentir. C'est ça que j'ai dit, on aurait besoin de plus d'aide pour soutenir les mamans toxicomanes. Pas leur mettre une étiquette à leur dire : "t'es une mauvaise mère, t'es toxicomane", non ! "T'as fait des erreurs ?" Très bien. "Tu veux les assumer ?" Super. Nous, on n'est pas là pour te juger, pas pour te critiquer, mais on est là pour t'aider à trouver une solution pour avoir dans les conditions les meilleures possibles ton enfant : ça c'est important ! » (Aurore, 43 ans).

En outre, quatre mamans sur sept déplorent le manque d'information et de connaissances des processus de prise en charge.

« Honnêtement, moi si on m'avait dit, au moment où je suis tombée enceinte de [enfant 8] : “écoutez, si même vous consommez mais que vous avez envie d'arrêter, on peut être là pour vous aider.” Vous n'étiez pas au courant ? Non » (Mélissa, 38 ans).

« Que je ne risquais rien de mauvais, que ce ne serait que du positif, en fait. (...) Les gens ont très peur parce qu'on est très mal informé » (Ingrid, 44 ans).

Parmi les autres pistes d'amélioration, nous retenons : l'augmentation du soutien et l'octroi de confiance de la part du corps médical (3/7), la réduction des listes d'attente dans les services de prise en charge (1/7), l'objectivation des outils de prise en charge (1/7), la mise en place de la « pair-aidance » (1/7), la séparation des profils de consommateurs dans les différents services (1/7).

Les conséquences sur les enfants

1. L'impact de la consommation sur les enfants au quotidien

Conséquences sociales

De près ou de loin, les enfants de parents consommateurs sont touchés par la situation. Deux mamans nous rapportent des conséquences négatives de leur consommation sur le contexte social de leur enfant.

« Oui, on lui a déjà fait la remarque que c'était un enfant de la société pauvre, d'une société du seuil de pauvreté. Ma fille, pendant une semaine, elle n'a pas voulu aller à l'école parce qu'on se moquait d'elle, parce qu'on disait qu'elle était pauvre, parce que tchik, parce que tchak, parce que j'ai des tatouages, parce que j'ai une coupe un peu spéciale. Ma fille, oui, elle en pâtit, il ne faut pas croire » (Aurore, 43 ans).

Conséquences au quotidien

Malgré un parcours fluctuant pour certaines, toutes les participantes ont affirmé prioriser les besoins de leurs enfants avant leur besoin de consommation :

« En étant jeune maman, c'était priorité sur ma consommation (...). Maintenant, si j'ai 50€, c'est la priorité sur les enfants. Même s'il reste 5€ : je préfère ne pas mettre 5€ dans un truc de beuh que de manquer à manger à mes enfants » (Aurore, 43 ans).

« Si demain, ma fille veut un jouet au magasin, elle l'aura. Je ne saurais pas dire : “Oh non, maman elle a plus d'argent parce qu'elle doit s'acheter 5 grammes”. C'est jamais ça, c'est impossible pour moi » (Lisa, 23 ans).

« C'est deux choses différentes : moi, mes enfants, c'était mes enfants et ma consommation, c'était ma consommation. Mes enfants, ils passent en premier, je veux dire, pour qu'ils manquent de rien, aussi bien pour manger, question habillement, question, ... Pour tout, je veux dire » (Carole, 51 ans).

Au quotidien, quatre mamans sur sept ne mettent pas de tabou sur leur consommation. En effet, elles sont dans le dialogue avec leurs enfants et cela leur permet de pouvoir mettre des mots sur la situation :

« Comme je t'ai dit, même petits, ils savaient déjà bien ce que je faisais mes enfants. Mais maman était malade ? Oui, je leur ai bien expliqué et en plus, pour moi, je ne mens pas quand je dis que je suis malade. Ce n'est pas un truc que je prends par plaisir, je le dis honnêtement et eux, ils l'ont compris » (Sabine, 51 ans).

Certains peuvent aisément soulever les signes de consommation, ou au contraire, les signes de manque de leur maman :

« Moi, mes enfants, ils savent que si je fume une cigarette, c'est associé au fait que je consomme de la cocaïne. Donc, si à l'heure actuelle, je m'installe dans mon salon et que je fume une cigarette, ils vont me dire : "toi, t'as pris ou tu as l'intention de prendre" » (Melissa, 38 ans).

2. Les besoins spécifiques et conséquences de la consommation sur le développement de l'enfant

Plusieurs complications de grossesses ont pu être soulevées au cours de nos entretiens. En effet, parmi les répondantes, deux d'entre elles ont effectué un ou plusieurs déni(s) de grossesse allant de 4 à 5 mois. Trois participantes nous confient avoir fait une ou plusieurs fausse(s) couche(s). Deux d'entre elles n'ont pas développé les éventuelles causes de cette perte. Toutefois, la troisième nous confie avoir perdu son bébé à 5 mois de grossesse après un diagnostic de trisomie 21 qui pourrait être lié à la consommation régulière de cocaïne.

Douze enfants sur quatorze sont nés prématurément. Cinq naissances prématurées ne seraient pas liées à la consommation de drogues et seraient dues à un état de stress important (1/5), une grossesse gémellaire (2/5) et à une problématique héréditaire (2/5). Les sept autres cas de prématurités ont un lien de causalité avéré avec l'usage de substances chez la mère.

Trois bébés sont nés avec un syndrome de sevrage : un au cannabis, un à l'héroïne et un à la cocaïne.

Pour terminer, six enfants sont victimes de conséquences psychologiques liées à la consommation de leur maman. Un diagnostic médical/un nom a pu être mis en avant pour cinq d'entre eux : schizophrénie et bipolarité, attachement insécure, hyperactivité, hyperémotivité, troubles de la personnalité. Les conséquences pour le dernier seraient plutôt liées à l'attachement :

« Pas physique, mais certainement psychique, oui : l'abandon, de ne pas comprendre, de ne pas accepter que sa maman soit une toxicomane, pourquoi ? » (Carole, 51 ans).

3. L'intervention de l'aide à la jeunesse et les cas de placement

Sur 24 enfants au total, 6 d'entre eux ont fait l'objet d'un placement : trois mamans sur les sept rencontrées sont concernées par ce constat. L'intervention du SAJ (Service d'Aide à la Jeunesse) a été sollicitée dans une des situations, tandis que pour les deux autres le recours au SPJ (Service de Protection de la Jeunesse) fut nécessaire.

Les divers placements ne résultent pas de l'unique problématique de consommation de drogues, excepté pour un cas de consommation incontrôlée. En effet, la sécurité des enfants était mise en péril au regard des différentes situations familiales : sans-abrisme, emprisonnement, dépression, délinquance, ...

« Il y a le fait que lui consommait beaucoup et puis qu'il braquait, que ça a été un tout mais, ça a joué... Que j'ai un suivi, c'est le fait que je fume, ça je le sais et que j'étais jeune parce que j'étais jeune surtout, que j'étais jeune et que je consommais » (Lisa, 23 ans).

« Mais un jour, il est tombé en prison et moi, j'ai accouché et quand j'étais à la rue, alcoolique et toxicomane, [compagnon] était en prison, on n'avait pas de logement, ... Donc j'ai dû le mettre en famille d'accueil » (Aurore, 43 ans).

Discussion des résultats

L'objectif de cette étude est de soulever les conséquences découlant des représentations sociales de la consommation féminine sur le parcours de soins durant une grossesse. En outre, nous avons comme second objectif de comprendre les différents obstacles et motivations qui contribuent à la prise en charge institutionnelle. Ainsi, nous nous sommes intéressés aux différents parcours de vie et trajectoires de consommation de sept mamans usagères de drogues afin de constater les répercussions positives et négatives de leur usage de drogues sur la prise en charge mais également sur les éventuelles conséquences sur elles et leurs enfants. Nous allons donc prendre un temps pour parcourir les résultats obtenus à la lumière de la littérature scientifique déjà existante.

Le parcours de vie et les trajectoires de consommation

Afin de comprendre les enjeux de la consommation de drogues durant la grossesse, il semble important de prendre en compte le parcours de vie et les trajectoires de consommation des mamans. Indirectement lié à nos questionnements initiaux, il semble donc nécessaire d'étudier le contexte de consommation des différentes participantes au regard des éléments sociologiques, personnels et environnementaux de la personne consommatrice. Le Docteur Olievenstein en a d'ailleurs fait un cheval de bataille en proposant l'étude de l'individu consommateur au sein du triangle multifactoriel produit-individu-environnement (Burgess, 2003 ; Lambrette, 2003).

Les facteurs d'entrée et de maintien dans la consommation

De nombreux facteurs de risques entrent en compte lorsque nous abordons l'entrée dans des conduites addictives de consommation de drogues. Il ne s'agit pas uniquement de prendre en considération l'usage du produit en tant que tel mais il est nécessaire d'inclure les facteurs environnementaux et biologiques qui entourent cette consommation. Ainsi, de multiples facteurs peuvent influencer l'usage de substances tels que la précocité du comportement, l'automédication, la consommation des pairs, la présence d'un traumatisme physique ou psychique, etc. (Varescon, 2010 ; Karila et Reynaud, 2016). Au regard des résultats obtenus, nous pouvons constater ces diversités de facteurs précipitants la consommation. En effet, chacune d'entre elles apporte des éléments de réponses différents quant à leur premier usage de drogue : trois de nos répondantes consommaient dans un contexte festif et social ; une a consommé pour la première fois à 9 ans ; une autre maman contrôlait son stress et ses angoisses tandis qu'une d'entre elles cherchait à combler un vide et pallier ses différents placements. La dernière ne peut nommer les motivations de sa première consommation mais questionne le sentiment d'abandon lié à son adoption.

Nous pouvons dès lors constater que la consommation de drogues possède une origine individuelle ou collective. En effet, l'influence des pairs reste parmi les meilleurs prédicteurs de consommation, notamment durant l'adolescence (Varescon, 2010 ; Spach, 2016 ; Gardner et Steinberg, 2005). Nos résultats s'alignent à ce constat : toutes nos participantes ont commencé à consommer avec des pairs durant leur adolescence ou dans le début de l'âge adulte. Outre l'entourage élargi, il est important de mentionner le rôle éventuel du conjoint dans l'initiation ou le maintien de la consommation de drogues. De nombreuses études mettent ce constat en avant en tenant compte des dynamiques conjugales observées chez les couples de consommateurs (Guyon et al., 2002 ; Bertrand et Nadeau, 2006 ; Barrault, 2013). Nos résultats peuvent en témoigner également : quatre de nos participantes se sont inscrites dans un parcours de consommation avec leur conjoint. Par la suite, elles auront toutes partagé leur vie, à un moment donné ou un autre, avec un partenaire consommateur de drogues, licites ou illicites.

En outre, le docteur P. V. Piazza schématise le processus de consommation de la drogue en trois étapes : l'usage récréatif, l'usage intensif et l'usage pathologique. Autrement dit, il existe une évolution dans la consommation de substances qui, dans la plupart des cas, commence par un usage occasionnel, dans un contexte plutôt récréatif et festif. Ensuite, l'usager peut perdre le contrôle de sa consommation qui deviendra, alors, dépendante (Varescon, 2010 ; Reynaud, 2016 ; Piazza et Deroche-Gamone, 2016). Une fois de plus, nous pouvons constater que la totalité de nos répondantes ont consommé de manière récréative avant de basculer vers un usage régulier ou pathologique de la substance.

La banalisation du cannabis

Le cannabis est une source de dissonances internationales en matière de politiques de sécurité. Loin derrière l'alcool en termes de dommages impliqués, le cannabis demeure illégal dans notre pays. Pourtant, son usage tend à être dépénalisé dans plusieurs états membres de l'Union Européenne tels que l'Allemagne, le Luxembourg, Malte, le Portugal ... Bien que répréhensible, la détention de cannabis fait l'objet d'une certaine forme de tolérance en Belgique et occupe une place importante dans les débats politiques actuels (Lambrette, 2018 ; Taymans, 2021 ; Bachler et Tobelem, 2025 ; Moens et al., 2025).

Au cours de nos entretiens, nous avons pu remarquer cette forme de tolérance concernant la consommation de cannabis, notamment durant la période de grossesse. Nos résultats mettent en avant que cinq femmes sur sept tendent à banaliser l'usage de ce type de substance au quotidien : la consommation de cannabis est moins grave que d'autres drogues. Deux d'entre elles effectuent d'ailleurs la distinction entre drogues dures et drogues douces. Bien que ce concept soit socialement répandu, les politiques, elles, ne possèdent pas encore de définition légale permettant la distinction entre les deux types de drogues (dures *vs* douces). Les représentations sociales amènent toutefois une forme de tolérance des forces de l'ordre et une diminution notable des conséquences pénales liées à ce type de consommation (Laqueille et Liot, 2009 ; Deluermoz, 2016).

Les facteurs de motivation ou obstacles à l'arrêt de la consommation

Selon plusieurs recherches, la grossesse serait un motif et une motivation suffisante à l'arrêt de la consommation (Guyon et al., 2002 ; Simmat-Durand, 2007b ; Laera et al., 2021). Or, d'après nos résultats, il apparaît que la maternité, à elle seule, ne permet pas d'initier un processus d'arrêt de la consommation. En effet, selon six de nos répondantes, divers obstacles entravent cette démarche, notamment les besoins physiologiques liés au manque de la substance, le besoin psychologique de consommer, le maintien dans des dynamiques conjugales instables, ... Ces constats peuvent être soutenus par la littérature au travers des concepts de dépendance physique et de dépendance psychique. Aussi appelées pharmacodépendance ou *craving*, ces notions font référence au phénomène de manque lié à l'absence de consommation. Dès lors, l'individu sera victime d'un besoin compulsif qui ne sera comblé que par l'usage du produit, le rendant donc dépendant de la substance au quotidien (Laqueille et Liot, 2009 ; Rozaire et al., 2009).

Ne permettant pas la sortie des trajectoires de consommation en tant que telle, la période de grossesse et de maternité semble toutefois constituer un moment de remise en question. En effet, l'arrivée de l'enfant apporte des perspectives autres que celles précédemment imaginées, notamment l'obtention du statut de mère et de responsabilités diverses. Bien qu'insuffisante de manière isolée, la maternité peut constituer un levier et une motivation vers un parcours de désistance dans les trajectoires de consommation (Bazire, 2018 ; Laera et al., 2021 ; De Koninck et al., 2003). Les résultats de cette

recherche ne peuvent qu'appuyer la littérature au regard de la mention systématique des enfants dans les motivations d'arrêt de la consommation des répondantes.

La stigmatisation et représentation sociale des mères usagères de drogues

Les représentations sociales de la consommation de drogues pendant la grossesse

L'usage de drogues pendant la période de grossesse, synonyme de déviance maternelle, est au cœur de nombreux stigmas sociétaux. En effet, l'idéalisation de la maternité ne permet pas la transgression des normes socialement attendues d'une femme, et encore moins d'une maman en devenir. Dès lors, l'apposition de l'étiquette « déviant » se multiplie dans la société et notamment dans les services de prise en charge. Ainsi, force est de constater qu'il persiste une primauté du jugement sur la proposition d'accompagnement de ces mères en difficulté (Simmat-Durant, 2002 ; Stocco, 2007 ; Coscas, 2016 ; Neff, 2018). Parmi nos répondantes, plusieurs d'entre elles ont pu nous relater l'expérience négative liée à la prise en charge de leur grossesse sous consommation mais aussi, les manifestations sociales stigmatisantes. Ces dernières se traduisent au travers de jugements moraux, de regards condescendants, de critiques verbales, de mises à l'écart, ... Ingrid, par exemple, perçoit, quotidiennement, une distance entre elle et les habitants de son village malgré sa consommation redevenue occasionnelle.

De multiples formes de stigmatisations peuvent être soulevées dans le parcours de soins des mamans rencontrées, particulièrement pour trois d'entre-elles. Celles-ci nous expliquent leur vécu de prise en charge et les manifestations de la stigmatisation institutionnelle dont elles ont été victimes. Regards péjoratifs, distinction de traitements, comportements envahissants ou, au contraire, ignorance, ... sont des faits qui ont pu nous être relatés par nos répondantes. Rares sont les études scientifiques qui permettent aux mamans consommatrices de s'exprimer. Nous avons donc peu de recul sur les expériences subjectives de celles-ci dans des processus de soins durant leur grossesse. La littérature se basant plus amplement sur les conséquences pour l'enfant ou des questions de santé publique, le vécu individuel des mères se trouve dès lors occulté (Guyon et al., 2002 ; Bertrand et Nadeau, 2006 ; Simmat-Durand et al., 2013).

L'absence ou l'irrégularité du suivi médical durant la période de grossesse apparaît comme l'une des conséquences directes de la consommation de drogues (Simmat-Durand, 2007b ; Nezelof, 2017). Toutefois, outre les situations liées à un déni de grossesse, toutes nos répondantes affirment avoir bénéficié d'un suivi prénatal régulier. Cependant, cette prise en charge relève parfois d'un processus de dissimulation de la consommation, permettant un suivi non stigmatisant et non jugeant provenant du corps médical. C'est notamment le cas de Lisa qui nous explique avoir caché sa consommation lors de sa deuxième grossesse au vu des conséquences négatives découlant de la première et qui nous affirme avoir vécu deux prises en charge diamétralement opposées.

De manière paradoxale aux idées préconçues, les résultats obtenus nous amènent à questionner les bienfaits de l'arrêt de la consommation pendant la grossesse. En effet, l'orientation médicale de quatre de nos répondantes tendait à faire diminuer la consommation durant la période de grossesse, en évitant l'arrêt brutal de celle-ci. Confirmé par la littérature, le sevrage forcé d'une mère usagère de drogues peut impliquer de graves conséquences tant pour la mère que pour l'enfant. Les enjeux sont donc doubles : l'incapacité de l'enfant à pallier les symptômes de manque in-utero provoquant des complications fœtales importantes et pouvant mener jusqu'au décès du bébé ainsi que l'augmentation du risque de rechute maternelle en post partum (Simmat-Durand, 2007b ; Coscas et Karila, 2016 ; Laera et al., 2021).

Les stratégies d'adaptation des mamans

Afin d'éviter d'être confrontées aux multiples manifestations de la stigmatisation sociale, plusieurs répondantes tentent de mettre en place des stratégies d'adaptation telles que la dissimulation de leurs pratiques de consommation. Plus de la moitié de nos participantes se sont engagées dans ce mécanisme d'invisibilité afin d'éviter les répercussions négatives de la transgression des normes sociales. Au regard des rôles genrés précédemment abordés, la littérature soutient ce constat. En effet, plusieurs études mentionnent cette dissimulation de la consommation par la gent féminine afin d'éviter les regards condescendants et les jugements sociaux. En outre, cette stratégie impacte négativement la prise en charge des femmes usagères de drogues étant donné qu'elles tentent, dans certains cas, de dissimuler leur consommation au personnel soignant, limitant les possibilités de soins disponibles (Simmat-Durand, 2002 ; Lee et Boeri, 2017 ; Perrin et Reversé, 2022).

Les recherches scientifiques mettent une nouvelle fois en lumière la différence entre l'usage masculin et féminin de drogues, d'autant plus lorsque la consommatrice acquiert le statut de mère. Là où l'usage de stupéfiants permet à l'homme d'être plus viril, plus attrayant, la femme, elle, se voit dévalorisée et humiliée lors de la consommation. Cette tendance à la dissimulation est donc motivée par la préservation de leur statut de femme, de mère ainsi que leur bonne réputation sociale (Lee et Boeri, 2017 ; Perrin et Reversé, 2022). La majorité de nos répondantes s'est empressée de nous mentionner leur mode de consommation « cachée » et s'est montrée à la limite de l'outrance lorsque nous abordons la possibilité d'une consommation publique.

Les facteurs influençant la prise en charge

Les motivations

L'alliance thérapeutique et l'établissement d'un lien de confiance apparaissent comme caractéristique première des motivations à la prise en charge. Au travers de ce processus, l'objectif est de préparer au mieux la future maman en la positionnant au centre de la prise en charge et en la considérant avant tout en tant que femme. Ensuite, il s'avère primordial d'accompagner la future maman dans son évolution vers une parentalité adaptée et un suivi postnatal anticipé et préparé (Reichert et al., 2010 ; Coscas, 2016 ; Lee et Boeri, 2017 ; Nezelof, 2017 ; Laera et al., 2021). Nos résultats mettent en avant que trois mamans sur sept se sont senties assez en confiance afin de partager leur expérience de consommation avec leurs médecins. Toutes trois ont pu bénéficier d'une prise en charge adéquate et bienveillante tant durant leur grossesse qu'en post-partum.

Consciente des potentielles conséquences de leur consommation, la demande d'aide semble être liée à une minimisation des risques encourus pour l'enfant. Trois de nos répondantes ont pu partager cette motivation, dont une qui exprime la culpabilité qui aurait pu découler d'une absence de vigilance et d'une dissimulation de sa consommation en cas de répercussions négatives sur ses jumeaux. Selon la littérature empirique, cette thématique constituerait davantage un obstacle qu'une motivation. En effet, l'apparition de sentiments de culpabilité et de honte liés à la consommation impacteraient négativement la demande de prise en charge, particulièrement durant la période de grossesse (Coscas, 2016 ; Nezelof, 2017 ; Laera et al., 2021). À contrario, d'autres études valorisent l'impact de ces sentiments négatifs dans la demande de soins. L'omniprésence d'un sentiment de culpabilité et/ou de honte envahit les pensées de la maman usagère de drogues, bien consciente des éventuelles conséquences négatives sur son enfant et de sa responsabilité dans cette souffrance fœtale (Delacoux, 2003 ; Simmat-Durand, 2008).

Les obstacles

Au regard des constats scientifiques, l'obstacle majeur concernant l'accès aux soins pendant la grossesse relève de la crainte du placement de l'enfant. Depuis de nombreuses années, les représentations sociales impliquent une trajectoire déterministe entre la consommation maternelle de substance et le placement systématique de l'enfant. Force est de constater que malgré les évolutions notables dans la prise en charge des femmes enceintes usagères de drogues, la crainte du placement demeure le frein principal face à la demande de soins (Simmat-Durand, 2007a ; Olinda Alves et al., 2015 ; Coscas, 2016 ; Laera et al., 2021). Nos résultats de recherches permettent d'appuyer, une fois de plus, la littérature scientifique. Bien que la crainte du placement ne constitue pas un obstacle en tant que tel pour chacune des répondantes, il a pu être abordé au minimum une fois au sein de chaque entretien. Ainsi, le constat est tel que ces représentations sociales erronées ont pu impacter la prise en charge de certaines de nos participantes mais aussi et surtout, l'aide à la parentalité dans les années qui ont suivi la naissance de leur enfant.

Incarnant l'image de la mauvaise mère, les femmes usagères de drogues sont victimes de diverses sortes de stigmatisation. Entre discours moraliste, dévalorisation, minimisation des capacités parentales, réprobation, disqualification, et bien d'autres, ces mamans consommatrices sont loin de l'image de la « mère parfaite » attendue par la société (Simmat-Durand, 2006 ; Olinda Alves et al., 2015 ; Laera et al., 2021). Les représentations négatives de l'usage de drogues durant la période de grossesse constituent un obstacle incontournable à l'accès aux soins, notamment lorsqu'elles émanent des discours professionnels. En effet, dans la société dans son ensemble, chaque individu possède des valeurs qui lui sont propres et selon les cas, cela engendre des jugements moraux perceptibles dans les pratiques de sa profession. L'inconcevabilité de consommer des substances psychoactives pendant la grossesse implique un changement de comportement du personnel soignant envers ces mamans usagères de drogues. L'attention sera, dès lors, davantage portée sur la prise en charge de l'enfant in utero, au détriment des besoins manifestes des consommatrices. Dans de nombreux cas, ces attitudes négatives impliquent une perte de confiance totale des patientes et un évitement des services de soins (Luttenbacher, 1999 ; Stengel, 2013 ; Coscas et Karila, 2016). Les sentiments engendrés par la stigmatisation a grandement impacté les choix de prise en charge pour nos répondantes, notamment en post-partum ou pour le suivi d'une seconde grossesse. Ce constat rejoue ceux précédemment soulevés par la littérature : les diverses formes de jugement aboutissent à de l'insécurité, qui, à son tour, va impacter la demande de soins.

Outre les freins liés aux relations interpersonnelles, nous constatons que les procédures de prise en charge lors d'une grossesse qualifiée de « à risque » constituent également un obstacle à la demande de soins. En effet, nos résultats mettent en avant une certaine méconnaissance du parcours médical découlant d'une grossesse sous consommation de substances. Ces procédures, qualifiées de stigmatisantes, apparaissent dès lors comme une contrainte supplémentaire à la demande de suivi, notamment lorsqu'il s'agit de futures grossesses. Depuis le milieu des années 1980, une évolution de la prise en charge des femmes enceintes usagères de drogues est soulevée par la littérature. Les différentes recherches dans le domaine insistent sur l'importance de la mise en place d'un travail de réseau et une surveillance intensive de la grossesse. En effet, les potentiels risques et conséquences découlant de la consommation de substances méritent une équipe pluridisciplinaire prête à réagir, tant durant la grossesse qu'en post-partum et qui se positionnerait en soutien à la maman dans le besoin. Bien que perçues de manière stigmatisantes, ces prises en charge accrues apparaissent nécessaires pour préparer, au mieux, la venue de l'enfant mais aussi afin d'anticiper le suivi postnatal, dont le maintien du lien mère-bébé avec un soutien à la parentalité (Reichert et al., 2010 ; Laera et al., 2021).

Les modèles et structures de prise en charge

Afin de clôturer cette partie concernant les obstacles et les motivations à la prise en charge, nous avons fait le choix de questionner nos répondantes sur ce dont elles auraient eu besoin pour se sentir bien dans la relation d'aide. Cette réflexion fait écho à divers obstacles déjà évoqués, qui génèrent des besoins et motivent certaines répondantes à demander de l'aide. Sept pistes d'intervention et/ou d'amélioration ont été mises en avant lors de nos différents échanges.

L'absence de jugement. Au regard de l'obstacle majeur que représente la stigmatisation lors de la prise en charge des femmes enceintes consommatrices de drogues, il semble primordial de mettre en place des services de soins non discriminants. L'élaboration d'un lien de confiance apparaît dès lors indispensable pour accompagner ce public ainsi fragilisé par les multiples formes de stigmatisation et représentations sociales négatives de la consommation de substances chez la mère. L'un des objectifs étant d'individualiser la femme, la consommatrice et la maman et d'adapter la prise en charge autour de ces trois personnes distinctement. Toutefois, ce travail représente un réel challenge pour les professionnels de santé tant cette alliance thérapeutique est difficile à mettre en place, notamment en lien avec les diverses craintes susmentionnées (Nezelof et Dodane, 2010 ; Laera et al., 2021 ; EUDA, 2021).

La mésinformation ou la méconnaissance des processus de prise en charge. Mentionné en tant qu'obstacle par certaines participantes, d'autres déplorent le manque d'information relatif aux suivis des grossesses à risques, notamment en matière de consommation de drogues. En effet, la mésinformation qui découle des discours sociaux, où usage de substances rime avec placement systématique des enfants, « mauvaise mère », « mère maltraitante » et bien d'autres, a un impact considérable en termes de demande de soins (Simmat-Durand, 2002 ; Nezelof et Dodane, 2010 ; Laera et al., 2021)

L'augmentation ou l'octroi de confiance aux futures mamans. Cette piste d'amélioration fait référence aux divers doutes et appréhensions des professionnels quant aux capacités parentales des mères usagères de drogues. Ce positionnement affecte considérablement leur image d'elles-mêmes et amène un certain lot d'incertitudes, notamment concernant leurs habiletés à être mère. Ainsi, il semble indispensable d'inclure des formes de soutien thérapeutique qui vont venir soutenir la confiance de la patiente, particulièrement quant à ses capacités maternelles et encourager son autonomisation dans son nouveau rôle de mère (Bazire, 2018 ; Laera et al., 2021).

Le développement de la pair-aidance. Ce concept relativement récent consiste à entrer dans une relation d'aide avec une personne professionnelle ou non, possédant un vécu similaire ou une problématique commune au demandeur de soins. Le pair-aidant peut être titulaire de plusieurs rôles indispensables dans la prise en charge, notamment lorsqu'il s'agit de créer un lien de confiance entre les patientes et les professionnels de la santé. Ainsi, les quatre missions principales qui leur sont confiées consistent en la création du lien (médiateurs), le soutien (témoin), le coaching (formateur) et l'aiguillage (collaborateurs). Prenant son essor dans le domaine de la santé, ce concept semble se développer dans les différents services de soins (Castro, 2020 ; Waha, 2024).

La séparation des profils de consommateurs dans les services. Cette thématique semble beaucoup moins développée dans la littérature scientifique. Toutefois, en partant de la réflexion amenée par nos répondantes, nous pouvons faire un lien avec l'influence des pairs dans le maintien de la consommation, précédemment abordée au cours de notre discussion.

La réduction des listes d'attente dans les services de soins spécialisés. Semblable à un chemin de croix, l'attente de prise en charge représente un obstacle considérable à l'accès aux soins. La temporalité dans laquelle la demande d'aide peut évoluer au fil du temps va constituer tant un atout qu'un frein à la motivation de base (Panunzi-Roger et Castel, 2001 ; Wagner, 2020). Pour optimaliser la prise en charge des personnes usagères de drogues, il serait donc nécessaire de déployer plus de moyens afin d'augmenter la capacité des services de soins spécialisés en assuétudes et ainsi, réduire les temps de latence entre la demande et l'acceptation de celle-ci.

L'objectivation des outils de prises en charge. Ce dernier point fait référence à toute la subjectivité présente dans l'évaluation médicale des nouveau-nés. En effet, force est de constater qu'au travers de nos entretiens, nous soulevons un certain conflit entre les observations effectuées par un professionnel et celles ressenties par la maman du bébé. Chaque être humain comporte sa part de subjectivité qu'il manifestera dans divers domaines. Concernant les soins de santé, Borghini (2016) présente le concept du « partage de la subjectivité » qui est particulièrement intéressant et pourrait faire consensus : si plusieurs avis subjectifs se rejoignent, ils peuvent devenir objectivables. Telle est probablement la méthode utilisée dans les hôpitaux mais elle devrait être plus amplement développée auprès des patientes afin d'éviter toute source de confusion.

Les conséquences sur les enfants

Les besoins spécifiques et conséquences de la consommation sur le développement de l'enfant

De nombreuses études se penchent sur la question des conséquences liées à l'usage de drogues sur l'enfant. Nous avons eu l'occasion d'effectuer une synthèse de celles-ci dans la revue de la littérature. Cependant, il serait pertinent d'examiner ces éléments à la lumière des résultats obtenus au cours de notre recherche.

Premièrement, la majorité des grossesses étudiées ont abouti à un accouchement prématuré. Ce sujet prédomine dans la littérature scientifique : les femmes usagères de drogues ont plus de risques de ne pas mener leur grossesse à terme ou de donner naissance à un bébé de petit poids. Toutefois, cette notion de prématurité ne dépend pas de la seule consommation de la maman. Il importe, en effet, d'inclure divers autres facteurs de risques dans l'équation tels que la polyconsommation, notamment de tabac ou d'alcool, la précarité, l'absence de suivi obstétrical, ... qui peuvent influer sur la détresse du fœtus (Lejeune et al., 1996 ; Simmat-Durand, 2002 ; Dumas et al., 2014 ; Nezelof, 2017 ; Nadeau et al., 2020 ; Cassen, 2024). Durant nos entretiens, nous avons, effectivement, pu constater ces diverses corrélations. Bien qu'une partie de nos répondantes ont pu affirmer leur entière responsabilité dans la prématurité de leurs nourrissons, nous pensions que les autres s'attelaient à se déculpabiliser en utilisant certaines techniques de désengagement. Cependant, au regard de la littérature étudiée, nous constatons les multiples risques impliqués dans les problématiques de prématurité des nouveau-nés.

Contrairement à l'opinion collective, le syndrome de sevrage néonatal (SSNN) n'est pas systématiquement diagnostiqué lorsque la maman consomme des drogues durant sa grossesse. Nos résultats en témoignent : seulement trois grossesses sur vingt-quatre ont conduit à un syndrome de sevrage chez le nouveau-né. Une fois de plus, de multiples facteurs interviennent dans cette problématique liée à l'usage de substances tels que le type de drogues consommées, la fréquence et la quantité des consommations, l'éventuelle polyconsommation de la maman ainsi que ses trajectoires de consommation, ... En outre, les conséquences du syndrome de sevrage peuvent être multiples selon

l'enfant et la substance à l'origine de celui-ci. Dès la naissance, le bébé pourra souffrir d'hyperexcitabilité, de convulsions, d'infections multiples et sévères, de troubles gastriques ou respiratoires, ... Mais ce n'est pas tout, l'intoxication par des produits psychotropes peut également déboucher sur des conséquences à plus long terme telles que des retards de croissance, de l'impulsivité, des difficultés de concentration ou d'apprentissage. Le syndrome de sevrage du nouveau-né nécessite donc une prise en charge médicale spécialisée afin de limiter les répercussions futures (Micard et Brion, 2002 ; Nadeau et al., 2020 ; Cassen, 2024).

Un dernier point mérite d'être abordé concernant les conséquences de la consommation maternelle sur les enfants : les répercussions de la stigmatisation sociale ainsi que la victimisation qui peut en découler. En effet, au travers de nos résultats, nous constatons que le contexte social des enfants peut être impacté par les conduites addictives de leur maman, notamment à l'école et en présence de pairs. La littérature scientifique existante ne permet toutefois pas d'infirmer ou d'affirmer ces observations car aucune étude ou recherche n'a actuellement fait l'objet d'un tel sujet. Nous pouvons toutefois mentionner une étude américaine basée sur l'alcoolisme des parents et les risques d'intimidation par les pairs durant l'enfance (Eiden et al., 2010). Bien que portant uniquement sur la consommation d'alcool, les conséquences sociales inhérentes à ce comportement ne peuvent qu'être semblables à celles relatives à la consommation de drogues illégales. Cette étude aborde brièvement le statut social de l'enfant né de parents alcooliques : soit il se positionne en tant qu'auteur de l'intimidation, soit en tant que victime de celle-ci. La place de l'enfant dans un pôle ou l'autre sera déterminée par les compétences sociales acquises au court de sa petite vie. Malheureusement, les limites scientifiques ne nous permettent pas d'approfondir davantage le sujet mais il semble pertinent de se poser la question pour les recherches à venir.

L'intervention de l'aide à la jeunesse et les cas de placement

Parmi nos résultats, nous soulevons une crainte systématique du placement de l'enfant. Or, le cadre juridique belge ne permet pas le retrait hors du milieu familial sans mise en danger réelle et actuelle de l'enfant. En effet, le décret portant le code de la Prévention, de l'Aide à la Jeunesse et de la Protection de la Jeunesse du 18 janvier 2018, prévoit que l'éloignement de l'enfant de son milieu de vie est une mesure « exceptionnelle » à prendre en dernier recours. Ainsi, la loi hiérarchise les mesures à prendre afin de venir en aide aux mineurs en difficulté ou en danger. Celles-ci sont reprises aux articles 25 (SAJ – Service d'Aide à la Jeunesse) et 51 (SPJ – Service de Protection de la Jeunesse) du décret.

Le placement de l'enfant, contrairement aux représentations sociales prédominantes, ne résulte pas de la seule consommation maternelle. En effet, auparavant, la simple consommation parentale pouvait déboucher sur un éloignement familial notamment en raison de la méconnaissance des différentes substances, l'observation des problématiques de syndrome de sevrage néonatal et l'absence de professionnels formés à la prise en charge des assuétudes. Dès lors, et depuis les années 2000, la prise en charge de la dyade mère-enfant a pu évoluer grâce à de multiples formations permettant un meilleur encadrement du nouveau-né et de sa maman dans l'apprentissage de la parentalité. L'éloignement du milieu familial se justifie donc par la notion de mise en danger de l'enfant, notamment lorsque les autorités observent des signes de négligences, des contextes de vie inadaptés ou trop précaires, la présence de troubles mentaux ou encore, une consommation hors de contrôle, ... (Patriarca, 2014 ; Olinda Alves et al., 2015 ; Coscas et Karila, 2016 ; Larea et al., 2021). L'instinct maternel de nos répondantes semblent occulter les conditions légales en vigueur pour aboutir à une mesure de placement. Nous observons, dès lors, une perception erronée des services sociaux et des aides mises à la disposition des familles nécessitant un encadrement plus spécifique.

Forces et limites de l'étude

Les forces

Diversité des cas d'étude

La diversité des profils interrogés ne peut être que soulevée en tant que force première de cette recherche. En effet, malgré de nombreuses difficultés de recrutement, les différentes répondantes à l'étude possèdent des caractéristiques particulières qui font de leur participation un atout considérable pour la recherche scientifique.

Choix de la méthodologie qualitative

Au regard de la sensibilité et de l'intimité du sujet de recherche, nous ne pouvions que nous tourner vers une recherche de type qualitative. Les chercheurs ont pu, d'emblée, insister sur la confidentialité de la participation ainsi que sur les différentes modalités de la rencontre. En outre, les entretiens semi-directifs ont permis aux chercheurs d'adapter leur discours en cas de réticence de la répondante. Ces modalités de passation ont permis aux participantes d'orienter la discussion selon leurs limites individuelles.

Les limites

Échantillonnage

Notre objectif de départ consistait en la rencontre de dix participantes. Les techniques de recrutement mises en place ont été insuffisantes afin de constituer un échantillon complet : seulement sept femmes ont accepté de participer à notre recherche. Cette étude étant limitée dans le temps, nous n'avons pas eu l'opportunité de poursuivre les démarches entamées depuis le mois d'octobre 2024.

Les difficultés respectives de chaque participante ont demandé un travail d'adaptation continu, parfois sur plusieurs semaines, et l'établissement d'un lien de confiance préalable aux entretiens. Bien que nécessaire, nous ne pouvons nier la charge de travail que cette démarche représente et le temps considérable passé dans la phase d'échantillonnage. En outre, nous nous devons de soulever les nombreux échecs liés à la rencontre de certaines participantes : les annulations, les oubliés, les retraits de participation, ...

Difficultés méthodologiques

Lors de notre travail d'analyse thématique, nous avons pu soulever des incohérences dans le discours de plusieurs participantes. Cela nous amène à questionner la fiabilité de certains résultats obtenus, compte tenu des biais de désirabilité sociale potentiels. De plus, aucune échelle d'analyse scientifique n'a été utilisée, notamment afin d'analyser les différents facteurs influençant l'entrée et le maintien dans les trajectoires de consommation, ce qui pourrait limiter l'objectivité des résultats.

En outre, ce partage de vécu subjectif implique des réminiscences non négligeables pour les participantes à cette recherche. Bien que attentifs aux besoins et difficultés de celles-ci, nos entretiens se voyaient limités dans le temps, ne permettant pas un cadre de soutien permanent. Selon nos connaissances professionnelles, nous avons toutefois pris le temps d'effectuer un travail d'orientation vers des services adaptés en cas de besoin et nous sommes restés disponibles jusqu'à la fin de l'étude.

Conclusion

« Mauvaise mère », telle est la représentation sociale dominante lorsque le constat est effectué qu'une femme consomme de la drogue durant sa grossesse. Cette période tant idéalisée par la société peut rapidement devenir un vrai cauchemar pour les femmes qui n'entrent pas dans les codes moraux de la « mère parfaite ». Notre recherche avait donc pour objectif de comprendre les différents enjeux liés aux représentations sociales dans la prise en charge des femmes enceintes usagères de substances, notamment au travers de l'analyse des obstacles et des motivations impliqués dans cette demande d'aide.

Force est de constater que malgré les multiples combats féministes pour l'égalité des sexes, la femme continue de faire l'objet d'une infériorité injustifiée dans certains domaines sociaux mais est placée au centre de l'attention lorsqu'il s'agit de soulever ses défauts. « Négligente », « indigne » ou « irresponsable » sont les adjectifs qui caractérisent une femme consommatrice durant sa grossesse, mais qu'en est-il du père consommateur ? Encouragées par la société contemporaine, les normes de genre imposent de multiples codes à respecter dont l'indissociabilité entre les statuts de femme et de mère. Toutefois, il semble inenvisageable de combiner « bonne mère » et « usagère de drogues » en une seule et même personne. Ainsi, les diverses sanctions sociales liées à cette représentation négative de la mère consommatrice persistent malgré l'arrêt de la consommation tant l'étiquette de « toxicomane » semble être indélébile et les rôles genrés plus que transgressés.

En outre, les politiques de prévention sont, à l'heure actuelle, insuffisantes à la prise en charge des femmes enceintes usagères de drogues. En effet, malgré les évolutions notables des dernières années en matière de soins, les efforts fournis par les différents services ne permettent pas l'établissement d'un lien de confiance suffisant à la bonne collaboration entre les professionnels et la mère consommatrice. Bien que de multiples formations soient mises en place dans les établissements de prise en charge, tout le personnel soignant ne semble pas compétent afin d'encadrer un tel public durant cette période si importante de leur vie. L'impact négatif des discours sociaux implique donc une mésinformation quant aux possibilités de prises en charge ainsi que concernant les conséquences pénales qui y sont potentiellement liées. L'angoisse permanente de l'éventuel retrait des enfants engendre le déploiement de stratégies d'évitement ou d'adaptation qui ne semblent pas toujours adaptées et en adéquation avec les besoins d'un fœtus ou d'un enfant. Ces multiples mécanismes apparaissent comme déviants et découlent sur une mise à distance des mères usagères de drogues dans certains services de soins, ce qui engendre de la culpabilité et un sentiment de stigmatisation de manière constante.

Nous souhaitons conclure notre propos en orientant les futures recherches vers un approfondissement de la problématique qui demeure, à l'heure actuelle, que trop peu explorée. Il semble également primordial d'inclure une dimension familiale dans sa globalité soit, associer la consommation du père dans les responsabilités parentales. Pour terminer, la mise en place d'études longitudinales permettraient de soulever les conséquences à long terme de la consommation maternelle : *pouvons-nous croire à une prédisposition ? Qu'en est-il du quotidien des enfants de femmes usagères de drogues ? Le harcèlement scolaire et les différents types de victimisations peuvent-ils être liés à la consommation d'un parent ?* Ces multiples questionnements restent, à ce-jour, sans réponse, ne permettant ni adaptation, ni individualisation, ni amélioration de la prise en charge des femmes et de leurs enfants de manière pérenne.

Bibliographie

Article de revue

Alexandre, S. et Fautré, S. (2019). La loi Drogues à bientôt 100 ans, il est temps de la changer ! *Prospective Jeunesse*, 86, 7-10. <https://prospective-jeunesse.be/articles/la-loi-drogues-a-bientot-100-ans-il-est-temps-de-la-changer/>

Aubert, L. et Mary, P. (2014). Chronique de criminologie. *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2(2), 435-450. <https://doi.org/10.3917/rsc.1402.0435>

Barrault, M. (2013). Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes. *Psychotropes*, 19(3), 9-34. <https://doi.org/10.3917/psyt.193.0009>

Bazire, A. (2018). Maternité et toxicomanie : influence des problématiques maternelles et du syndrome de sevrage néonatal sur l'investissement de l'enfant. *Psychotropes*, 24(2), 73-99. <https://doi.org/10.3917/psyt.242.0073>

Beck, F., Obradovic, I., Palle, C., Brisacier, A-C., Cadet-Taïrou, A., Díaz Gómez, C., Lermenier-Jeannet, A., Protais, C., Richard, J-B. et Spilka S. (2017). Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ? *Tendances*, 117, 1-8. <https://www.ofdt.fr/publication/2017/usages-de-drogues-et-consequences-quelles-specificites-feminines-811>

Bertrand, K. et Nadeau, L. (2006). Toxicomanie et inadaptation sociale grave : perspectives subjectives de femmes en traitement quant à l'initiation et la progression de leur consommation. *Drogues, santé et société*, 5(1), 9-44. <https://doi.org/10.7202/014301ar>

Blanc, É. (2017). Le genre : regards de psys. *Actualités en analyse transactionnelle*, 158(2), 3-18. <https://doi.org/10.3917/aatc.158.0003>

Boyd, S. (2004). Femmes et drogues Survol des lois et des conflits mères/État aux États-Unis et au Canad. *Psychotropes*, 10(3), 153-172. <https://doi.org/10.3917/psyt.103.0153>

Brahic, J., Thomas, O. et Dany, L. (2015). Alcool et grossesse : une recherche qualitative auprès de femmes enceintes. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 107(3), 403-434. <https://doi.org/10.3917/cips.107.0403>

Borghini, A. (2016). L'observation du bébé et du petit enfant : À propos de la qualité du zoom. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6(2), 225-250. <https://doi.org/10.3917/jpe.012.0225>

Burgess, E. W. (2003). L'étude du délinquant en tant que personne. *Déviance et Société*, 27(2), 111-130. <https://doi.org/10.3917/ds.272.0111>

Cassen, M. (2024). Maternité et addictions : une revue de la littérature. *Devenir*, 36(2), 140-163. <https://doi.org/10.3917/dev.242.0140>

Castro, D. (2020). Une brève synthèse de la littérature sur la notion de pair-aidance. *Le Journal des psychologues*, 374(2), 18-23. <https://doi.org/10.3917/jdp.374.0018>

Chiland, C. (2015). Le genre : du statut social au déni de la réalité biologique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 199(6), 1017-1028. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30876-3](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30876-3)

Collin, J., Dargère, C. et Dubuis, A. (2024). Stigmates et (ré)actions sociales : introduction. *Les Politiques Sociales*, 2(2), 4-14. <https://doi.org/10.3917/lps.242.0004>

De Koninck, M., Guyon, L. et Morissette, P. (2003). L'expérience maternelle et la consommation de substances psychoactives. *Recherches féministes*, 16(2), 107–137. <https://doi.org/10.7202/007769ar>

Delacoux, R. (2003). Être mère et toxicomane, un vécu qui se partage : un groupe de mères. *Thérapie Familiale*, 24(2), 193-198. <https://doi.org/10.3917/tf.032.0193>

Deluermoz, C. (2016). Vers une légalisation du cannabis ? Obstacles et ouvertures. *Journal français de psychiatrie*, 43(1), 93-98. <https://doi.org/10.3917/jfp.043.0093>

Dumas, A., Lejeune, C. et Simmat-Durand, L. (2014). Tabac, alcool et cannabis pendant la grossesse : qui sont les femmes à risque ? *Santé Publique*, 26(5), 603-612. <https://doi.org/10.3917/spub.145.0603>

Eiden, R. D., Ostrov, J. M., Colder, C. R., Leonard, K. E., Edwards, E. P., et Orrange-Torchia, T. (2010). Parent Alcohol Problems and Peer Bullying and Victimization: Child Gender and Toddler Attachment Security as Moderators. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(3), 341–350. <https://doi.org/10.1080/15374411003691768>

Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study. *Developmental psychology*, 41(4), 625–635. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625>

Groenemeyer, A. (2007). La normativité à l'épreuve Changement social, transformation institutionnelle et interrogations sur l'usage du concept de déviance. *Déviance et Société*, 31(4), 421-444. <https://doi.org/10.3917/ds.314.0421>

Guillain, C. (2003). La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1796(11), 5-49. <https://doi.org/10.3917/cris.1796.0005>

Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P., Ostoj, M. et Marsh, A. (2002). Toxicomanie et maternité : un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille « recréée ». *Drogues, santé et société*, 1(1). <https://doi.org/10.7202/000417ar>

Hautefeuille, M. (2013). Toxicomanie au féminin : quelques particularités. *Psychotropes*, 19(3), 5-8. <https://doi.org/10.3917/psychotropes.193.0005>

Hoareau, E. (2012). Un usage féminin des substances ? *Le Sociographe*, 39(3), 17-26. <https://doi.org/10.3917/graph.039.0017>

Hogge, M. et Régny, R. (2024). Rites, cultures et traditions. *Santé conjuguée*, 106. <https://www.maisonmedicale.org/rites-cultures-et-traditions/>

Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 5(1), 183-199. <https://doi.org/10.3917/nrp.005.0183>

Laera, A., Lamborelle, R. et Missonnier, S. (2021). L'attention portée aux femmes toxicomanes en situation de maternité : un point sur leur prise en charge: Revue de littérature. *Psychotropes*, 27, 199-227. <https://doi.org/10.3917/psyt.271.0199>

Lambrette, G. (2003). La toxicomanie. Vers une approche accessible au changement ? *Psychotropes*, 9(2), 45-64. <https://doi.org/10.3917/psyt.092.0045>

Lambrette, G. (2014). La question du genre et des addictions. *VST - Vie sociale et traitements*, 122(2), 79-84. <https://doi.org/10.3917/vst.122.0079>

Lambrette, G. (2018). La stratégie antidrogue de l'Union européenne face au cannabis Une rhétorique prohibitioniste face à plusieurs scénarios. *VST - Vie sociale et traitements*, 137(1), 67-73. <https://doi.org/10.3917/vst.137.0067>

Laqueille, X. et Liot, K. (2009). Addictions : définitions et principes thérapeutiques. *L'information psychiatrique*, 85(7), 611-620. <https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0517>

Lee, N. et Boeri, M. (2017). Managing Stigma: Women Drug Users and Recovery Services. *Fusio : the Bentley undergraduate research journal*, 1(2), 65–94. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6103317/>

Lejeune, C., Floch-Tudal, C., Montamat, S., Crenn-Hebert, C., Simonpoli, A-M. (1996). Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants. *Archives de pédiatrie*, 4(3), 263-270. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(97\)87247-8](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(97)87247-8)

Luttenbacher, C. (1999) La maternité chez les femmes toxicomanes : l'impact des dimensions normatives et de la culture professionnelle chez les professionnels de la santé. *Déviance et société*, 23(3), 313-340. <https://doi.org/10.3406/ds.1999.1699>

Mendrek, A. (2014). Existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les problèmes de toxicomanie ? *Santé mentale au Québec*, 39(2), 57–74. <https://doi.org/10.7202/1027832ar>

Micard, S. et Brion, F. (2002). Prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né de mère toxicomane aux opiacés : enquête française et européenne. *Archives de Pédiatrie*, 10(3), 199-203. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(03\)00321-X](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(03)00321-X)

Moens, K., Page, N. et Clapuyt, V. (2025). Retour vers le futur. *Psychotropes, Hors-série*, 11-17. <https://doi.org/10.3917/psyt.hs.2025.0011>

Mutatayi, C., Morton, S. et Mabileau, F. (2025). Mieux intégrer les spécificités de genre en addictologie, une impulsion du Conseil de l'Europe. *Santé Publique*, 37(1), 131-140. <https://doi.org/10.3917/spub.251.013>

Nadeau, D., Bussières, È.-L., Servot, S., Simard, M.-C., Muckle, G. & Paradis, F. (2020). L'exposition prénatale à l'alcool et aux drogues chez des bébés signalés en protection de l'enfance à la naissance : la pointe de l'iceberg ? *Service social*, 66(1), 99–113. <https://doi.org/10.7202/1068923ar>

Neff, M. (2018). Usages de drogues au féminin et production du savoir académique. *Déviance et Société*, 42(3), 569-595. <https://doi.org/10.3917/ds.423.0569>

Nezelof, S. et Dodane, C. (2010). Quand les processus addictifs rencontrent ceux de la parentalité : un climat de turbulences psychiques. *Psychotropes*, 16(3), 9-16. <https://doi.org/10.3917/psyt.163.0009>

Obradovic, I. (2010). L'influence du genre ? Les usages féminins de cannabis au sein du public des « consultations jeunes consommateurs » *Psychotropes*, 16(2), 85-105. <https://doi.org/10.3917/psyt.162.0085>

Obradovic, I. et Beck, F. (2013). Jeunes femmes sous influence Une féminisation du public reçu pour usage de cannabis dans les dispositifs d'aide ? *Travail, genre et sociétés*, 29(1), 105-127. <https://doi.org/10.3917/tgs.029.0105>

Olinda Alves, E., Pereira Diniz, A. et Moreira, T. (2015). Drogues et précarité sociale : un risque pour la relation mère-bébé. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 92(2), 213-222. <https://doi.org/10.3917/read.092.0213>

Panunzi-Roger, N. et Castel, B. (2001). Les soins de toxicomanie en zone frontalière : situation dans le hainaut et le département du nord. *Psychotropes*, 7(3), 101-125. <https://doi.org/10.3917/psyt.073.0101>

Perrin, S. et Reversé, C. (2022). Drogues des villes et drogues des champs. Les pratiques d'usage et de revente féminines en France. *Déviance et Société*, 46(2), 189-220. <https://doi.org/10.3917/ds.462.0067>

Plumauzille, C. (2014). Joan W. Scott ou l'histoire critique des inégalités. *La Vie des idées*. <https://laviedesidees.fr/Joan-W-Scott-ou-l-histoire-critique-des-inegalites>

Plumauzille, C. et Rossigneur-Méheust, M. (2014). Le stigmate ou « La différence comme catégorie utile d'analyse historique ». *Hypothèses*, 17(1), 215-228. <https://doi.org/10.3917/hyp.131.0215>

Reichert, M., Michèle, W. et Jean-philippe, L. (2010). Prendre en soin une femme enceinte usagère de substances psycho-actives en Alsace : le réseau maternité et addictions. *Psychotropes*, 16(3), 33-46. <https://doi.org/10.3917/psyt.163.0033>

Revillard, A. et De Verdalle, L. (2006). Dynamiques du genre (introduction). *Terrains & travaux*, 10(1), 3-17. <https://doi.org/10.3917/tt.010.0003>

Rozaire, C., Guillou Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Rocher, B. et Vénisse, J.-L. (2009). Qu'est-ce que l'addiction ? *Archives de politique criminelle*, 31(1), 9-23. <https://doi.org/10.3917/apc.031.0009>

Scott, J.-W. (2009). Le genre : une catégorie d'analyse toujours utile ? *Diogène*, 225(1), 5-14. <https://doi.org/10.3917/dio.225.0005>

Simmat-Durand, L. (2002). Grossesse et drogues illicites. *Déviance et Société*, 26, 105-126. <https://doi.org/10.3917/ds.261.0105>

Simmat-Durand, L. (2007a). La mère toxicomane et le placement de l'enfant : des temps inconciliables. *Drogues, santé et société*, 6(2), 11–45. <https://doi.org/10.7202/018039ar>

Simmat-Durand, L. (2007b). La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Déviance et Société*, 31, 305-330. <https://doi.org/10.3917/ds.313.0305>

Simmat-Durand, L. (2008). Les professionnels de la maternité et de l'enfance et le signalement des enfants de mère toxicomane. *Psychotropes*, 14(3), 179-199. <https://doi.org/10.3917/psyt.143.0179>

Simmat-Durand, L. (2009). Devenir mère en situation d'addiction... : quelle trajectoire ? *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 77(3), 65-70. <https://doi.org/10.3917/lett.077.0065>

Simmat-Durand, L., Vellut, N., Jauffret-Rousteide, M., Michel, L., Mougel, S., Lejeune, C. et Planche, M. (2013). Trajectoires de femmes en sortie des addictions : quelle place pour les grossesses ? *Psychotropes*, 19(3), 35-60. <https://doi.org/10.3917/psyt.193.0035>

Simonis, S. (2018). Drogues : vers une prévention et un traitement sensible au genre ? *Prospective Jeunesse*, 84, 8-11. <https://prospective-jeunesse.be/revues/jeunes-genres-et-usages-de-drogues-i/>

Spach, M. (2016). L'influence du groupe de pairs sur la consommation de substances psychoactives licites et illicites à l'adolescence. *Revue Jeunes et Société*, 1(1), 57-82. <https://doi.org/10.7202/1076136ar>

Stengel C. (2013). The risk of being “too honest”: drug use, stigma and pregnancy. *Health, Risk & Society*, 16(1), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2013.868408>

Stocco, P. (2007). Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques. *Psychotropes*, 13(3), 251-265. <https://doi.org/10.3917/psyt.133.0251>

Suissa, J.-A., Accompagnement à l'écriture : Lalart, P. (2020). Alcoolisme et stigmatisation : repères sociohistoriques et importance des liens sociaux. *Écrire le social*, 2(1), 64-71. <https://doi.org/10.3917/esra.002.0065>

Taymans O. (2021). L'étrange logique de la prohibition de certaines drogues. *Drogues, santé, prévention*, 93, 6-9. <https://prospective-jeunesse.be/articles/letrange-logique-de-la-prohibition-de-certaines-drogues/>

Tranchant, C. C., Iancu, P., Dubé, A., Bourdon, L., Clair, L., Doucet, D., Dezetter, A., Robichaud, S., Malchow, J., Joachin, A. et Beaton, A. M. (2019). Expériences de la stigmatisation en lien avec la santé mentale chez des jeunes de trois communautés au Nouveau-Brunswick. *Reflets*, 25(2), 36-64. <https://doi.org/10.7202/1067043ar>

Varescon, I. (2010). Mieux comprendre la toxicomanie : que sait-on des facteurs de vulnérabilité et de protection ? *Bulletin de psychologie*, 510, 441-444. <https://doi.org/10.3917/bopsy.510.0441>

Wagner, V. (2020). Profils et évolutions à six mois des patients d'un centre de soins ambulatoires en addictologie. Comprendre le changement : une histoire de trajectoire(s) et de temps. *Bulletin de psychologie*, 567-568(3), 209-212. <https://doi.org/10.3917/bopsy.567.0209>

Waha, S. (2024). Pair-aidance et triangulation des savoirs. *Rhizome*, 88-89(1), 60-67. <https://doi.org/10.3917/rhiz.088.0060>

De Wilde, J., Soyez, V., Broekaert, E., Rosseel, Y., Kaplan, C., et Larsson, J. (2004). Problem severity profiles of substance abusing women in European Therapeutic Communities: Influence of psychiatric problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(4), 243-251. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.01.006>

Article de magazine

Cugnon, A. (2015). Une si stupéfiante histoire de l'humanité. *Espaces libertés*, 12.

Chapitre d'un livre

Boumaza, M. (2010). Punir la dépendance toxicomaniacale des femmes pauvres ou les punir de leur pauvreté ? Ethnographie dans le quartier femmes d'une maison d'arrêt. Dans P. Bruneteaux et D. Terrolle, *L'arrière-cour de la mondialisation : Ethnographie des paupérisés* (pp. 183-203). Terra-HN. <https://doi.org/10.3917/tehn.brune.2010.01.0183>

Coscas, S. (2016). 12. Femmes et Addictions. Dans M. Reynaud, L. Karila, H. Aubin et A. Benyamina, *Traité d'addictologie* (pp. 116-121). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0116>

Coscas, S. et Karila, L. é(2016). 131. Grossesse et drogues illicites. Dans M. Reynaud, L. Karila, H. Aubin et A. Benyamina, *Traité d'addictologie* (pp. 885-888). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0885>

Karila, L. et Reynaud, M. (2016). 7. Facteurs de risque et de vulnérabilité. Dans M. Reynaud, L. Karila, H. Aubin et A. Benyamina *Traité d'addictologie* (pp. 84-86). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0084>

Morel, A. (2019). Chapitre 1. Histoire. Dans A. Morel et J. Couteron, *Aide-mémoire - Addictologie : en 47 notions* (pp. 1-13). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0001>

Morel, A. (2019). Chapitre 4. Les drogues : définition et classification. Dans A. Morel et J. Couteron, *Aide-mémoire - Addictologie : en 47 notions* (pp. 45-53). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0045>

Nezelof, S. (2017). 26. Addiction et périnatalité. Dans B. Bayle, *Aide-mémoire - Psychiatrie et psychopathologie périnatales : en 51 notions* (pp. 237-245). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bayle.2017.01.0237>

Patriarca, G. (2014). Quelles conditions minimales pour prendre la décision du placement ? Dans D. Attias et L. Khaïat *Le placement des enfants* (p. 127-136). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.attia.2014.02.0127>

Perrot, M. (2011). Histoire des femmes et féminisme. *Journal français de psychiatrie*, 40(1), 6-9. <https://doi.org/10.3917/jfp.040.0006>

Piazza, P.V. et Deroche-Gamonet, V. (2016). 3. Une théorie générale multi-étape de la transition vers la toxicomanie. Dans M. Reynaud, L. Karila, H. Aubin et A. Benyamina *Traité d'addictologie* (pp. 33-55). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0033>

Reynaud, M. (2016). 1. Comprendre les addictions : l'état de l'art. Dans M. Reynaud, L. Karila, H. Aubin et A. Benyamina *Traité d'addictologie* (pp. 1-28). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0001>

Mémoire en ligne

Simmat-Durand, L. (2006). *Signalements et placements des enfants de mère toxicomane* [mémoire de maîtrise, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines]. Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société. <https://shs.hal.science/halshs-00453367/>

Page web

Bachler, E. et Tobelem, B. (2025). *[Comparatif] Les législations sur le cannabis dans l'Union européenne*. Toute l'Europe. Consulté le 18 janvier 2025 sur <https://www.touteurope.eu/societe/les-legislations-sur-le-cannabis-en-europe/>

Campagnes – Prospective Jeunesse. (n.d.). Prospective Jeunesse. <https://prospective-jeunesse.be/a-propos/campagnes/>

Damian, E. (2023). *La consommation de drogues en Belgique. Les principaux résultats de Drug Vibes – L'enquête belge sur les drogues. Rapport annuel, année d'enregistrement 2023* (Dépôt légal n° D/2023.14.440/50). Sciensano.

https://www.sciensano.be/sites/default/files/drug_vibes_report_fr_2023.pdf

EU Drugs Agency. (2021). *Gender and drugs*. EUDA. Consulté le 14 décembre 2024 sur https://www.euda.europa.eu/topics/gender-and-drugs_en

EU Drugs Agency. (2023). *Older people and drugs: Health and social responses*. EUDA. Consulté le 16 février 2025 sur https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/older-people-and-drugs-health-and-social-responses_en

EU Drugs Agency. (2023). *Women and drugs: Health and social responses*. EUDA. Consulté le 14 décembre 2024 sur https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/women-and-drugs-health-and-social-responses_fr#section1

Gisle, L., Demarest, S., et Drieskens, S. (2019). *Consommation de tabac* (Rapport n° D/2019/14.440/66). Sciensano. <https://www.enquetesante.be>

Parmentier, B. (n.d.). *Grossesse et consommation. Brochure à destination des professionnels*. ONE. <https://www.one.be/professionnel/brochuredetailpro/brochure/publicgrossesse-et-consommation/>

Ouvrage

Bereni L., Chauvin, S., Revillard, A. et Jaunait, A. (2012). *Introduction aux études sur le genre*. De Boeck. https://www.researchgate.net/publication/305224043_Introduction_aux_etudes_sur_le_genre

Goffma, E. (1975). *Stigmate*. Minuit. Version papier.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e édition). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01>

Texte de loi

Décret du 18 janvier 2018 relatif au code de la prévention, de l'Aide à la jeunesse et de protection de la Jeunesse, M.B., 03 avril 2018.

Annexes

1. Guide d'entretien

L'objectif de cet entretien est d'échanger sur les différents aspects de votre maternité au regard de votre consommation de drogues. Tout au long de notre discussion, il est important de vous sentir libre de vouloir répondre ou non aux différentes questions. En outre, je vous rappelle que tout cet entretien sera anonymisé afin de vous garantir une confidentialité la plus totale de notre échange.

Triangle de consommation

Comme vous le savez certainement, trois aspects sont à prendre en compte lorsque nous parlons de consommation de drogues : la personne, l'environnement et le produit consommé. Dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi d'ajouter une quatrième composante importante dans votre parcours : votre ou vos enfant(s).

- 1. La personne – Comment vous présentez-vous ?**
- 2. L'environnement – Que pouvez-vous me dire sur votre situation sociale ?**
- 3. Le produit consommé – Pouvez-vous me parler de vos différentes consommations ?**
- 4. Votre ou vos enfant(s) – Pouvez-vous me parler de vos enfants ?**

Cadre institutionnel

Tout comme pour les premières questions, le chapitre sur le cadre institutionnel comporte ses particularités ! De nombreux services existent afin de répondre aux besoins particuliers de la population : des services ambulatoires, des services hospitaliers, des services pédiatriques, ... Tous proposent des prises en charges adaptées à la période adéquate du parcours de grossesse : péri-partum, post-partum, suivi psychologique, prise en charge des assuétudes, ... Nous allons donc prendre le temps de parler de votre expérience de prise en charge durant votre grossesse et votre début de maternité.

- 1. Quels ont été les obstacles ou les motivations qui ont impacté votre choix de prise en charge ?**
- 2. Selon vous, quels ont été les points forts/faibles de la prise en charge durant votre grossesse ?**
- 3. Décrivez-moi la relation triangulaire présente à la maternité (parent-enfant-soignant).**
- 4. Comment décrivez-vous l'évolution de la prise en charge en post-partum ?**

Impact de la consommation

Perçue négativement, source de stigmates ... la consommation de drogues est un sujet tabou dans la société actuelle, qui plus est lorsque vous êtes une femme, une maman ! L'objectif, ici, est de comprendre vos motivations mais aussi tout ce que la drogue peut vous offrir, tant négativement que positivement. Qu'est-ce que cela vous apporte au quotidien et comment faites-vous face aux sentiments que la société vous renvoie ? Sentez-vous libre de vous confier car aucun jugement n'émanera de notre échange !

- 1. Quelle place occupe votre consommation au quotidien ? Comment votre consommation a-t-elle impacté votre rythme de vie ?**
- 2. Selon vous, votre consommation a-t-elle participé à un changement identitaire ? Pouvez-vous développer ?**

- 3. Avez-vous été victime de stigmatisation sociétale et comment s'est-elle manifestée ? Avec quelles conséquences sur vous ?**
- 4. Souhaitez-vous cesser votre consommation ? Si oui, avez-vous déjà mis en place des stratégies d'arrêt de consommation ? Pouvez-vous m'en dire plus ?**
- 5. Comment percevez-vous votre parcours de réinsertion sociale ?**

Piste de réflexion

De nombreuses études mettent en lumière le point de vue des intervenants dans le secteur des soins. Le cœur de cette étude porte sur votre récit, vos observations et votre vécu, c'est à vous de jouer ! Après la pluie vient toujours le beau temps, comment percevez-vous la suite de votre histoire ? C'est donc sur ces dernières quelques petites questions de réflexion que nous allons terminer notre échange :

- 1. Selon vous, quelles seraient les modifications à apporter durant la prise en charge institutionnelle ?**
- 2. Comment percevez-vous les types de soutiens et les obstacles auxquels vous avez dû faire face dans votre parcours institutionnel ?**
- 3. Quels sont les difficultés auxquelles vous pensez devoir encore faire face afin d'améliorer/soutenir la relation que vous avez avec votre enfant ?**
- 4. Pour terminer, pouvez-vous me mentionner une évolution positive dont vous êtes fière ?**

2. Présentation des participantes

| | Nom | Âge | Nombre d'enfants | Produit(s) consommé(s) | Placement / Instance |
|----------|------------|------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1 | Mélissa | 38 ans | 8 | Cocaïne, cannabis | / |
| 2 | Ingrid | 44 ans | 3 | Cocaïne | / |
| 3 | Aurore | 43 ans | 5 | Poly consommatrice (Cocaïne, héroïne, cannabis, ecstasy, champignons, ...) | 4 placements / SPJ + SAJ |
| 4 | Carole | 51 ans | 2 | Héroïne | 1 placement / SAJ |
| 5 | Sabine | 53 ans | 2 (Jumeaux) | Héroïne, cocaïne, shit (cannabis) | Pas de placement / SAJ |
| 6 | Noémie | 38 ans | 2 | Poly consommatrice (Cocaïne, cannabis, kétamine, ...) | / |
| 7 | Lisa | 23 ans | 2 | Cannabis | 1 placement / SPJ |

| | Fumé(e) | Snifé(e) | Ingéré(e) |
|----------------------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| Cannabis | 5 sur 7 | / | / |
| Cocaïne | 3 sur 7 | 3 sur 7 | / |
| Héroïne | 3 sur 7 | / | / |
| Autres (kétamine, ecstasy, ...) | 1 sur 7 | / | 2 sur 7 |

3. Tableaux de thématisation

| Axe 1 – Parcours de vie et trajectoires de consommation | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <i>Facteurs d'entrée et de maintien dans la consommation</i> | | <i>Types et effets du produit consommé</i> | <i>Banalisation du cannabis</i> | | <i>Facteurs de motivation et obstacles à l'arrêt de la consommation</i> |
| <i>Entrée dans la consommation</i> | | <i>Type de consommation</i> | | | |
| Avant 18 ans | • • • • • | Parcours unique | • • • • • | Au sein du discours | • • • • |
| Après 18 ans | • • | Adaptation de la consommation pendant la grossesse | • • • • • | Dans le comportement | • • |
| <i>Contexte de consommation</i> | | | | | |
| Récréatif | • • • • • | Polyconsommation pendant la grossesse | • | | |
| Social | • • • | | | | |
| <i>Facteurs précipitants</i> | | <i>Effet du produit</i> | | | |
| Traumatisme | • • • | Évasion | • • • • | | |
| Problématique de santé | • • • | Fuite de situation | • • • • | | |
| <i>Influence des pairs</i> | | Capacité de régulation | • • | | |
| Au quotidien – Amis | • • • • • | | | | |
| Au quotidien – Partenaire | • • • • • | | | | |
| Pendant la grossesse – Amis | • • • • • | <i>Traitemen</i> t | | | |
| Pendant la grossesse – Partenaire | • • • • • | Méthadone | • • • | | |
| <i>Conséquences directes du produit</i> | | | | | |
| Dépendance | • • • • • • | | | | |
| <i>Diminution de la consommation ≠ arrêt</i> | | | | | |
| Conseils médicaux | • • • • | | | | |

Légende :

1. *Gras + italique* = thème principal
2. *Italique* = sous-thème
3. • = nombre de participante ayant répondu positivement à la question

| Axe 2 – Stigmatisation et représentation sociale des mères usagères de drogues | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------|
| <i>Représentations de la consommation de drogues</i> | | <i>Manifestations sociales du jugement</i> | | <i>Stratégies d'adaptation des mamans</i> |
| Identification des rôles de genre | • | <i>Forme de stigmatisation</i> | | Dissimulation de la consommation • • • |
| Dégoût pour la consommation | • • • | Dans le regard | • • • | Adaptation au contexte de prise en charge • • • |
| Représentations négatives des substances et de leur mode de consommation | • • • • | Par échange verbal | • • • | |
| | | Sentiment de mise à distance | • | |
| | | <i>Conséquences de la stigmatisation</i> | | |
| | | Remise en question du statut parental | • | |
| | | Sentiments négatifs (honte, culpabilité, ...) | • • • | |
| | | <i>Vécu personnel positif</i> | | |
| | | Aucun ressenti de stigmatisation | • • | |

| Axe 3 – Les facteurs influençant la prise en charge | | | | | |
|-----------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------|------|
| <i>Motivations</i> | | <i>Obstacles</i> | | <i>Pistes d'amélioration de la prise en charge</i> | |
| Relation de confiance avec le corps médical | ••• | Crainte du placement | ••••• | Absence de jugement | ••• |
| Crainte des conséquences sur l'enfant | •• | Crainte du jugement et jugement effectif | •••• | Amélioration de la prévention | •••• |
| Culpabilité de la mise en danger de l'enfant | • | Procédure conséquente de la prise en charge des grossesses à risque | • | Augmentation du soutien et de la confiance | ••• |
| Protection de l'enfant | • | | | Réduction des listes d'attente | • |
| | | | | Objectivation des outils de prise en charge | • |
| | | | | « Pair-aidance » | • |
| | | | | Séparation des profils de consommateurs | • |

| Axe 4 – Les conséquences sur l'enfant | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------|----|
| <i>Impact de la consommation sur les enfants au quotidien</i> | | <i>Besoins spécifiques et conséquences de la consommation sur le développement de l'enfant</i> | | <i>Intervention de l'aide à la jeunesse et cas de placement</i> | |
| <i>Contexte social</i> | | <i>Durant la grossesse et en post-partum</i> | | <i>Placement de l'enfant</i> | |
| Stigmatisation sociale | •• | Déni de grossesse | •• | SAJ | • |
| À domicile | | Fausse couche | ••• | SPJ | •• |
| Priorisation des besoins des enfants | •••••• | Prématurité de l'enfant | •••••••• | <i>Motif du placement</i> | |
| Échange sans tabou | •••• | SSNN | ••• | Consommation | • |
| Reconnaissance des symptômes de consommation de leur maman | ••• | <i>Au cours du développement de l'enfant</i> | | Multiples facteurs de risques | •• |
| | | Conséquences psychologiques | •• | | |