Trajectoires des mères en situation de toxico-dépendance

Vécu quotidien, difficultés et stigmatisations

Travail de bachelor, Haute École de Travail Social de Genève

2025-2026



Amalia Galan Cedeira & Samantha Mehling

Orientation éducation sociale PT23

Sous la direction de Laurence Bachman

Genève, le 21.01.2026

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leurs auteur.e.s

RÉSUMÉ

La maternité est souvent perçue comme un symbole d'accomplissement et de bonheur, tandis que la toxicomanie, elle, reste associée à l'échec, à la marginalité et à l'immoralité. Face à ces deux représentations opposées, il peut sembler difficile d'imaginer qu'une femme puisse être à la fois mère et dépendante, mais pourtant, cette réalité existe.

Cette recherche vise à examiner la vie de ces femmes et à comprendre comment ces dernières composent avec ces deux identités, souvent considérées comme incompatibles. Pour cela, nous avons exploré leur expérience, les jugements et la stigmatisation auxquels elles font face, ainsi que l'impact de leur dépendance sur leur relation avec leurs enfants.

L'étude met également en lumière le soutien institutionnel dont elles bénéficient ou non, ainsi que les défis ou obstacles qu'elles peuvent rencontrer dans leurs démarches. À travers ce travail, nous avons cherché à dépasser les stéréotypes et à donner une voix à ces mères, trop souvent reléguées derrière celles des enfants ou des professionnel.les.

Trois mères ont accepté de partager avec nous des morceaux de leur histoire, dans un espace que nous avons voulu bienveillant et sans jugement. Nous avons également recueilli le témoignage d'une professionnelle de la santé et du social, pour croiser les regards et mieux comprendre les enjeux de l'accompagnement. Ces rencontres nous ont permis d'entrevoir la complexité de leur quotidien, d'apprécier la force dont elles font preuve malgré les difficultés et de réfléchir à la façon dont les institutions pourraient mieux répondre à leurs besoins tout en reconnaissant leur rôle et leur place en tant que mères.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons exprimer notre sincère reconnaissance à l'ensemble des personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce Travail de Bachelor, ainsi qu'à la richesse de cette année de recherche.

Nous adressons tout d'abord nos plus vifs remerciements à Madame Laurence Bachman, directrice de ce Travail de Bachelor, pour son accompagnement tout au long de ce projet. Sa disponibilité, son écoute attentive et bienveillante, ses encouragements et la qualité de ses retours ont constitué un soutien précieux. Sans son engagement et le temps qu'elle nous a accordé, ce travail n'aurait pu aboutir dans les mêmes conditions.

Nous remercions également chaleureusement les mères qui ont accepté de nous rencontrer et de partager des fragments de leur histoire. Leur disponibilité, leur confiance et leur grande générosité nous ont permis d'entrer dans leur intimité avec respect et humilité. Leur parole a constitué le cœur de ce travail et en a profondément nourri le sens.

Nous tenons également à remercier les personnes qui ont pris le temps de relire ce travail et de nous aider à corriger l'orthographe et la syntaxe. Leur regard attentif a permis d'apporter une qualité supplémentaire à ce document.

Enfin, nous remercions les membres du juré.e.s pour le temps consacré à l'évaluation de ce travail et pour leur contribution à l'aboutissement de ce parcours académique.

Nous n'oublions pas nos familles et notre entourage, qui nous ont soutenues, encouragées et motivées tout au long de cette année exigeante. Leur présence et leur confiance ont été essentielles. Merci.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé....2
Remerciements....3
Introduction....5
1.1. Thématique de la recherche et enjeux....5
1.1.1. Motivations personnelles....6
1.1.2. Liens avec le travail social....7
1.2. Objectifs et questions de recherche/ hypothèses....8
1.3. Problématique....9
1.4. Cadre théorique et concept littéraires....10
1.4.1. La toxicomanie comme maladie....10
1.4.2. Représentations sociales et stigmatisation....11
1.4.3. Parentalité, attachement et lien mère-enfant....13
1.4.4. La maternité idéalisée et son évolution dans la société....14
1.4.5. Accompagnement institutionnel et rôle des professionnels....15
1.4.6 Importance du *care* dans le contexte de la maternité et de la toxicomanie....17
1.4.7 La politique suisse en matière de drogue....18
1.5. Méthodologie....20
1.5.1. Approche méthodologique choisie....20
1.5.2. Mise en place du terrain et description des institutions....21
1.5.3. Sélection de la population et présentation des participantes....23
1.5.4. Outils de collecte des données....24
1.5.5. Considérations éthiques....25
Analyse....27
2.1. Entrée progressive dans la dépendance....27
2.2. Vécu de la maternité en contexte d'addiction....28
2.2.1. Expériences de grossesse et naissance....31
2.2.2. Gestion du quotidien et ressources mobilisées....32
2.3. Stigmatisation et regard social....35
2.3.1. Impact sur l'identité maternelle et relation à l'enfant....38
2.4. Place de l'entourage et des institutions....39
2.5. Pratiques et perceptions des professionnels face aux mères toxicomanes....42
2.5.1. Limites et leviers dans l'accompagnement....44
Conclusion....46
3.1. Synthèse des résultats....46
3.2. Apports pour le travail social et posture professionnelle....47
3.3. Limites de la recherche....48
3.4. Ouverture et perspectives de recherche....48
3.5. Réflexions personnelles....49
Bibliographie....51
Annexes.... 54
Annexe 1 : Pictogrammes et stigmatisation des femmes….....54
Annexe 2 : Grille d'entretien....55

1. INTRODUCTION

1.1 Thématique de recherche et enjeux

Cette recherche s'intéresse à la réalité intime, et souvent méconnue, de femmes qui vivent à la fois l'expérience de la maternité, et celle de la dépendance. Elle explore comment elles parviennent à naviguer entre ces deux identités, que la société considère souvent comme inconciliables. Elle met en lumière la force avec laquelle elles affrontent les jugements, les stéréotypes, et la stigmatisation. Au-delà des représentations, l'étude cherche à comprendre l'impact de ces regards, sur leur lien avec leurs enfants, mais aussi sur leur propre sentiment de légitimité, en tant que mères. Dans cette perspective, la parole des mères est placée au cœur de l'analyse, sans pour autant invisibiliser celle des enfants. Si ce choix peut susciter l'idée d'un parti pris ou d'un manque d'objectivité, il vise avant tout à rendre audible une parole encore trop peu entendue.

Elle s'intéresse également au rôle des institutions : le type de soutien proposé, la manière dont elles le vivent, et les obstacles qui persistent dans leurs démarches. Ce travail vise, enfin, à ouvrir un espace de réflexion, et d'écoute, où la parole de ces mères est pleinement reconnue, et entendue.

1.1.1 Motivations

Motivations professionnelles

Notre motivation première à réaliser ce travail repose sur l'envie profonde de donner la parole à des femmes dont les voix sont trop souvent réduites au silence, ou recouvertes par des jugements hâtifs. En tant qu'étudiantes en travail social, nous avons été confrontées, au fil de notre formation et de nos expériences de terrain, à la complexité des situations de vulnérabilité, mais aussi aux étiquettes que la société colle sur certaines populations. Parmi celles-ci, les mères toxicomanes représentent, à nos yeux, un groupe particulièrement stigmatisé et incompris, placé au croisement de deux figures socialement opposées : celle de la mère, perçue comme protectrice, dévouée et irréprochable, et celle de la personne dépendante, souvent considérée comme irresponsable, marginale et indigne.

C'est précisément cette tension entre maternité et toxicomanie qui a éveillé notre curiosité et nourri notre intérêt. Nous souhaitons interroger la manière dont ces femmes vivent ce double statut, comment elles se perçoivent en tant que mères, comment elles composent avec les attentes sociétales, parfois irréalistes, qui pèsent sur elles, et surtout, comment elles parviennent à maintenir ou à reconstruire un lien avec leurs enfants, malgré les

difficultés. Nous sommes animées par le désir de dépasser les clichés, d'offrir un regard plus humain et nuancé sur leur réalité, et d'aller au-delà des images négatives trop souvent véhiculées dans l'espace public.

Ce travail est également motivé par une réflexion sur notre futur rôle de professionnelles. En tant que travailleuses sociales, nous serons probablement amenées à accompagner des mères en situation de dépendance. Nous voulons donc comprendre quelles représentations nous portons sur elles, comment ces représentations peuvent influencer notre posture, et comment développer un accompagnement plus juste, plus respectueux et plus efficace. Ce projet est pour nous une occasion précieuse d'affiner notre regard, de renforcer notre posture éthique, et de réfléchir dès aujourd'hui à notre pratique future.

Enfin, ce sujet nous interpelle personnellement, car il questionne la manière dont la société valorise certaines formes de parentalité tout en en dénigrant d'autres. Il met en lumière les inégalités et les injonctions pesant sur les femmes, et plus largement sur toutes les personnes en situation de vulnérabilité. À travers ce travail, nous espérons contribuer modestement mais sincèrement à déconstruire certains préjugés, à sensibiliser notre entourage professionnel et à mieux comprendre les parcours singuliers de ces femmes.

Motivations personnelles

- *Amalia :*

Mon intérêt pour ce sujet prend racine dans mon histoire personnelle. Ayant un membre de ma famille concerné par la toxicomanie, j'ai été confrontée, dès mon plus jeune âge, à la complexité de la dépendance et à ses répercussions sur le cercle familial. Cette expérience m'a permis de développer une sensibilité particulière face aux réalités souvent invisibles, silencieuses ou mal comprises de ces parcours de vie.

En me formant au travail social, et au fil de mes rencontres sur le terrain, j'ai constaté à quel point les femmes toxicodépendantes, et plus particulièrement les mères, sont peu visibles, fortement stigmatisées, et souvent reléguées aux marges des dispositifs d'accompagnement. Elles doivent constamment se battre pour trouver leur place dans une société qui valorise une maternité idéalisée, tout en les marginalisant pour leur dépendance.

Ce travail de recherche est, pour moi, une occasion de comprendre comment ces femmes se reconstruisent. Elles retrouvent peu à peu leur identité maternelle, mobilisent leurs forces malgré les obstacles, et reprennent leur place dans une société qui les a souvent oubliées.

- *Samantha :*

J'ai décidé d'explorer ce thème en raison de son impact personnel dans ma vie. J'ai en effet traversé des périodes difficiles au sein de ma famille en raison de la toxicomanie, ce qui a profondément marqué mon enfance. À travers cette expérience, j'ai souvent ressenti de la colère, de l'incompréhension et du jugement envers cette population, sans vraiment saisir leur réalité.

Mon arrivée à l'HETS m'a entre autres permis de suivre des cours qui ont petit à petit transformé ma perspective. J'ai compris que la toxicomanie est une maladie et non simplement un choix. Cette prise de conscience m'a fait réaliser qu'il me serait impossible d'être un bon travailleur social si je conservais ces préjugés. Il était essentiel pour moi de remettre en question mes idées préconçues et de mieux appréhender la réalité des personnes concernées. C'est pourquoi j'ai choisi de me consacrer à ce sujet pour mon travail de bachelor.

En étudiant ce thème, je souhaite non seulement approfondir ma compréhension de leur parcours, mais également dépasser mes propres jugements. Mon ambition est de devenir un travailleur social plus empathique, capable de confronter ses a priori.

1.1.2. Liens avec le Travail Social

Le sujet que nous avons choisi soulève d'importants enjeux sociaux, notamment autour de l'accompagnement de mères en situation de dépendance. Notre démarche vise à mieux comprendre leur quotidien et leurs défis, mais aussi, en tant que futur·e·s travailleur·se·s sociaux·ales, à affiner notre regard sur un milieu trop souvent marginalisé et mal compris.

Dans ce contexte, le rôle des travailleurs sociaux est central. Il ne s'agit pas seulement d'apporter une aide ponctuelle, mais bien d'accompagner les personnes dans toutes les dimensions de leur vie : les soutenir pour renforcer leur autonomie, restaurer leur confiance en elles, créer un lien de confiance durable et faciliter leur accès aux droits et aux ressources. Cependant, nous avons constaté que, même au sein du travail social et des soins de santé, certaines perceptions peuvent être influencées par des stéréotypes ou des idées reçues. Ces biais, parfois inconscients, peuvent limiter l'efficacité de l'accompagnement et rendre plus difficile la construction d'une relation authentique. C'est pourquoi notre recherche ne se limite pas à décrire une réalité sociale. Elle s'inscrit aussi dans une réflexion plus large sur les pratiques professionnelles. Comprendre les défis vécus par ces personnes et les représentations qui leur sont associées permet d'adapter nos

interventions, de renforcer leur pertinence et de promouvoir un accompagnement plus juste, inclusif et respectueux de la dignité de chacun·e.

1.2 Objectifs et questions de recherche/hypothèses

L'objectif principal de cette recherche est de comprendre les trajectoires des mères toxicomanes, en mettant en lumière leur quotidien et les défis spécifiques qu'elles rencontrent. Nous souhaitons explorer comment ces femmes jonglent avec leur rôle de mère malgré leur dépendance, tout en analysant les représentations sociales et les stéréotypes qui leur sont associés, ainsi que l'impact de ces perceptions sur leur vie familiale et leurs relations avec leur(s) enfant(s). Nous cherchons également à évaluer dans quelle mesure l'accompagnement social et institutionnel répond aux réalités vécues par ces mères, tout en identifiant les obstacles qui compliquent leurs démarches.

Ainsi notre question de recherche se formule comme suit : *Comment les mères toxicomanes vivent-elles leur maternité dans un contexte de dépendance, et quelles difficultés et stigmatisations rencontrent-elles au quotidien ?* Par ailleurs, nos hypothèses concernant la maternité vécue dans un contexte de dépendance sont les suivantes :

1. Une incompatibilité souvent perçue entre maternité et dépendance
   Nous supposons que, dans l'imaginaire social, le rôle de mère et la dépendance sont perçus comme deux réalités difficilement conciliables. Cela entraîne des jugements négatifs et des stéréotypes qui fragilisent la reconnaissance de ces femmes dans leur rôle parental.
2. Des conséquences institutionnelles fortes
   Ces perceptions influencent souvent les décisions prises par les services sociaux, favorisant par exemple le placement des enfants en foyer ou en famille d'accueil, dans l'idée qu'ils y trouveront un environnement plus stable et sécurisé.
3. Une stigmatisation persistante
   Nous faisons l'hypothèse que cette stigmatisation reste présente même lorsque ces mères s'engagent dans un processus de rétablissement. Elles continuent à être vues avant tout comme « toxicomanes » plutôt que comme « mères », ce qui freine leur pleine reconnaissance sociale et parentale.
4. Une vision sociale qui réduit la dépendance à un choix personnel
   Bien que la dépendance soit reconnue médicalement comme une maladie chronique, elle demeure largement perçue, dans l'opinion publique, comme le résultat d'un choix ou d'un manque de volonté. Cette croyance alimente les préjugés et renforce la marginalisation de ces mères.

1.3 Problématique

La maternité, souvent idéalisée dans notre société, se heurte à la réalité de la toxicomanie perçue comme un échec et une déviance, créant une stigmatisation inévitable. Selon Addiction suisse, environ une mère sur 30 avec des enfants mineurs consomme de l'alcool ou des substances de manière problématique.[1] (Canevascini et Kleinhage, 2023).

Cette situation touche près de 100 000 enfants vivant avec un parent souffrant d'addiction. L'impact se trouve particulièrement prononcé lorsque la mère est concernée. L'addiction représente non seulement un risque pour la santé de ces mères, mais elle est également corrélée à des traumatismes préalables, tels que des abus sexuels ou des violences vécues durant l'enfance. (Facy. F, 2004). Des études révèlent que ces mères, souvent stigmatisées, sont perçues comme de "mauvaises mères", ce qui influe négativement sur leur estime de soi et leur capacité à solliciter de l'aide. En effet, selon Françoise Facy, une épidémiologiste spécialiste des conduites addictives aux drogues, l'expérience de l'addiction est souvent marquée par un sentiment d'isolement et un manque de soutien adéquat, exacerbé par la peur de perdre la garde de leurs enfants. : " À ces facteurs intrinsèques s'ajoute également le faible niveau de soutien que ces mères peuvent trouver auprès des professionnels. Elles consultent en effet moins souvent et plus tard du fait de la stigmatisation de leurs conduites d'intoxication pendant leur grossesse et de leurs propres sentiments de culpabilité et de honte [...]" (Cassen et al., 2002, *Maternités et toxicomanies*). Dans ce contexte, notre recherche s'appuie entre autres sur la théorie de la stigmatisation d'Erving Goffman (1963), qui explique comment des caractéristiques comme la dépendance peuvent mener à un étiquetage négatif. La stigmatisation est définie comme étant : "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." [2]. Ce phénomène conduit à l'exclusion de la personne, ce qui peut entraîner une auto-stigmatisation, où la personne intériorise ces préjugés négatifs, affectant sa vision d'elle-même. Dans notre cas, les femmes toxicomanes sont souvent définies par leur dépendance, ce qui cristallise leur vision d'elles-mêmes et leurs capacités maternelles, compliquant ainsi l'accès au soin et l'opportunité de guérir de leur addiction. Cependant, comme le souligne Addiction suisse il est essentiel de reconnaître que la maternité peut également être une opportunité de rétablissement : " [..] de nombreuses mères puisent dans leur rôle de mère et leur responsabilité parentale la force de chercher de l'aide et être soignées pour leur addiction.

---

[1] Mères en situation d'addiction: une nouvelle étude relève l'importance d'un meilleur soutien pour aider les enfants

[2] https://www.codes06.org/stigmatisation-1/definition-de-la-stigmatisation-et-de-la-discrimination

1.4 CADRE THÉORIQUE ET CONCEPT LITTÉRAIRES

1.4.1 La toxicomanie comme maladie

“La seule évocation du problème de “la drogue” ou de “la toxicomanie” peut provoquer des réactions immédiates : parfois violentes, mais surtout multiples et enchevêtrées : comme si les arguments chimiques, neurobiologiques, médicaux, psychologiques, éthique, sociologique, culturels, juridiques, économiques (la liste est loin d'être exhaustive) réclamaient dans l'urgence d'être entendus [...]” Comme l’évoquent Sandro Cattacin, Barbara Lucas et Sandra Vetter (1995) dans *Modèles de politique en matière de drogue*, la complexité du phénomène de la toxicomanie exige une approche pluridimensionnelle.

La toxicomanie est souvent mal comprise, associée à une faiblesse de caractère ou à une incapacité de faire des choix responsables. Pourtant, il est aujourd’hui reconnu qu’il s’agit d’une maladie complexe, qui affecte à la fois le cerveau, le comportement et l’ensemble de la vie sociale de la personne concernée. Selon l’Organisation mondiale de la santé (L’OMS), elle se définit comme un état résultant d’une absorption répétée de drogues, caractérisée par une perte de contrôle et des comportements compulsifs. L’OMS ajoute que la dépendance se manifeste par un désir irrépressible et une tendance à augmenter les doses, tandis que les drogues sont définies comme des substances modifiant une ou plusieurs fonctions de l’organisme. Ces définitions inscrivent clairement l’addiction dans le champ médical et soulignent que ses effets dépassent le simple plaisir recherché, car ils perturbent profondément les circuits cérébraux liés à la motivation, à la récompense et à la prise de décision.

Cette reconnaissance est confirmée par les classifications médicales internationales : le DSM-5 (manuel américain de psychiatrie) et la CIM-11 (classification internationale de l’OMS) reconnaissent officiellement l’addiction comme un trouble médical.[3] Ces deux classifications font autorité dans le domaine de la santé et parlent de “troubles liés à l’usage de substances ou de comportements”, définis par des critères diagnostiques précis. On ne parle donc plus de faiblesse de caractère ou de manque de volonté, mais d’une pathologie classée au même titre que d’autres maladies psychiatriques et médicales. Le DSM-5 introduit également une approche dimensionnelle, ce qui signifie que la gravité du trouble est évaluée en fonction du nombre de symptômes présents. Cela permet d’adapter les soins selon chaque situation : depuis une simple réduction de la consommation jusqu’à l’abstinence complète. (Groupement romand d’études des Addictions, 2024).

[3] https://grea.ch/dossier/addiction/

Les recherches en neurosciences ont contribué à consolider cette approche médicale. Elles ont montré que l'addiction peut être comprise comme une maladie du cerveau, en s'appuyant notamment sur le rôle central de la dopamine, souvent appelée « molécule du plaisir ». Selon le neurobiologiste Jean-Pol Tassin, l'émergence de troubles liés à l'usage de substances psychoactives s'explique par un déséquilibre entre deux systèmes cérébraux. (Tassin, J. 2012). Ces travaux ont permis de s'éloigner d'une vision moraliste qui associait la toxicomanie à un manque de volonté, pour l'ancrer dans le champ des sciences médicales.

1.4.2 Représentations sociales et stigmatisation

Les représentations sociales façonnent directement la manière dont les mères en situation de dépendance sont perçues. Elles ne se réduisent pas à des idées générales. Elles influencent les regards, les jugements et même la manière dont les institutions réagissent face à ces femmes. Elles jouent aussi un rôle important dans la construction de leur propre image d'elles-mêmes, en renforçant ou en fragilisant leur sentiment de légitimité en tant que mères.

La société attend des mères qu'elles soient présentes, disponibles et centrées sur leur(s) enfant(s). Lorsqu'une femme vit une dépendance, elle s'éloigne fortement de ce modèle valorisé et devient rapidement la cible de critiques. Elle n'est plus vue comme une mère «ordinaire», mais comme une figure parentale défaillante. Ce décalage ouvre la porte à la stigmatisation.

Goffman (1963)[4] explique que la stigmatisation survient quand une personne est réduite à une caractéristique jugée négative, qui finit par effacer le reste de son identité. Pour les mères dépendantes, c'est la consommation qui prend toute la place. Elle devient l'étiquette principale qui recouvre leurs autres dimensions : leurs efforts, leur amour pour leurs enfants, leur volonté de se reconstruire. Cette logique de réduction identitaire se retrouve également dans certains dispositifs de prévention visuelle, tels que des pictogrammes ciblant la consommation pendant la grossesse, qui peuvent renforcer une vision culpabilisante et stigmatisante des femmes concernées (cf. annexe 1).

Cette stigmatisation est d'autant plus lourde qu'elle est double. Ces femmes sont vues à la fois comme de « mauvaises consommatrices » et comme de « mauvaises mères ». Elles subissent donc un double rejet, qui pèse autant sur leur statut social que sur leur estime personnelle. Beaucoup finissent par intérioriser ces jugements et par se définir elles-mêmes de manière négative.

[4] https://www.codes06.org/stigmatisation-1/definition-de-la-stigmatisation-et-de-la-discrimination

Ces représentations sociales ne restent pas sans effet sur leurs démarches. Par peur d'être jugées ou de perdre la garde de leurs enfants, certaines femmes évitent les services médicaux et sociaux. Ce choix, souvent guidé par la peur, les prive du soutien dont elles auraient pourtant besoin.

Pourtant, comme le rappelle Cyrulnik (2001) dans son ouvrage, le lien avec l'enfant peut constituer une force et devenir un moteur de résilience. Pour que ce potentiel se développe, il est essentiel que ces mères soient reconnues dans leur rôle, malgré les difficultés liées à leur dépendance. Se focaliser seulement sur la stigmatisation enferme ces femmes, ces mamans dans une vision étroite, loin de la réalité de leur parcours souvent éprouvants.

1.4.2.1 Impact sur le vécu des mères

L'idéalisation de la maternité n'est pas sans conséquences sur le vécu des femmes. Être confrontée à un modèle exigeant, parfois inaccessible, peut générer un sentiment de culpabilité, d'insuffisance ou d'échec. Beaucoup de mères se comparent à cette image de la « mère parfaite » et peinent à reconnaître la valeur de leurs efforts quotidiens. Comme le rappelle Badinter (1980), l'amour maternel n'est pas un instinct inné et universel mais une construction culturelle. Pourtant, la société continue de présenter la maternité comme une évidence, voire une obligation morale, ce qui laisse peu de place aux expériences maternelles qui s'en éloignent.

Cet écart entre les attentes sociales et la réalité vécue peut créer un fort sentiment d'isolement. Les femmes qui ne se reconnaissent pas dans l'idéal maternel ont parfois le sentiment d'échouer non seulement comme mères mais aussi comme femmes. Cette pression normative peut accentuer le risque de dépression post-partum, de découragement ou encore de repli sur soi (Guedeney & Guedeney, 2006).

Pour les mères en situation de dépendance, ces effets sont encore plus marqués. Leur quotidien, souvent rythmé par la consommation, la précarité, ou des traumatismes passés, les éloigne de l'image valorisée de la maternité. Elles doivent faire face à un double regard social : celui qui juge leur consommation comme une faiblesse morale, et celui qui les déclare incompétentes à être de « bonnes mères ».

Cette double disqualification affecte profondément leur identité maternelle et leur estime d'elles-mêmes. Certaines intériorisent ce jugement et se définissent elles-mêmes comme de « mauvaises mères », ce qui peut accentuer leur sentiment d'impuissance.

Ces représentations sociales ont aussi des répercussions pratiques. La peur du jugement institutionnel, du retrait de garde ou du placement de l'enfant amène certaines mères toxicomanes à éviter les services sociaux et médicaux. Ainsi, au lieu de recevoir un soutien qui pourrait les aider à améliorer leur situation, elles se retrouvent isolées et encore plus vulnérables. Comme le souligne Cyrulnik (2001), le lien avec l'enfant pourrait pourtant devenir un puissant levier de résilience. Mais pour cela, il faut que ces femmes soient reconnues dans leur rôle de mères et qu'elles puissent s'appuyer sur un accompagnement non stigmatisant.

1.4.3 Parentalité, attachement et lien mère enfant

La parentalité ne se limite pas à l'acte biologique de donner la vie. Elle englobe l'ensemble des fonctions et responsabilités nécessaires au développement de l'enfant : le protéger, l'éduquer, répondre à ses besoins matériels et affectifs, mais aussi lui offrir une présence et une continuité relationnelle. Comme l'explique Houzel (1999), elle se déploie dans plusieurs dimensions qu'elles soient biologique, juridique, éducative et affective qui combinées, permettent à l'enfant de s'inscrire dans un cadre stable et sécurisant. La parentalité est donc autant une question de pratiques quotidiennes que de lien symbolique et affectif.

Un des concepts fondamentaux pour comprendre cette relation est celui de l'attachement. Bowlby (1978) a montré que le bébé naît avec un besoin profond de proximité avec une figure protectrice. Ce lien précoce constitue la base sur laquelle il va construire sa confiance en lui et ses relations futures. Ainsworth a précisé que la qualité de l'attachement dépend de la sensibilité parentale, c'est-à-dire la capacité du parent à décoder les signaux de son enfant et à y répondre de manière ajustée. Quand cette disponibilité est cohérente et rassurante, l'enfant développe un attachement sécure, qui l'encourage à explorer le monde tout en sachant qu'il peut se tourner vers une base fiable en cas de besoin.

Winnicott (1969) insiste sur le fait qu'il n'est pas nécessaire d'être une mère parfaite, mais une « mère suffisamment bonne ». Cela signifie qu'il est normal de rater parfois les signaux de l'enfant ou de ne pas toujours être disponible. Ce qui compte, c'est la capacité à reconnaître ces moments de désajustement et à les réparer. Cette vision, qui valorise la continuité plus que la perfection, permet de replacer la parentalité dans une dynamique humaine, faite d'essais, d'erreurs et de réajustements.

Dans le cas des mères en situation de dépendance, ces processus peuvent être fortement fragilisés. La consommation de substances, les effets du manque, la précarité sociale ou les traumatismes antérieurs rendent souvent la disponibilité émotionnelle et la régulation affective plus difficiles. Certaines mères décrivent un quotidien marqué par l'épuisement,

l'instabilité, ou la peur permanente d'être jugées. Ces réalités peuvent perturber la constance des réponses données à l'enfant et accroître le risque d'attachements insécures ou désorganisés (Guedeney, 2006).

Mais réduire ces mères à leurs difficultés reviendrait à les enfermer dans une identité défaillante. De nombreux témoignages et recherches montrent au contraire qu'elles éprouvent un désir profond d'assumer leur rôle maternel et que le lien avec leur enfant peut devenir une ressource essentielle. Pour certaines, la maternité agit comme un moteur de rétablissement. L'enfant devient donc un repère, une raison de chercher de l'aide et de s'engager dans un chemin de soin.

Les représentations sociales, cependant, viennent alourdir ce vécu. Dans une société où la maternité est idéalisée, la mère toxicomane est souvent vue comme l'exact opposé de la « bonne mère » : irresponsable, négligente, dangereuse. Ce double stigmate lié à la dépendance et à la parentalité, fragilise encore plus l'identité maternelle de ces femmes. La peur du jugement, ou pire, du placement de leur enfant, peut les amener à se couper des services sociaux ou médicaux, alors même qu'elles auraient besoin de soutien. Ainsi, ce n'est pas seulement leur consommation qui affecte le lien avec leur enfant, mais aussi la manière dont elles sont perçues et traitées par leur entourage et les institutions.

Pourtant, comme le rappelle Guedeney (2006), l'attachement n'est jamais figé. Même lorsqu'il a été mis à mal, il peut se reconstruire grâce à des expériences relationnelles nouvelles. Pour les mères toxicomanes, cela signifie que le lien avec leur enfant peut être renforcé, soutenu et réparé, à condition qu'elles trouvent un accompagnement bienveillant et non jugeant. Les professionnel·le·s du travail social ont ici un rôle crucial : reconnaître les ressources déjà présentes, valoriser les petites réussites, et offrir des espaces où ces mères peuvent être vues non pas comme des « mauvaises mères », mais comme des mères traversant des difficultés spécifiques.

1.4.4 La maternité idéalisée et son évolution dans la société

La maternité a longtemps été construite comme un idéal social, culturel et moral. Dans l'imaginaire collectif, la « bonne mère » est perçue comme dévouée, protectrice, et entièrement tournée vers le bien-être de son enfant (Badinter, 1980). Cette représentation, héritée notamment du XIXe siècle avec l'essor de la bourgeoisie et des discours médicaux, a contribué à assigner aux femmes une responsabilité presque exclusive dans l'éducation et la santé des enfants. La maternité y est valorisée comme sacrificielle et irréprochable (Knibiehler, 2007). La mère devient alors garante de l'avenir, non seulement de sa famille mais aussi de la société tout entière.

Même si les mouvements féministes du 20e siècle ont remis en question cette vision essentialiste de la maternité (Delphy, 2001), l'image de la mère idéale reste profondément ancrée dans les représentations sociales. Aujourd'hui encore, les attentes demeurent très fortes : être disponible affectivement, investi dans le quotidien de l'enfant, tout en réussissant à concilier vie familiale et vie professionnelle. Cet idéal, souvent inatteignable, alourdit la pression qui pèse sur les femmes.

C'est dans ce contexte que se dessine le contraste avec la figure de la mère toxicomane. Dans l'imaginaire social, elle représente l'opposé de la « bonne mère » : irresponsable, défaillante, parfois même perçue comme dangereuse pour son enfant. La dépendance est souvent envisagée non pas comme une maladie, mais comme une faiblesse morale. Elle délégitime le rôle maternel et alimente des jugements très stigmatisants. Là où la maternité incarne l'accomplissement et la vertu, la toxicomanie est associée à l'échec, à la marginalité et à l'indignité parentale.

Cette opposition radicale peut être analysée à travers la théorie de la stigmatisation de Goffman (1963). Selon lui, certains attributs considérés comme déviants conduisent à une perte de statut social. Les mères toxicomanes subissent donc une double stigmatisation : celle liée à leur dépendance, et celle liée à leur incapacité supposée à correspondre au modèle maternel attendu. Cette double étiquette affecte non seulement leur identité sociale, mais aussi leur estime d'elles-mêmes. Elle peut les amener à intérioriser ces jugements négatifs, à douter de leur légitimité et à se sentir dépossédées de leur rôle de mère.

Les institutions, bien qu'ayant pour mission de soutenir ces femmes, ne sont pas toujours libérées de ces représentations. Certaines pratiques comme le placement préventif des enfants traduisent une méfiance structurelle qui pèse lourdement sur elles. Or, l'éthique du *care* développée par Gilligan (1982) et Tronto (1993) propose un autre regard.

Elle invite à mettre au centre la relation, la reconnaissance de la vulnérabilité et la responsabilité partagée. Cela permet de considérer les mères toxicomanes non pas seulement à travers leurs manques, mais aussi à travers leurs capacités de soin et d'amour.

1.4.5 Accompagnement institutionnel et rôle des professionnels

L'accompagnement des personnes souffrant d'addictions repose sur une coopération interdisciplinaire qui associe plusieurs types de professionnel·le·s. Les médecins et les psychologues interviennent principalement sur le plan médical et psychique, en travaillant sur les traitements, le suivi de la consommation et les troubles associés.

Les éducateur.rice.s, les infirmier.ère.s et les intervenant.e.s en réduction des risques quant à eux assurent un rôle plus pratique et préventif, par exemple dans les espaces de consommation sécurisés ou les programmes de substitution.

Mais le rôle central revient au travail social, qui dépasse la seule question de la consommation pour agir sur les conditions de vie des personnes : logement, accès aux droits, soutien à la parentalité, insertion professionnelle et participation sociale. Comme le rappelle le GREA, l'accompagnement ne vise pas uniquement l'abstinence mais surtout le rétablissement, entendu comme la possibilité de retrouver une qualité de vie et de redevenir acteur de sa trajectoire (Savary & Tharin, 2018). Dans ce sens, les travailleurs sociaux participent à la reconnaissance des personnes dépendantes, en valorisant leurs ressources et en luttant contre la stigmatisation.

À Genève, plusieurs dispositifs illustrent concrètement ce rôle. Par exemple, l'association Argos propose un accompagnement social personnalisé ou du soutien pour les démarches administratives. Elle propose également des structures résidentielles et des appartements accompagnés, offrant aux personnes stabilisées la possibilité de vivre de manière plus autonome tout en bénéficiant d'un suivi socio-éducatif adapté. L'État de Genève finance également un accompagnement à domicile assuré par Argos, pour soutenir les personnes directement dans leur logement. La Fondation Tremplin a développé un service social, qui consiste à aller vers les personnes en grande précarité, plutôt que d'attendre qu'elles sollicitent l'institution. Le Quai 9, espace de consommation sécurisé, offre un lieu de réduction des risques encadré par des professionnels de santé et du social. Plus récemment, le projet RUE des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a mis en place une équipe interdisciplinaire, incluant des pairs aidants, pour aller à la rencontre des personnes consommant du crack dans l'espace public et faciliter leur lien avec les services d'addictologie.

Au-delà de ces pratiques locales, le GREA joue un rôle de coordination et de soutien aux professionnel·le·s en Suisse romande. Il organise des plateformes d'échanges, propose des formations et défend une approche humaine et sociale des addictions, où la priorité est donnée à la réduction des risques, à la dignité et à l'inclusion des personnes concernées.

1.4.6 Importance du care dans le contexte de la maternité et de la toxicomanie

Le concept du *Care,* ou soin, revêt une importance cruciale dans la prise en charge des personnes touchées par la toxicomanie, en particulier les femmes enceintes et les mères. Dans ce contexte, le *care* ne se limite pas à des soins médicaux, mais englobe également un soutien émotionnel, social et psychologique, essentiel pour favoriser et assurer le bien-être de ces femmes et de leurs familles.

Effectivement, l'éthique du care, telle que décrite par Agata Zielinski, Docteur en philosophie, dans son ouvrage *L'éthique du care* (2021), n'est pas un simple ensemble d'actions, mais un processus relationnel, qui comprend quatre dimensions : 1) reconnaître les besoins de l'autre et évaluer comment y répondre (caring about), 2) prendre en charge (Taking care), 3) agir afin de répondre aux besoins identifiés, tout en tenant compte de la possibilité de réalisation (care giving), 4) évaluer la réponse apportée aux besoins par ceux qui reçoivent le soin, introduisant une dynamique de réciprocité (care receiving).

Cette approche met l'accent sur l'importance des relations interpersonnelles et de la responsabilité envers l'autre, en valorisant le lien comme le fondement de l'intervention. Elle repose aussi sur une capacité à agir de façon concrète et ajustée aux situations rencontrées, ce que Joan Tronto, dans *L'éthique du care* (2021), qualifie de sagesse pratique. Cette attention permet une personnalisation de l'intervention. Ces éléments rejoignent aussi les notions vues dans le cadre du module ES1 donné par Catherine Lenzi : *"Apport adultes : réflexion sur la vulnérabilité, le care et l'autodétermination dans le champ du travail social"*, qui met en avant cette éthique comme un processus éducatif permettant de reconnaître et de valoriser la vulnérabilité des personnes accompagnées tout en soutenant l'autonomie sans infantiliser.

Pour les individus dépendants, le *care* tel que décrit par Zielinski peut donc jouer un rôle fondamental dans leurs parcours de rétablissement. Un soutien psychologique adéquat peut les aider à surmonter ces défis et à trouver des alternatives à la consommation de substances. De plus, un encadrement social est un aspect de rétablissement.

Concernant les femmes enceintes, le *care* revêt une dimension encore plus importante de par le fait que la maternité implique des responsabilités et des défis uniques, tels que la protection du fœtus et le soutien émotionnel.

Les femmes enceintes qui consomment des drogues doivent recevoir un accompagnement spécifique pour minimiser les risques pour le développement de leur enfant.

Également, la maternité peut engendrer une période intense de stress, surtout pour celle luttant contre la dépendance.

Un soutien émotionnel solide peut aider ces femmes à gérer la culpabilité et l'anxiété, leur permettant ainsi de se concentrer sur leur rétablissement et celui de leur enfant (Françoise Molénat, 2000).

1.4.7 La politique suisse en matière de drogue

La politique suisse en matière de drogue est caractérisée par une approche pragmatique qui vise à réduire les risques liés à la consommation de drogue et à ses conséquences sociales et sanitaires. Elle repose sur une approche appelée *: Politique des quatre piliers*, mise en place à la demande de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui comprend : la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression.[5]

La politique actuelle a été développée et adoptée en 1991, en réponse à des crises sanitaires majeures liées à l'épidémie du VIH, la consommation d'héroïne, ainsi qu'un taux de mortalité non négligeable. Cette politique a été développée pour faire face à des situations de consommation de drogues dans des lieux publics, notamment dans des grandes villes comme celle de Zurich et de Genève où les conditions de vie des personnes dépendantes étaient devenues insoutenables.

Jusqu'aux années 1980, la toxicomanie était surtout perçue comme un problème moral ou criminel plutôt qu'un enjeu de santé publique et sans accompagnement médical ni social. Cette vision a été profondément remise en question lors de la crise du Platzspitz à Zurich, dans les années 1980. Face à cette situation, la Suisse a introduit la politique des quatre piliers, encore en vigueur aujourd'hui. Cette politique se distingue et se définit par [6] :

1. La prévention : Ce pilier vise à sensibiliser la population aux dangers de la consommation de drogues.
   Il inclut des campagnes d'information et des programmes éducatifs, particulièrement pour les jeunes et les groupes à risque. Les efforts se concentrent sur la prévention primaire, visant à éviter la première consommation, et la prévention secondaire, visant à prévenir l'évolution vers une consommation problématique. "L'accent n'est pas mis sur les substances elles-mêmes, mais sur les groupes identifiés comme potentiellement à risques. Par exemple, il est prévu de renforcer les ressources des

[5] https://www.bag.admin.ch/fr/la-politique-des-quatre-piliers
[6] https://relier.relais.ch/wp-content/uploads/2017/03/La-politique-des-4-piliers.pdf

jeunes à risques, de promouvoir l'intervention précoce et d'encourager la prévention dans les écoles." (*Relais Rel'ier Lausanne, 2020)*

2. La thérapie : La Suisse propose un large éventail de traitements destinés aux personnes dépendantes, comprenant notamment des programmes de substitution (méthadone, héroïne médicale) et des accompagnements thérapeutiques sur les plans médical, psychologique et social. L'un des éléments centraux de cette approche est d'offrir une alternative permettant aux personnes concernées de réduire leur consommation de substances illicites, tout en stabilisant leur état de santé et en amorçant une transition vers une vie plus équilibrée. L'objectif n'est plus limité à l'abstinence, mais s'élargit à la réinsertion sociale et à l'amélioration globale de la santé physique et psychique. Cela passe par la mise en place de programmes d'insertion professionnelle, de soutien familial et d'activités communautaires ou bénévoles favorisant l'autonomie et la responsabilité. Ces dispositifs visent à réduire la stigmatisation, à renforcer la confiance en soi et à redonner espoir aux personnes accompagnées. Ces éléments ont notamment été approfondis lors du MAP Addiction suivi en troisième année à Genève, dispensé par Denis Huc et Ann Tarin, où la dimension thérapeutique et de réinsertion a été longuement abordée.

3. Réduction des risques : "Ce modèle est fondé sur une hiérarchie de buts qui tous privilégient la réduction des risques, à chaque degré du parcours de la personne toxicomane et dans tous les domaines. Ce modèle tend à privilégier la prévention mais aussi à garantir, voire stimuler une grande diversité de solutions proposées aux personnes toxicomanes." (Chenaux, J.-P. 1997).
   Effectivement, ce modèle s'inscrit dans une logique de "harm reduction" et de normalisation, reconnaissant la diversité des trajectoires individuelles. Les mesures de réduction des risques incluent donc la création de lieux de consommation supervisée et l'accès à des soins de santé pour les personnes toxicodépendantes. Ces initiatives visent à minimiser les dangers associés à la consommation, tels que les overdoses, les infections par le VIH, en offrant un environnement sécurisé pour les consommateurs ainsi que de s'assurer que ces personnes bénéficient de soins appropriés, comme des traitements de substitution. En intégrant ces stratégies, le modèle de réduction des risques permet de répondre aux besoins variés tout en respectant leur autonomie individuelle. Cette approche s'appuie également sur le principe selon lequel l'accès aux soins constitue un droit fondamental, comme l'a rappelé un médecin du *Centre de soin 8bis* à Genève lors d'une intervention, en référence à l'article 12 de la Constitution fédérale suisse qui garantit à toute

personne en détresse le droit d'être aidée et de recevoir les moyens indispensables à une existence conforme à la dignité humaine.

La répression : Cette approche vise à éviter la criminalisation des consommateurs afin de réduire leur isolement au sein de la société. Les autorités fédérales suisses ont choisi de ne pas viser une société sans drogue, qu'elles considèrent comme "une utopie". Au lieu de cela, elles proposent donc une vision où la toxicomanie est considérée comme une réalité maîtrisée, et non comme une maladie grave ou un facteur de criminalité. La répression en Suisse ne se limite pas à l'application stricte de la loi mais s'inscrit dans un cadre plus large qui reconnaît que la criminalisation des consommateurs de drogues peut avoir un effet néfaste sur leur santé et leur bien-être. La Suisse cherche donc à protéger la santé publique tout en respectant les droits des individus. (Chenaux, J.-P. 1997).

1.5 MÉTHODOLOGIE

1.5.1 Approche méthodologique choisie

Afin de répondre à la question de recherche, ce travail s'est appuyé sur la réalisation de quatre entretiens qualitatifs (cf. annexe 2). Ce choix méthodologique s'explique par la volonté d'aller au-delà de la collecte de données factuelles, afin de recueillir des récits de vie, des émotions et des expériences personnelles. Si les données chiffrées permettent d'apporter certains éclairages, elles demeurent insuffisantes pour appréhender la complexité du vécu des mères en situation de dépendance et la manière dont elles articulent leur rôle maternel avec les jugements sociaux auxquels elles sont confrontées.

L'objectif principal de cette démarche était de permettre à ces femmes de s'exprimer librement et de raconter leur histoire avec leurs propres mots. L'analyse visait notamment à explorer la manière dont elles se représentent leur rôle de mère, comment elles vivent la stigmatisation sociale et quelles ressources elles mobilisent au quotidien pour faire face aux difficultés rencontrées.

L'accès aux participantes s'est révélé particulièrement délicat. De nombreux refus ont été enregistrés, tout comme plusieurs situations dans lesquelles des mères avaient donné leur accord mais ne se sont pas présentées le jour de l'entretien. Ces désistements de dernière minute, parfois sans explication, reflètent la vulnérabilité des parcours de vie concernés, mais également les obstacles à l'instauration d'un lien de confiance dans des réalités

marquées par l'instabilité, la précarité et la crainte du jugement. Ces difficultés ont nourri une réflexion approfondie sur les enjeux méthodologiques et éthiques de la recherche.

Afin d'enrichir l'analyse, un entretien complémentaire a été mené auprès d'une sage-femme ayant accompagné plusieurs femmes confrontées à des problématiques similaires. Ce croisement de regards a permis de confronter les récits des mères à celui d'une professionnelle de terrain et d'éclairer plus finement les enjeux liés à la maternité et à la dépendance.

Le dispositif retenu reposait sur des entretiens semi-directifs. Une grille de questions commune avait été élaborée afin d'assurer une cohérence entre les entretiens, tout en laissant une place centrale à la spontanéité des récits. Cette souplesse méthodologique a permis aux participantes de développer les dimensions de leur expérience qu'elles jugeaient les plus significatives.

Une attention particulière a été portée à la création d'un climat de confiance dès les premiers échanges. Il était essentiel que les participantes puissent se sentir en sécurité et libres de s'exprimer, sans crainte d'être jugées. Dans cette optique, l'environnement des entretiens a été pensé comme un espace chaleureux et rassurant, proche d'un cocon. Une petite collation, telle qu'un petit déjeuner ou une boisson chaude, était proposée lors des rencontres afin de favoriser une atmosphère conviviale et apaisante. Ce soin accordé au cadre visait à atténuer la distance formelle inhérente à la recherche et à instaurer une relation basée sur l'écoute et le respect.

Les témoignages recueillis constituent le socle de l'analyse. Ils donnent accès à des trajectoires de vie singulières, souvent traversées par des épreuves importantes mais également marquées par des capacités d'adaptation, des forces et des ressources. Leur mise en perspective avec le cadre théorique a permis d'éclairer la problématique de recherche et de mieux comprendre la complexité des réalités vécues par ces mères en situation de dépendance.

1.5.2 Mise en place du terrain et description des institutions

L'accès au terrain n'a pas été immédiat et a nécessité plusieurs démarches. Dès le départ, nous étions conscientes de la difficulté de rencontrer des femmes prêtes à témoigner de leur parcours de consommation et de maternité. Les premières tentatives de contact ont suscité autant d'enthousiasme que de stress de notre part. L'idée d'aller à la rencontre de mères toxicomanes, de leur demander de se livrer sur des aspects intimes et douloureux de leur vie, n'était pas évidente. Nous avons dû composer avec nos appréhensions, mais aussi avec la crainte que ces femmes puissent refuser ou se sentir jugées.

L'accès au terrain s'est fait exclusivement par l'intermédiaire de l'association Argos, située aux Eaux-Vives, qui accompagne des personnes en situation de dépendance. Nous avons rencontré en présentiel le directeur de la structure des Eaux-Vives afin de lui présenter notre projet de travail de bachelor et la démarche envisagée. Après avoir entendu notre intention, il a accepté de nous soutenir en sollicitant lui-même certaines femmes suivies ou plus dans l'institution.

Ce choix s'expliquait par le fait qu'il disposait déjà d'un lien de confiance avec elles, ce qui facilitait la démarche. En effet, lorsque des femmes se montraient ouvertes à l'idée, le directeur nous transmettait leurs coordonnées. Nous les avons ensuite contactées directement par téléphone, afin de nous présenter, de préciser l'objectif de notre démarche et de vérifier qu'elles confirment le fait qu'elles sont d'accord. Lors de ces échanges, nous avons également insisté sur le fait qu'elles restaient libres de se rétracter à tout moment, sans avoir à se justifier. Cette étape visait à établir un premier contact personnalisé et à installer un climat de confiance avant la rencontre en face à face. Certaines ont donné leur accord rapidement, d'autres ont accepté dans un premier temps mais n'ont finalement jamais donné suite. Nous avons interprété ces silences comme une manière pour elles d'exprimer une gêne ou une difficulté à refuser directement.

Finalement, après plusieurs prises de contact, trois mères ont accepté de participer. Leur disponibilité et leur confiance ont constitué une étape clé du projet. Chaque rencontre a eu lieu dans un cadre choisi par elles (café, à leur propre domicile, dans l'institution) pour garantir confidentialité et confort : il était important que ces femmes se sentent en sécurité et dans un cadre informel.

La sage-femme, quant à elle, était parmi nos propres contacts, ce qui a facilité la démarche. Son statut de professionnelle de la santé a apporté une certaine légitimité à notre projet et a permis d'enrichir notre travail par un regard extérieur et complémentaire. Le fait de bénéficier du point de vue d'une professionnelle de la santé s'est révélé particulièrement

bénéfique pour la compréhension globale de notre thématique. Toutefois, elle exprimait un certain stress quant aux questions que nous allions lui poser, consciente qu'il s'agissait d'un sujet particulièrement sensible.

1.5.3 Sélection de la population et présentation des participantes

Au total, quatre entretiens ont été réalisés uniquement dans le canton de Genève : trois avec des mères en situation de dépendance et un avec une sage-femme.

Les trois mères étaient âgées de quarante à cinquante-cinq ans. Toutes ont un ou plusieurs enfants dont les enfants sont majeurs pour la plupart. Leurs trajectoires de consommation étaient diverses : héroïne, cocaïne, polyconsommations mêlant alcool et autres substances psychotropes. Ces parcours étaient souvent liés à des événements de vie difficiles, marqués par des traumatismes liés à l'enfance, des ruptures affectives et des violences. Chacune, cependant, insistait sur son attachement à son rôle maternel et sur le désir de rester présente pour leurs enfants et de se soigner pour le bien-être de leurs enfants.

La sage-femme travaille dans un hôpital du canton, dont le nom ne sera pas mentionné pour des raisons de confidentialité. Elle exerce également en cabinet privé, où elle accompagne des accouchements à domicile.

Sabine*, mère dévouée d'une fille majeure (19 ans), a toujours gardé sa fille sous sa responsabilité malgré les défis. Actuellement, elle vit dans un appartement financé par Argos. Malheureusement, elle a sombré dans l'alcool, puis dans l'héroïne, ce qui a terni ses relations et sa capacité à être présente pour sa fille. Sabine lutte pour retrouver un équilibre dans sa vie tout en cherchant à préserver le lien avec son enfant.*

Elsa, *ancienne chef de banque, a vu sa vie prendre un tournant difficile sous la pression de son ancien poste. Mère d'une fille de 12 ans et d'un garçon de 10 ans, elle a perdu la garde de ses enfants au profit de son ex-mari. Sa consommation de drogues a commencé par des occasions festives, mais a rapidement évolué vers le crack, aggravant sa situation.*

Béa, *originaire du Brésil, est la mère de deux enfants adultes qui représentent son principal soutien. Elle vit seule en Suisse, où elle a déménagé à 28 ans. Sa consommation d'alcool a progressivement conduit à l'usage d'autres substances, mais elle reste proche de sa famille.*

Sara, *sage-femme passionnée, a obtenu son diplôme il y a neuf ans à la Haute école de santé (HEdS). Elle aime profondément l'aspect social de son travail, qui lui permet d'accompagner et de soutenir les autres.*

Par ailleurs, nous nous appuyons également sur des témoignages recueillis lors du Module d'approfondissement (MAP) du 13 octobre 2025, consacré au soutien à la maternité en contexte d'addiction. Ce cours a pris la forme d'une table ronde, basée sur des extraits du film *Mamans de choc* et des échanges avec quatre mères ayant traversé des parcours marqués par l'usage de substances, la précarité et des difficultés familiales. Leurs histoires, différentes mais proches de celles des participantes rencontrées dans notre recherche, mettent en lumière le souhait commun de rester présentes pour leurs enfants et d'être reconnues dans leur rôle maternel malgré les obstacles.[7]

Le film *Mamans de choc* s'inscrit dans une démarche communautaire portée par Rel'Aids, service de travail social hors murs actif auprès de personnes concernées par l'addiction. Le projet est né au sein du Café des mamans, un espace d'échanges et de soutien entre mères vivant une situation de dépendance. Pendant plusieurs mois, la réalisatrice Marie Clapasson s'est intégrée à ce groupe et a co-construit le film avec elles. L'objectif n'était pas seulement de raconter leurs parcours, mais aussi de leur offrir un espace pour se mobiliser, briser l'isolement et faire évoluer le regard porté sur la maternité en contexte d'addiction. Le dispositif s'est appuyé sur le consentement, la préservation de la confidentialité et un accompagnement attentif pour éviter les risques liés à l'exposition publique.

En raison de cette démarche protectrice et participative, le film n'est jamais diffusé sans la présence d'au moins une des mères impliquées, afin qu'elles puissent accompagner la projection et participer au débat. Dans ce cadre, nous n'avons pas pu accéder directement au film et nous nous sommes donc appuyées uniquement sur nos prises de notes issues du MAP, ainsi que sur les échanges ayant eu lieu durant la séance.

1.5.4 Outils de collecte des données

Nous avons choisi l'entretien semi-directif comme outil de collecte principal. Afin de structurer les échanges, nous avons élaboré une grille d'entretien spécifique (voir Annexe 1) conçue pour orienter la discussion sans rigidifier le dialogue.

Cette grille comprenait plusieurs thématiques principales :

- **La grossesse** (expérience vécue, souvenirs marquants, discriminations éventuelles de la part des professionnel·le·s de santé).
- **L'entourage** (réactions des proches à l'annonce de la grossesse, qualité des relations actuelles).

[7] https://www.infodrog.ch/files/content/impulsprojekte_fr/rapport-final-mamans-de-choc-relais.pdf

- **Le quotidien de la parentalité** (défis rencontrés, expériences de stigmatisation, stratégies d'adaptation).
- **L'école** (perception de la différence, remarques reçues, impact sur l'image de soi comme mère).
- **La relation à l'enfant** (négociation entre l'identité de mère et l'identité de femme toxico-dépendante, impact de la stigmatisation sur le lien parent-enfant).

L'introduction de la grille rappelait notre posture en tant que futures travailleuses sociales : offrir un espace bienveillant, d'écoute et sans jugement. Nous insistions sur l'idée que ces femmes étaient expertes de leur propre vécu et que nous souhaitions apprendre d'elles.

Dans la pratique, cette grille a servi de fil conducteur, mais nous nous sommes laissées guider par le récit des participantes. Les questions ouvertes leur ont permis d'aborder librement les aspects les plus importants pour elles, parfois en s'éloignant du canevas prévu. Cette souplesse était essentielle pour que les entretiens ne soient pas perçus comme un interrogatoire, mais comme un espace d'expression et de reconnaissance de leur expérience.

1.5.5 Considérations éthiques

Les considérations éthiques ont occupé une place centrale tout au long de notre démarche. Conscientes de la sensibilité du sujet, et de la vulnérabilité potentielle des participantes, nous avons abordé chaque étape avec prudence, respect et réflexion. Aborder des parcours mêlant dépendance, maternité et stigmatisation demandait une attention constante, tant sur le plan de la confidentialité que sur celui de la posture humaine à adopter.

Dès le début, nous avons cherché à créer un cadre rassurant et clair. Chaque femme rencontrée a été informée des objectifs de notre travail, de la nature des entretiens, ainsi que de son droit de se retirer à tout moment, sans justification. Le consentement libre et éclairé a été recueilli et répété verbalement avant chaque rencontre. Les prénoms ont été modifiés, les enregistrements conservés de manière sécurisée puis supprimés après retranscription. Ces précautions visaient avant tout à garantir leur anonymat, leur sécurité et la confiance qu'elles ont pu nous accorder.

Sur le plan relationnel, nous avons adopté une posture d'écoute bienveillante et sans jugement. Nous étions conscientes que certaines questions pouvaient faire émerger des émotions fortes, parfois enfouies et taboues.

Il nous semblait donc essentiel d'accueillir ces moments avec douceur, de respecter les silences, parfois les larmes et de laisser à chacune le temps nécessaire pour s'exprimer. Cette attention à l'autre a souvent transformé les entretiens en véritables échanges humains, où la parole circulait librement et avec sincérité.

Notamment, un moment a particulièrement marqué notre démarche. Lors de l'un des entretiens, celui mené avec Sabine, l'émotion nous a surprise et des larmes sont montées. Sabine l'a immédiatement perçu et sa réaction a été spontanée : elle s'est inquiétée pour nous, avec une grande douceur et une attention très protectrice, sans gêne ni fermeture.

Ce renversement, bref mais marquant, nous a profondément touchées. Alors que l'espace était pensé pour l'accueillir, c'est elle qui, à cet instant, a pris soin et s'est assurée que nous nous sentions toujours à l'aise. Cette réaction nous a évoqué une forme d'élan maternel, comme si notre position, notre âge et notre vulnérabilité momentanée avaient activé chez elle une posture de protection proche de celle qu'elle pourrait adopter avec sa propre fille. Il nous a semblé que cette attention aurait été d'une autre nature si la personne en face d'elle avait été de son âge.

Pendant quelques secondes, les rôles se sont ainsi inversés : au lieu d'être uniquement celle qui raconte, Sabine a occupé une place de protection. Nous avons pris le temps d'accueillir ce moment, puis nous avons repris l'échange avec discrétion, afin de préserver le cadre de l'entretien et de ne pas déplacer le centre de l'échange sur nous.

Cet épisode a nourri une réflexion sur notre posture professionnelle. Il rappelle que, dans le travail social, la relation ne se construit pas uniquement sur une asymétrie figée, mais aussi sur une rencontre entre des personnes. Accueillir ce moment, sans l'exploiter ni le fuir, nous a semblé plus juste que de chercher à l'effacer. Cette posture a probablement contribué à renforcer le lien de confiance, Sabine ne se retrouvant plus seule dans une position de vulnérabilité, mais engagée dans un échange où celle-ci pouvait être partagée et reconnue.

Cette scène, brève mais significative, nuance la représentation de la « mère défaillante ». Elle met en évidence des compétences relationnelles, une sensibilité et une capacité à prendre soin qui persistent malgré la vulnérabilité. Elle rejoint l'éthique du care (Tronto ; Zielinski), en rappelant que le care circule et qu'il n'est pas unilatéral. Dans cette perspective, l'échange peut également être pensé dans une logique de réciprocité, proche de ce que le travail social désigne comme une dynamique de don et de contre-don, où chacun.e peut tour à tour donner et recevoir.

2. ANALYSE

2.1 Entrée progressive dans la dépendance

Les parcours de vie de ces trois mères rencontrées montrent des chemins souvent longs, compliqués et marqués par des blessures. Chez la plupart d'entre elles, la dépendance n'est pas apparue comme un choix, mais plutôt comme une manière de tenir, de se protéger, parfois même de survivre. Derrière chaque consommation, il y a une histoire, un passé fait de ruptures, de solitude, de manque de reconnaissance ou de violences vécues très tôt dans leur vie.

Dans ce contexte, un élément revient de manière récurrente dans leurs récits : les violences patriarcales. Souvent présentes en arrière-plan, elles ne sont pas toujours nommées comme telles, mais traversent pourtant leurs parcours dès l'enfance et continuent parfois à l'âge adulte. Pour certaines, ces violences ont été vécues très tôt, au sein de la famille. Sabine, par exemple, explique que les traumatismes et violences exercés par son père ont profondément marqué son histoire et ont participé à son entrée dans la consommation. Dans ces situations, la dépendance ne relève pas d'un choix, mais d'une manière de tenir, de se protéger et de faire taire la douleur. Sabine raconte ainsi « C'est en partie à cause de lui que j'ai commencé les substances […] à la suite de plusieurs traumatismes et violences dont il était le porteur. »

Ces mots résonnent avec ce que décrit Facy (2004) : beaucoup de femmes dépendantes ont connu des abus, des pertes ou des chocs affectifs qui laissent des traces profondes. Dans ces moments-là, la consommation devient un refuge, une manière d'anesthésier la douleur plus qu'une recherche de plaisir.

Plus tard, ces violences se rejouent parfois dans les relations de couple. Plusieurs mères parlent de partenaires dominants ou violents, souvent eux-mêmes consommateurs. Dans ces contextes, la drogue devient à la fois une contrainte et une échappatoire, un moyen de supporter une relation inégalitaire quand partir semble impossible. Ce qui ressort de leurs récits, c'est ce sentiment d'être prises dans des rapports de pouvoir qui limitent leur liberté et renforcent leur vulnérabilité.

Comme nous avons pu le constater, l'entrée dans la consommation se fait souvent petit à petit. Un verre, une soirée, une rencontre… et sans qu'on s'en rende vraiment compte, la consommation s'installe. Sabine parle d'un passage progressif de l'alcool à l'héroïne, dans une période d'épuisement et de solitude.

Quant à Elsa, elle a commencé à consommer de la drogue lors de soirées d'affaires, comme signe d'inclusion et pour « mieux profiter ». Pour Béa aussi, les substances représentaient un signe d'appartenance à un groupe, à un moment de sa vie où elle se sentait seule. Chez toutes, on retrouve cette idée d'un glissement lent, d'un besoin de tenir debout quand tout vacille.

Ce qui revient souvent également, c'est la dimension sociale de la consommation. Pour certaines, c'était une façon d'appartenir à un groupe et de ne plus se sentir seules dans la même « galère ». Pour d'autres, au contraire, c'était une manière d'oublier qu'elles étaient déjà en marge.

> *" On nous regarde avec une loupe, comme si on était des cas à suivre, pas des personnes à soutenir. " - Elsa*

Cette phrase en dit long sur le regard que la société pose sur ces femmes. Goffman (1963) l'expliquait déjà : lorsqu'une personne est étiquetée comme « déviante », cette étiquette finit par effacer tout le reste de son identité. C'est exactement ce que l'on retrouve dans leurs récits.

À cela s'ajoute le poids du genre. Être une femme qui consomme reste encore aujourd'hui très mal perçu, et ce jugement est d'autant plus fort lorsqu'il s'agit de mères. Dans leurs récits, plusieurs évoquent des relations marquées par la domination ou la violence, souvent avec des partenaires eux-mêmes consommateurs. Dans ces contextes, la drogue devient à la fois une contrainte et une échappatoire. Ce double jugement d'être « femme » et « toxicomane » pèse lourd. Comme l'expliquent Badinter (1980) et Knibiehler (2007), la société attend des mères qu'elles soient irréprochables, dévouées et disponibles. Alors forcément, lorsqu'une femme ne correspond pas à cette image lisse et idéalisée, elle est rapidement cataloguée.

2.2. Vécu de la maternité en contexte d'addiction

Après avoir mis en lumière la manière dont les parcours de vie et les expériences traumatiques ont contribué à l'installation de la consommation (2.1), il s'agit maintenant d'examiner comment ces expériences influencent le vécu maternel. En effet, pour certaines mères, l'usage de substances s'inscrit dans une histoire marquée par des traumatismes, des ruptures affectives et un sentiment de vide intérieur. Comme l'exprime l'une d'entre elles, la consommation venait « remplir un vide » et apaiser des angoisses profondes liées à la peur de l'abandon.

Cette histoire personnelle influence directement son rapport à la maternité. Lors de l'annonce de sa grossesse, elle dit avoir ressenti à la fois de la joie et une grande appréhension, liée à la peur de reproduire ce qu'elle appelle « la chaîne » de violences et de souffrance vécues dans son enfance :

> *"Je n'étais pas prête à avoir un enfant, j'avais un passé assez lourd et je voulais pas que ça se reproduise, la chaîne."* – *Sabine*

Pourtant, malgré cette crainte, elle évoque tout de même un sentiment de bonheur à l'idée de devenir mère. Cette tension entre désir de protection, peur de reproduire des schémas et fragilités personnelles éclaire la manière dont la maternité s'articule à l'histoire de consommation de ces femmes, dans une dynamique d'ambivalence et de quête de réparation de soi.

Cette ambivalence est également présente chez Elsa, qui décrit un moment de bascule entre envie et culpabilité à la découverte de sa grossesse :

> *"Quand j'ai vu le test positif, j'ai eu comme un vertige. J'ai repensé à tout ce que j'avais fait subir à mon corps, à ma tête. Je me suis dit : "Je ne peux pas lui infliger ça… mais en même temps, je ne peux pas le perdre". -Elsa*

De manière générale, la parentalité peut jouer deux rôles dans le parcours des mères concernées par l'addiction. Pour la majorité d'entre elles (Sabine, Elsa, maman de choc), les difficultés liées à la consommation apparaissent avant la première grossesse, et le fait de devenir mère peut alors représenter un moment clé pour demander de l'aide et engager un changement, une volonté de consommation contrôlée, voire de sevrage. À l'inverse, pour une partie des mères, l'addiction se développe après l'arrivée des enfants. Dans cette situation : les exigences professionnelles, le stress, la charge mentale et la responsabilité quotidienne, particulièrement lorsqu'elles sont assumées seule peuvent augmenter la vulnérabilité et contribuer à l'installation de la consommation.

Une dimension importante relevée dans la littérature concerne l'idée de "combler un vide". Certaines femmes témoignent du fait que la grossesse peut représenter un moment où elles se sentent "pleines", au sens symbolique affectif et physiologique, en contraste avec le sentiment de vide qui était comblé seulement grâce à la substance. Ainsi, pour certaines mères, la maternité et l'usage de substances peuvent se superposer comme deux manières de répondre à un manque émotionnel profond (Grossesses avec drogues, 2009).

Selon Silva et al. (2013), les mères en situation d'addiction peuvent ressentir à la fois de l'amour et une forme de responsabilité envers leurs enfants mais également de la culpabilité, de la honte et de l'impuissance face à leur propre consommation. Cette ambivalence profonde entre maternité et consommation. Cette tension s'accompagne d'un fort sentiment de culpabilité lié à l'usage avant et pendant la grossesse, ainsi qu'aux éventuelles rechutes.

> *"L'instinct maternel, il est quand même plus fort que le produit. Même si je faisais des conneries parfois, je pensais directement à ma fille et ça me fait me remettre dans le droit chemin, encore actuellement." -Sabine*

> *"Des fois je ne suis pas arrivée en bon état à l'école, mais je me suis toujours donnée les moyens. J'avais même pris la crèche pour faire mes soins, j'ai tout fais pour elle. Toujours" - Sabine*

> *"J'ai jamais lâché mon rôle de maman. Elles ont grandi avec amour, de la présence, de la nourriture, de bonnes écoles. J'ai toujours été là malgré la maladie." – Béa*

> *"J'essaie de me dire que ce n'est pas parce que je suis toxicomane que je suis une mauvaise maman." -Elsa*

Effectivement, dans les entretiens, ce sentiment ressort à de nombreuses reprises, également la culpabilité en lien avec des situations de négligence ou des contextes difficiles que l'addiction a pu provoquer ou la capacité des mères à s'occuper de leurs enfants de manière adéquate est mise a rude épreuve ce qui ne fait qu'accentuer ce sentiment.

> *"Parfois on fait des black-out et on sait plus ce qu'on a fait ou dit, on n'est pas tellement sympa. On peut devenir une autre personne." -Sabine*

> *"Bien sûr que je me sens responsable, c'est un enfant. Elle n'a pas voulu naître, il faut l'aimer." - Sabine*

Ces paroles illustrent la double contrainte vécue : aimer profondément tout en ressentant l'incapacité ponctuelle de répondre aux besoins de l'enfant. Cette tension peut notamment être renforcée par la stigmatisation sociale qui entoure les mères souffrant d'addiction, un sujet approfondi au point 2.3.

2.2.1 Expériences de grossesse et naissance expérience de prise en charge

La période de la grossesse et de la naissance constitue un moment particulièrement sensible dans le parcours de ces femmes. Après avoir abordé le vécu intime et subjectif de la maternité en contexte d'addiction, il est nécessaire de s'intéresser à la manière dont l'expérience de la périnatalité se déploie dans la relation au système médico-social. Il s'agit d'une phase où se jouent non seulement des expériences émotionnelles intenses, mais aussi l'accès ou non à un regard bienveillant, à un soutien et à une reconnaissance dans leur rôle maternel.

Pour certaines femmes, la maternité représente une opportunité de changement et de réinvestissement de soi. Ainsi Sabine nous partage :

> *"Quand j'ai annoncé ma grossesse, j'ai arrêté l'alcool d'un coup. J'ai pensé : j'ai un enfant, je veux pas lui donner des cochonneries."*

Pourtant, ce moment peut également être marqué par des jugements, des attitudes différenciées de la part des professionnel·les, et des situations où l'étiquette de "femme toxicomane" prime sur l'identité de mère.

Cette réalité apparaît dans le témoignage d'Elsa, qui partage un épisode survenu lors d'un contrôle de routine à la maternité : dans les couloirs de la maternité lors d'un contrôle habituel, elle a entendu une discussion de couloir de deux puéricultrices.

> *"Ah, toxicomanie. On va devoir surveiller le nouveau-né ou pas ?"*
>
> *"C'est là que j'ai compris que je n'aurais jamais droit à la même douceur qu'on donne aux autres mamans lors de la naissance de leur bébé. Oui, je ne suis pas toute blanche et je le sais… mais j'ai drastiquement baissé ma consommation quand j'ai appris ma seconde grossesse. Déjà je me sentais comme une merde mais la putain la claque que je me suis prise." - Esa*

Au-delà de ces interactions directes, ce rapport à la norme maternelle se retrouve également dans les dispositifs de santé publique. Par exemple, le pictogramme apposé sur les boissons alcoolisées représentant une femme enceinte barrée qui vise à prévenir les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse (Simmat Durand, L. 2009)

Inscrit dans une perspective de protection du fœtus et d'information de la population, ce symbole constitue un outil de prévention essentiel.

Toutefois, pour des femmes confrontées à l'addiction, il peut aussi agir comme un rappel constant de la norme maternelle attendue et de la responsabilité qui pèse sur elles, pouvant renforcer un sentiment de culpabilité ou de défaillance perçue. Cette tension illustre comment certaines mesures préventives, bien que nécessaires, peuvent être vécues avec ambivalence et participer à l'intériorisation du stigmate maternel décrit par Goffman (1963).

À cela s'ajoute une autre source d'épreuve : les conséquences médicales directes de la consommation. La naissance peut en effet s'accompagner de symptômes de sevrage néonatal ou de complications liées à l'exposition prénatale aux substances. Dans ce contexte, certains propos tenus par les professionnel·le·s peuvent renforcer la culpabilité maternelle et alimenter le sentiment d'être jugée :

> *"Une sage-femme m'a dit : "Avec ce que vous avez pris, il y aura forcément des conséquences". " - Elsa*

Aussi, lorsque le nouveau-né doit lui-même traverser un sevrage à la naissance et que la mère se retrouve confrontée à la souffrance qu'a engendrée sa consommation, le sentiment de culpabilité est profondément renforcé, comme en témoigne Elsa :

> *"L'accouchement a été compliqué. Mon fils allait bien, mais il a dû rester en soins quelques jours après la naissance à cause de mon traitement. On me l'a pris tout de suite pour le surveiller. J'étais seule dans ma chambre vide, sans mon bébé. J'ai pleuré sans arrêt." - Elsa*

Dans ce contexte, la mère n'est pas seulement confrontée à ses propres émotions : elle se retrouve face à un dispositif de soins qui, tout en poursuivant un objectif de protection, peut produire une forme de violence institutionnelle implicite. L'absence de soutien émotionnel, le retrait du bébé sans accompagnement et le fait d'être perçue en permanence comme un risque renforce le sentiment de ne pas être considérée comme une mère légitime.

2.2.2 Gestion du quotidien et ressources mobilisées

Le quotidien des mères concernées par une problématique d'addiction est souvent marqué par une tension constante entre vulnérabilité et capacité d'adaptation. Effectivement, la parentalité exige une organisation particulière visant à répondre simultanément aux besoins de l'enfant, aux impératifs du traitement et aux défis liés à la consommation.

L'importance des routines structurantes

Ce qui ressort fortement des entretiens, est que la stabilité repose fréquemment sur la mise en place de routines structurantes permettant de maintenir des repères et de limiter les situations perçues comme à risque. Ainsi, l'organisation de la journée, la participation à des activités, l'engagement dans des espaces thérapeutiques tels que des groupes de paroles, ainsi que la recherche d'interactions sociales constituent des leviers essentiels pour préserver un certain équilibre. C'est notamment le cas pour Sabine, qui souligne l'importance de rythmer ses journées

> *"Je fais beaucoup d'activités pour structurer mes journées… parfois je viens juste arroser les plantes à L'Entracte et je repars. Cette organisation me permet de réduire les temps vides, et de préserver un sentiment de contrôle." - Sabine*

Cette capacité à structurer le quotidien, souvent invisibilisée, témoigne d'un travail constant d'autorégulation et d'adaptation, essentiel pour tenir dans un contexte de vulnérabilité et de charge émotionnelle importante. Pour reprendre les mots de Sabine :

> *"J'essayais de me faire des journées cadrées, sinon je partais dans ma tête. Même juste aller faire les courses, marcher, ranger… si je restais trop seule à rien faire, c'était fini."*

Travail d'auto régulation émotionnelle

La structuration du quotidien s'accompagne souvent d'un travail d'auto-régulation émotionnelle important, fondé sur la capacité à reconnaître ses vulnérabilités et à solliciter de l'aide lorsque nécessaire. En effet, Bea, une autre des mère rencontrée insiste sur ce processus d'observation de soi et de gestion progressive de ses émotions :

> *"L'Entracte a aidé, oui, mais surtout c'est moi. C'est un travail intérieur. J'ai commencé à comprendre comment je fonctionne. L'addiction s'est parfois déplacée vers d'autres choses, comme la nourriture : une forme de compulsion. Mais j'ai appris à m'observer, à ne pas me juger, à essayer encore. J'ai identifié mes déclencheurs : l'angoisse, la solitude" -Béa*

Un réseau de soutien

Au-delà de cette organisation personnelle, le rétablissement repose également sur un réseau de soutien extérieur. Parmi ces ressources, plusieurs dispositifs genevois jouent un rôle central. L'Entracte, par exemple, constitue un espace d'accueil de jour axé sur la pair-aidance, la convivialité et le soutien psychosocial, permettant de rompre l'isolement dans un cadre non jugeant et structurant. De même, Argos propose un cadre de logement accompagné offrant un suivi intensif et sécurisant. En effet, comme l'ont montré Serge Escots et Guillaume Suderie, des anthropologues, le rétablissement maternel repose rarement sur une trajectoire individuelle isolée (Escots & Suderie, 2013).[8] Ces lieux constituent donc des repères essentiels. Ainsi, selon Sabine : *"Argos, c'est ma famille. Si je les ai pas, c'est la porte ouverte à tous."*

Ce réseau de soutien s'étend également aux consultations psychothérapeutiques, ainsi qu'aux groupes de parole (Narcotiques Anonymes, Dépendants Affectifs Anonymes etc.), qui offrent un cadre d'écoute, de partage et de reconnaissance. Ces espaces constituent des repères relationnels, assurant continuité, présence et sentiment d'appartenance, des dimensions essentielles pour des femmes dont les liens familiaux ont pu être fragilisés. Certaines décrivent donc ces dispositifs comme un véritable « filet de sécurité » émotionnel et social, permettant de « tenir » dans les moments vulnérables et de pouvoir réengager rapidement une démarche de soin en cas de rechute.

Le soutien familial

En parallèle, certaines mères mettent également en avant l'importance du soutien familial comme pilier du maintien en sobriété. Les liens affectifs, lorsqu'ils sont sécurisants, constituent une force et un repère primordial :

> *"Mes enfants restaient au téléphone avec moi quand j'avais des angoisses jusqu'à ce que je dorme… ils m'ont toujours dit : "demain le soleil va se lever."*
> *- Béa*

Quitter un milieu

La reconstruction passe également par la capacité à réorganiser son environnement social afin de limiter l'exposition aux risques. Comme l'explique Bea : *"J'ai dû m'éloigner de mes amis qui consommaient. Si je restais avec eux, je retombais. Alors j'ai tout coupé. J'ai eu de l'angoisse, j'étais isolée, fermée chez moi…C'était dur, mais nécessaire".*

[8] https://www.grea.ch/sites/default/files/revue_de_litterature_jac_13fevrier2013.pdf

Créer de nouveaux liens

Ce processus renvoie au travail de reconstruction du capital social. Jouët et Las-Vergnas (2024) montrent que, lors du rétablissement, les personnes passent progressivement d'un univers centré sur la consommation à une " vie sociale en dehors de la drogue", où la rupture avec l'ancien environnement constitue une étape douloureuse mais nécessaire pour créer un entourage soutenant et sécurisant.

Enfin, certaines ressources mobilisées relèvent de dimensions plus intimes telles que la spiritualité, les valeurs personnelles et le sens donné au lien familial. Pour Béa, par exemple, la foi, "l'amour de Dieu" constitue un soutien interne déterminant. Cette dimension personnelle s'inscrit dans ce que Besson, J. (2008) décrit comme le rôle protecteur de la spiritualité dans les addictions : face à l'angoisse et au vide, elle offre une source de sens, de lien et de réassurance, là où la consommation apportait auparavant un soulagement immédiat mais destructeur. Il met en avant que cette quête intérieure peut représenter une ressource essentielle pour traverser les phases de vulnérabilité, en réintroduisant du sens et de la dignité dans le parcours de rétablissement.
Besson souligne ainsi que : "La spiritualité est corrélée positivement dans toutes les études sur la santé physique et mentale." Besson, J. (2008).

"On peut dès lors comprendre le lien de proximité entre addiction et spiritualité comme deux réponses à l'angoisse, l'une maladaptive, détruisant les liens et le sens de la vie du sujet et l'autre comme adaptative, créant des liens dans la communauté et donnant du sens au sujet, tant intrinsèquement (sens privé) d'intrinsèquement (sens collectif)". Besson, J. (2008). Dans cette perspective, la spiritualité apparaît comme une ressource susceptible de réintroduire dignité, continuité et cohérence dans le parcours de rétablissement.

Ainsi, ces trajectoires montrent que la gestion du quotidien repose sur une articulation entre ressources internes (travail sur soi, autorégulation, organisation) et ressources externes (famille, associations, lieux sécurisants), mobilisées de manière dynamique en fonction des phases du rétablissement.

2.3 Stigmatisation et regard social

La stigmatisation fait partie du quotidien de ces mères. Être à la fois mère et dépendante, c'est souvent devoir vivre avec deux étiquettes qui collent à la peau : celle de la « mauvaise mère » et celle de la « toxico », parfois aussi de « la marginale » ou de « l'irresponsable ». Ces images influencent tout : la manière dont elles sont regardées, soignées, accompagnées, écoutées, et même la façon dont les gens interagissent avec leurs enfants.

Elles parlent souvent de ces regards qui les suivent partout. Elsa, par exemple, raconte qu'à la crèche, une assistante socio-éducative (ASE) lui a lancé devant tout le monde une remarque qu'elle a vécue comme une bombe :

> *"Ah, c'est vous la maman d'Antoine et Julie ? Enchantée ! »* (regard insistant). *« Il faudrait venir les chercher un peu plus tôt, c'est les premiers enfants à arriver à la crèche et les derniers à repartir… Ce n'est pas méchant, mais c'est vrai que c'est dommage ! "* - ASE

Elsa explique qu'après ça, elle essayait de venir plus tôt, quitte à chambouler toute son organisation. Elle dit s'être forcée à arriver avant l'heure, simplement parce que *"ses sous-entendus voulaient clairement dire que je ne m'occupais pas bien de mes enfants".* Trop de regards, trop de malaise.

> *"Quand je me suis séparée de mon ex-mari, c'est vraiment là que j'ai commencé à sombrer. Je perdais mon pilier. Mais avec le temps, j'ai fini par comprendre sa décision. Je mentais sur les dépenses, juste pour pouvoir aller chercher ma coke. Il m'arrivait de ne pas rentrer à la maison, par honte de mon état... On a donc décidé de faire une garde alternée, il n'était pas du tout pour, mais je l'ai convaincu. Les enfants étaient chez moi une semaine sur deux. Je l'ai très mal vécu. Et je sentais bien que lui aussi avait peur, qu'il ne me faisait plus confiance. Malgré toute ma bonne volonté, ça n'a duré que quelques mois, trois ou quatre à peine, avant qu'il demande la garde exclusive. Je n'ai pas eu la force de me battre. J'ai accepté, parce que je n'y arrivais plus avec les petits. Il m'est même arrivé de sortir et de les laisser seuls. Je te parle de ça maintenant, mais j'en ai encore tellement honte."* - Elsa

Ce genre de scène, apparemment banale, rappelle bien ce que décrivait Goffman (1963) : une personne stigmatisée n'est plus vue pour ce qu'elle est, mais pour ce que la société croit qu'elle représente.

À l'école, c'est pareil. Sabine se souvient d'un parent d'élève qui avait dû ramener sa fille chez elle, car elle n'arrivait pas à se lever de son lit. Ce père l'avait ramenée après que l'institutrice avait tenté de joindre Sabine à plusieurs reprises, sans réponse.

> *“Ah bah, quand ça arrive, tu te sens conne. J’arrive même pas à me réveiller pour aller chercher ma fille à l’école, tellement que j’étais défoncée. La honte, vraiment, quand on tambourine à la porte pendant cinq minutes et que tu vois ta fille avec ton voisin et son fils… Je vous raconte pas le sentiment qui t’envahit.”* -Sabine

Comme elle l’explique, elle n’a pas toujours été la mère idéale qu’elle aurait souhaité être et qu’elle s’en est excusée des milliers de fois. Aujourd’hui encore, elle dit se sentir “testée” partout où elle va. Elle explique qu’on la regarde *“comme une mère sous contrôle”*, comme si chaque geste était observé, prêt à être jugé. Elle confie qu’elle prend mieux soin d’elle désormais et qu’elle est sortie de ces clichés de “tox” qu’on lui a longtemps collés. Même dans le milieu professionnel, les jugements persistent.

Sara, le témoigne :

> *“Oui, ces femmes sont toxicomanes, mais ça ne veut pas dire qu’on ne peut pas les humaniser comme les autres femmes. Ce sont avant tout des mamans, comme toutes les autres. Je ressens souvent à quel point elles sont stressées de venir, alors c’est de notre devoir de rendre ces rendez-vous sains.”* -Sara

Elle raconte aussi que dans certains services hospitaliers, on parle encore de *“ la tox de la chambre 12”*. Ce genre de propos blesse, même sans mauvaise intention, ils restent humiliants. Cela montre à quel point le regard de certain·e·s soignant·e·s reste marqué par les stéréotypes que l'on peut avoir.

Alors, beaucoup de ces femmes finissent par éviter certains lieux exposés aux regards : les écoles, les rendez-vous médicaux, les parcs ou même les institutions d’aide. Elles ont peur d’être jugées, mal comprises ou qu’un mot de travers déclenche une procédure ou un signalement. Mais en cherchant à se protéger, elles se retrouvent encore plus seules, encore plus invisibles. C’est un cercle sans fin finalement : plus elles s’éloignent, plus la société les juge.

Dans une société où la maternité est idéalisée, censée être douce, stable et parfaite, ces femmes représentent ce qu’on préfère ne pas voir : une maternité fragile, imparfaite, mais profondément humaine tout de même. Comme le dit Badinter (1980), l’amour maternel n’est pas un instinct, mais une construction. Ces mères, malgré leurs blessures, continuent d’aimer, de se battre et d’exister à leur manière. Leur maternité est différente, oui, mais pas moins sincère.

2.3.1 Impact sur l'identité maternelle et relation à l'enfant

L'identité maternelle des femmes en situation de dépendance se construit dans un rapport constant au regard social, partagé entre honte, résistance et quête de légitimité. Les discours recueillis de ces femmes montrent à quel point la société, les institutions et les proches influencent la manière dont ces mères se perçoivent et se définissent.

Être à la fois "mère" et "toxicomane" revient souvent à vivre sous une double étiquette : celle de la défaillance et de la marginalité.

> *"Le plus dur, c'est d'exister comme mère sans être ramenée à ce qu'on est." - Elsa*

Cette phrase traduit clairement le poids du regard social, comme l'a décrit Goffman (1963). Le stigmate lié à la toxicomanie efface les autres dimensions de la personne, notamment celle de la mère. La maternité devient alors un terrain d'observation où chaque geste semble surveillé, chaque comportement est susceptible d'être jugé.

> *"J'essayais d'arriver plus tôt… Sinon ça veut dire que je m'occupe pas bien d'eux." – Elsa*

Ces propos révèlent une forme d'auto-surveillance et de culpabilité intériorisée. La peur du jugement transforme la maternité en épreuve constante.

> "*On attend une erreur de ma part." – Elsa*

Ce sentiment d'être constamment évaluée conduit à une insécurité identitaire. La honte, souvent intériorisée, s'impose comme un frein à la reconstruction de soi.

> *" Quand ça arrive, tu te sens conne." – Sabine*
>
> *"Parfois, la honte est telle qu'on n'a plus la force d'expliquer ou de se défendre." – Elsa*

Ces paroles traduisent la culpabilité sociale : non plus celle d'avoir consommé, mais celle de ne pas correspondre au modèle de la "bonne mère" que les gens peuvent imaginer.

Ce décalage entre l'idéal normatif et la réalité de leur vie provoque une remise en question permanente de leur légitimité parentale.

Pourtant, malgré cette stigmatisation, les femmes rencontrées manifestent une volonté profonde de réparation et de continuité du lien avec leur enfant. Ainsi Sabine nous partage :

> "*Elle l'a vécu, elle a été marquée." , et " Mon enfant est ma boussole."*

Bea pour sa part explique :

> *“Mes enfants sont ma vie entière, je veux être bien pour eux.”* Ces paroles témoignent d’une résilience silencieuse, d’une maternité vécue comme un moteur de transformation personnelle. Selon Winnicott (1969), la “mère suffisamment bonne” n’est pas celle qui ne faillit jamais, mais celle qui cherche à réparer, à comprendre et à rester présente malgré les difficultés. Ces mères incarnent cette notion d’elles a s’efforcer de préserver le lien de se relever et de reconstruire une image positive d’elles-mêmes.

Lien à l’enfant

Le lien à l’enfant devient ainsi un repère identitaire. Il agit comme une force qui permet à la mère de se réapproprier sa place, de redonner sens à son rôle et de transformer la honte en énergie réparatrice. Comme le rappelle Cyrulnik (2001), la résilience naît souvent du lien affectif.

“On se relève parce que quelqu’un nous attend.”- Sabine

Chez ces mères, l’enfant(s) représente à la fois une raison de tenir et un miroir symbolique dans lequel elles peuvent se reconstruire. Mais attention, la maternité n’efface pas la dépendance. Elle lui donne un autre sens, celui de se battre pour exister autrement malgré le jugement.

L’identité maternelle sous regard social se construit entre désignation et résistance, de culpabilité et de réparation. Ces mères, souvent jugées et invisibilisées, réinventent pourtant chaque jour leur rôle à travers des gestes de soin, d’amour et de persévérance.

La reconstruction identitaire de ces femmes, constamment mise à l’épreuve du regard social, dépend aussi du soutien et de la reconnaissance qu’elles trouvent ou non auprès de leur entourage et des institutions.

2.4 Place de l’entourage et des institutions

Le rétablissement des mères concernées par une problématique d’addiction ne peut se construire seul. Il repose donc sur un réseau relationnel, familial et institutionnel. En Suisse, plusieurs travaux (Dentan, A. (2000). & ARGOS, Centre résidentiel) soulignent que le soutien social et institutionnel constitue un passage déterminant et central de la stabilisation ainsi que de la reconstruction identitaire pour les personnes en situation de toxico-dépendance.

De plus, les récits recueillis dans le cadre du MAP Addiction, notamment auprès des collectifs *Mamans de Choc et Lionnes*, montrent que le rétablissement maternel s'appuie sur trois dimensions interdépendantes :

- un entourage soutenant, lorsqu'il existe
- un accompagnement professionnel continu et non jugeant
- un maillage institutionnel formel et informel permettant d'éviter les ruptures.

Ces constats rejoignent l'idée du travail social palliatif (Soulet, Univ. Fribourg), qui vise non pas exclusivement la transformation ou l'abstinence, mais le maintien du lien, la réduction des risques et la préservation de la dignité. Cette approche s'inscrit dans la politique suisse des quatre piliers (prévention, traitement, réduction des risques, répression) qui permet d'offrir des réponses adaptées au rythme et aux priorités de chaque personne, plutôt que sur l'abstinence comme unique horizon thérapeutique.

En Suisse romande, plusieurs initiatives valorisent la parole des mères concernées. Les collectifs Mamans de Choc et Lionnes (présentés par Patricia Fontanaz dans le cadre du MAP addiction) rappellent que l'intervention est plus pertinente lorsqu'elle se construit avec les femmes et non uniquement pour elles. Cette dynamique illustre un passage vers une posture plus collaborative où l'accompagnement ne se limite pas à "faire pour" mais vise à "faire avec".

Dans ces espaces, les mères ne sont pas seulement accompagnées : elles participent activement à réfléchir aux réponses adaptées à leurs réalités et à celles d'autres femmes concernées par l'addiction et la maternité. Ces groupes créent des lieux sécurisants, permettant aux participantes de partager leurs vécus maternels, d'échanger des stratégies, de se soutenir mutuellement, mais aussi de porter une parole collective. Ils développent par exemple des cafés-rencontres, des outils de sensibilisation (dont des productions audiovisuelles), et participent à des discussions institutionnelles autour des conditions d'accueil des mères.

Ces démarches contribuent à restaurer la confiance, à rompre l'isolement, et à faire évoluer les pratiques professionnelles en s'appuyant sur les savoirs issus de l'expérience. Elles montrent que l'expertise des mères est une ressource essentielle et qu'elle doit être prise en compte pour penser des dispositifs adaptés Colombo, A. (2016).

Lorsque la parentalité est en jeu, le rôle des institutions est d'autant plus central. Les mères rencontrées évoquent une double vulnérabilité :

• le stigmate lié à l'usage de substances

• la pression sociale autour du rôle maternel

Cependant, si certaines pratiques favorisent l'alliance, d'autres peuvent renforcer la méfiance, notamment en lien avec la protection de l'enfance. Pour certaines femmes, demander de l'aide signifie risquer d'être disqualifiée dans son rôle maternel. Le risque de signalement, le regard social ou la peur d'être jugée peuvent pousser les mères à éviter certains services P.Fontannaz (2023). D'où l'importance de proposer des lieux sécurisants, non jugeants, adaptés à la parentalité, permettant de maintenir le lien mère-enfant.

Manque de structure

Aussi, un enjeu central qui ressort est le manque de structures permettant aux mères concernées par l'addiction d'être accompagnées sans être séparées de leur enfant. Selon Addiction Suisse, beaucoup de mères renoncent à demander de l'aide ou retardent l'entrée en traitement par crainte de perdre la garde ou faute de solution d'accueil conjointe mère-enfant (Canevascini et Kleinhage, 2023). Cette absence de dispositifs conduit certaines d'entre elles à s'isoler, à poursuivre leur consommation seules et à vivre leur détresse à l'écart des services de soins, par peur du jugement ou des conséquences institutionnelles.

Dans certains cantons suisses, des solutions existent, mais elles restent rares. Ce manque d'alternatives adaptées peut renforcer la vulnérabilité parentale, l'isolement et le risque de rupture du lien mère-enfant.

À ce titre, il est pertinent de souligner qu'à Genève, cette expérience a existé : dans les années 2010, le Centre Résidentiel à Moyen Terme (CRMT) a permis à une résidente de poursuivre son séjour thérapeutique tout en gardant son bébé auprès d'elle, et ce jusqu'aux deux ans de l'enfant. Bien que cette situation reste exceptionnelle, elle montre qu'il est possible de penser des dispositifs flexibles où soutien thérapeutique et maintien du lien maternel ne s'excluent pas mais se renforcent mutuellement. (Tiré d'une journée d'immersion au CRMT, le 27.10.25).

2.5. Pratiques et perceptions des professionnels face aux mères toxicomanes

Les pratiques professionnelles auprès des mères en situation de dépendance se construisent au croisement de deux réalités : la logique du soin et celle du contrôle. Elles sont traversées par des représentations, parfois bienveillantes et inclusives, mais aussi souvent empreintes de jugement moral. Les témoignages recueillis révèlent que ces attitudes influencent directement la qualité de l'accompagnement et la relation de confiance, pourtant essentielle au processus de rétablissement. Certain·e·s professionnel·le·s adoptent une approche centrée sur la reconnaissance et l'écoute.

> *"Oui, ces femmes sont toxicomanes, mais ça ne veut pas dire qu'on ne peut pas les humaniser comme les autres. Ce sont avant tout des mamans, comme toutes les autres." - Sara*

Cette manière d'envisager la relation traduit une éthique du *care* (Tronto, 1993 ; Zielinski, 2021), fondée sur la considération, la responsabilité partagée et la reconnaissance de la vulnérabilité comme dimension universelle. Dans cette perspective, accompagner une mère dépendante, c'est avant tout la reconnaître comme sujet de soin, capable d'amour, de responsabilité et de changement. Ce positionnement bienveillant favorise une alliance thérapeutique durable, et permet à ces femmes de se réapproprier leur rôle maternel sans être réduites à leur dépendance.

Cependant, les récits des participantes montrent que cette posture reste loin d'être généralisée. Dans certains milieux, notamment hospitaliers, la figure de la « mère toxicomane » demeure fortement stigmatisée.

> *" Une puéricultrice est entrée, a regardé mon dossier et a dit : "Ah, toxicomanie. On va devoir surveiller le nouveau-né." Elle ne m'a même pas regardée." - Elsa*

Ce type d'attitude, apparemment anodin, agit comme une violence symbolique. L'étiquette de "toxicomane" prime sur celle de mère, renvoyant la femme à une identité jugée déviante. Selon Goffman (1963), la stigmatisation naît précisément de ce processus : lorsqu'un individu est réduit à un attribut perçu comme négatif, tout le reste de son identité s'efface. Ici, la dépendance devient le prisme à travers lequel la maternité est évaluée, souvent dévalorisée.

> *" Un médecin m'a dit : "Mais c'est pas possible d'être comme ça alors que vous êtes mère." -Sabine*

Cette parole illustre le jugement moral encore présent dans certaines pratiques professionnelles. Loin d'aider, elle renforce la honte et la culpabilité déjà intériorisées par ces femmes, et peut engendrer une méfiance durable envers les institutions. Beaucoup finissent par éviter les lieux de soins ou d'accompagnement, par peur d'être jugées ou signalées. Cette distance, souvent interprétée comme un désengagement, traduit en réalité une stratégie de protection face à la disqualification symbolique qu'elles subissent.

À l'inverse, les structures qui parviennent à instaurer un climat de confiance jouent un rôle déterminant dans le rétablissement.

> *"Au début, c'était pas évident d'être entourée de plusieurs professionnels, mais maintenant, c'est devenu ma famille. Si je les ai pas, ça va pas." -Sabine*

Ces espaces tels qu'Argos ou L'Entracte à Genève, incarnent une approche plus humaine du soin, en misant sur la continuité, la présence et la pair-aidance. Ils permettent aux mères de se sentir reconnues dans leur globalité et non réduites à leur trouble. Le lien de confiance construit avec les intervenant·e·s devient alors un levier de stabilisation, voire un moteur de résilience.

Ces pratiques s'inscrivent dans la perspective du rétablissement développée par le GREA (2018) : il ne s'agit plus de viser uniquement l'abstinence, mais de restaurer une qualité de vie et une dignité personnelle. Cela implique de valoriser les compétences parentales déjà présentes, d'accompagner à leur rythme et d'encourager l'autonomie.

Limites

Pourtant, plusieurs limites persistent. D'une part, la discontinuité institutionnelle, entre la période de sevrage, la sortie de clinique et le suivi social rend le maintien des acquis fragile.

> *"Les cliniques de sevrage, c'est bien, mais après, il n'y a pas de suivi. J'ai tenu deux semaines et j'ai replongé." - Sabine*

D'autre part, la cohérence entre les différents acteurs (médecins, travailleurs sociaux, psychologues, éducateurs) n'est pas toujours assurée, ce qui peut fragmenter l'accompagnement. Enfin, la peur du signalement aux services de protection des mineurs (SPMI) et le manque de formation spécifique à la parentalité en contexte d'addiction maintiennent parfois une logique de contrôle plutôt que de collaboration.

Pour dépasser ces obstacles, les professionnel·le·s doivent développer une posture réflexive, capable d'interroger leurs propres représentations.

> "*Je dois sans cesse réadapter ma posture effectivement. Le monde évolue, de nouvelles drogues font surface sur le canton ce qui fait que je fais face à de nouvelles difficultés en termes d'accompagnement."-N. Sterenberg travailleurs social (TS) à Argos*

Le TS joue ici un rôle clé de l'accompagnement: créer des espaces d'écoute sécurisants, promouvoir la participation active des mères et déconstruire les préjugés qui enferment ces femmes dans une identité parentale défaillante. Comme le rappelle Tronto (1993), "prendre soin" ne consiste pas seulement à répondre à un besoin mais à reconnaître la valeur de la personne qui en est porteuse.

Les pratiques professionnelles face aux mères toxicomanes révèlent une tension constante entre : contrôle et accompagnement, méfiance et confiance, jugement et reconnaissance. Si certaines institutions reproduisent encore la stigmatisation, d'autres incarnent un véritable changement de paradigme : celui d'un accompagnement fondé sur la dignité, la réciprocité et le respect.

C'est à travers cette transformation du regard que ces mères peuvent enfin être reconnues pour ce qu'elles sont réellement : des femmes en cheminement, capables de soin, d'amour et de résilience.

2.5.1 Limites et leviers dans l'accompagnement

L'accompagnement des mères en situation de dépendance se heurte à de nombreuses limites structurelles et institutionnelles, qui fragilisent leur parcours de rétablissement. Ces limites s'accompagnent néanmoins de leviers importants, portés par des pratiques professionnelles centrées sur la relation, la reconnaissance et la sécurité.

Les témoignages recueillis montrent que les mères rencontrées partagent un vécu commun qui est une grande solitude, une stigmatisation persistante et la difficulté à trouver des espaces véritablement adaptés à leurs besoins. Beaucoup évoquent des dispositifs conçus sans distinction de genre dans lesquels elles ne se sentent ni protégées ni reconnues.

> *"Il y a deux ans, j'ai été en centre de soins afin de me soigner. C'était top mais quand tu sors c'est très très dur. Il n'y a pas de suivi. C'est toi et ta force de ne pas replonger." - Elsa*

Cette absence de continuité renforce la vulnérabilité et accentue le risque de rechute. Comme le rappelle le GREA (2018), le rétablissement nécessite une approche durable, intégrant le soin, le social et le soutien psychique dans une logique de coordination interdisciplinaire.

Mais le problème dépasse la seule question du suivi. Les femmes sont nettement minoritaires dans les centres d'aide et doivent souvent évoluer dans des environnements mixtes, parfois hostiles. Plusieurs participantes, tout comme les mères du collectif Mamans de choc (Rel'Aids, 2023), évoquent des situations de harcèlement, de violence ou d'agressions sexuelles au sein de certains lieux d'accueil.

> *"Quand t'es une femme dans ces lieux, tu dois toujours faire attention. Certains gars profitent, d'autres te jugent. T'as l'impression d'être doublement sale quoi : parce que tu consommes et parce que t'es une femme." -Sabine*

Ces expériences traduisent une violence structurelle silencieuse, liée au manque d'espaces spécifiquement conçus pour les femmes et les mères. Ce constat rejoint les travaux d'Addiction Suisse (2023), qui soulignent la rareté des structures exclusivement féminines et le besoin urgent de lieux sécurisés favorisant le soin sans peur du jugement ou du danger.

Les mères rencontrées décrivent aussi la crainte d'être jugées ou signalées dès qu'elles sollicitent de l'aide

> *"On dit qu'il faut demander de l'aide, mais quand t'es une mère toxico, tu pèses chaque mot. T'as peur que tout soit retenu contre toi." -Elsa*

Cette méfiance mutuelle illustre ce que Goffman (1963) décrit comme un stigmate intériorisé: la peur du regard institutionnel pousse certaines femmes à s'éloigner des services de soutien, renforçant ainsi leur isolement. Les professionnel·le·s, eux, sont souvent pris entre deux impératifs protéger l'enfant, le devoir de signaler et soutenir la mère. Ce qui peut donc conduire à des postures de surveillance plutôt qu'à des démarches collaboratives.

Malgré ces freins, les témoignages montrent que certains facteurs facilitent véritablement le rétablissement. Le premier est la cohérence institutionnelle. Lorsque les professionnel·le·s collaborent entre disciplines et assurent la continuité du lien, la stabilisation devient donc plus possible. Des structures comme Argos ou L'Entracte à Genève incarnent cette logique intégrée.

> *"À l'Entracte, je me sens tranquille. On m'écoute sans me juger. C'est là que j'ai recommencé à respirer."-Béa*

Enfin, la réflexivité professionnelle constitue un levier essentiel. La supervision, la formation continue sur ces sujets et les espaces d'analyse de pratiques sont essentiels pour interroger ses représentations et ajuster les postures professionnelles. Comme le souligne Zielinski (2021), "prendre soin demande autant de technique que de conscience éthique."

Les limites évoquées révèlent un système d'aide encore manquant de cohérence et peu sensible aux questions de genre. Créer des structures exclusivement féminines, sécurisées, confidentielles et ouvertes à la parentalité. Cela représenterait un levier concret pour favoriser l'accès au soin et prévenir les ruptures de parcours.

3. CONCLUSION

Ce travail de Bachelor visait à comprendre comment des mères en situation de dépendance vivent leur maternité, et en quoi les regards sociaux, institutionnels et professionnels influencent leur identité maternelle ainsi que leur parcours de rétablissement. L'analyse des récits recueillis permet d'apporter des éléments de réponse à cette problématique en mettant en lumière les tensions, mais aussi les ressources, qui traversent ces expériences.

L'enjeu ne réside pas seulement dans l'accompagnement des mères vers une stabilisation ou une abstinence éventuelle, mais aussi dans la reconnaissance de leur place en tant que mères, même en contexte d'usage ou de fragilité. Permettre le rétablissement des mères concernées par une addiction ne consiste donc pas uniquement à offrir des soins, mais aussi à garantir des espaces non jugeants, à reconnaître leurs compétences parentales, à valoriser leurs savoirs issus du vécu et à proposer des dispositifs qui ne placent pas leur maternité en tension avec leur droit au soin. C'est à cette condition que le rétablissement peut se construire de manière durable, digne et compatible avec le maintien du lien mère-enfant.

Les leviers identifiés dans ce travail : la cohérence des accompagnements, la reconnaissance des personnes et la réflexivité professionnelle ; montrent qu'un accompagnement différent est possible. Un accompagnement qui écoute, protège et valorise peut contribuer à soutenir ces femmes et ces mères dans leur parcours, tout en respectant leur dignité et leur rôle parental.

3.1 Synthèse des résultats

Ce travail de Bachelor avait pour objectif d'explorer le vécu de la maternité chez des mères en situation de dépendance, ainsi que les difficultés et les stigmatisations auxquelles elles sont confrontées. En donnant la parole à ces femmes, la recherche a mis en lumière des trajectoires de vie complexes, souvent marquées par des ruptures, des traumatismes et un isolement social important.

L'analyse montre que l'entrée dans la dépendance relève rarement d'un choix isolé, mais s'inscrit plutôt dans une tentative de faire face à une souffrance psychique et sociale.

Les résultats soulignent que la maternité occupe une place centrale dans le parcours de ces femmes et qu'elle est vécue de manière profondément ambivalente. Elle représente à la fois une source d'amour, de sens et parfois de reconstruction, mais elle est également traversée par la culpabilité, la honte et la peur de ne pas correspondre aux normes sociales de la « bonne mère ». Malgré les difficultés liées à la dépendance, les mères rencontrées expriment un attachement fort à leurs enfants et une volonté sincère de préserver le lien. Pour certaines, la maternité devient même un moteur de changement et un levier vers le rétablissement, venant ainsi nuancer l'idée d'une incompatibilité entre maternité et toxicomanie.

La stigmatisation apparaît comme un élément central et transversal dans l'ensemble des récits. Être à la fois femme, mère et dépendante expose ces mères à un double regard négatif, renforcé par l'idéalisation de la maternité dans notre société. Cette stigmatisation affecte leur estime d'elles-mêmes, fragilise leur identité maternelle et influence leur relation aux institutions. La peur du jugement, du contrôle ou du retrait de garde peut freiner le recours aux soins et aux dispositifs d'accompagnement, constituant ainsi un obstacle important à leur parcours de rétablissement.

3.2 Apports pour le travail social et posture professionnelle

Les résultats de cette recherche mettent en évidence plusieurs enjeux importants pour le travail social. Ils soulignent tout d'abord la nécessité de considérer les mères en situation de dépendance dans leur globalité, en tenant compte de leur histoire de vie, de leurs vulnérabilités mais aussi de leurs ressources et de leurs capacités. Réduire ces femmes à leur consommation contribue à renforcer leur marginalisation et à invisibiliser leur rôle ainsi que leurs compétences parentales.

Ce travail invite également les professionnel·le·s du travail social à interroger leurs propres représentations. Les préjugés, parfois implicites, peuvent influencer les pratiques d'accompagnement et renforcer la stigmatisation vécue par ces mères. En effet, dans leur pratique, les professionnel·le·s doivent à la fois soutenir les mères et assumer des responsabilités institutionnelles liées à la protection de l'enfant, telles que l'évaluation des situations à risque ou la transmission d'informations. Ces deux dimensions peuvent entrer en tension : aider suppose de créer une relation de confiance alors que ces obligations peuvent être perçues comme une forme de contrôle ou de jugement par les mères.

Adopter une posture fondée sur l'écoute, le respect et le non-jugement apparaît alors essentiel pour instaurer un lien de confiance et permettre un accompagnement ajusté aux besoins réels des personnes concernées.

Enfin l'éthique du *care,* développée dans le cadre théorique, constitue un repère fondamental pour penser l'accompagnement des mères en situation de dépendance. Elle permet de reconnaître la vulnérabilité sans infantiliser, de soutenir l'autonomie tout en offrant un cadre sécurisant et de valoriser les petites réussites du quotidien. La réalisation de ce travail a également permis de renforcer une posture professionnelle plus réflexive, attentive à ses propres représentations et à l'impact qu'elles peuvent avoir sur la relation d'aide. Le travail social joue ici un rôle central dans la médiation entre les mères, les institutions et les autres acteurs du réseau, afin de favoriser des pratiques plus humaines et inclusives.

3.3 Limites de la recherche

Comme toute recherche qualitative, ce travail présente certaines limites. Le nombre restreint de participantes ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des mères en situation de dépendance. Les trajectoires analysées sont singulières et inscrites dans un contexte géographique et institutionnel spécifique, celui du canton de Genève , ce qui limite la portée des conclusions à d'autres contextes.

Par ailleurs, les difficultés rencontrées lors de l'accès au terrain et les nombreux refus témoignent de la vulnérabilité de cette population et ont restreint la diversité des profils rencontrés. Cette réalité souligne la complexité de mener des recherches auprès de personnes exposées à de fortes stigmatisations et à des parcours de vie marqués par l'instabilité.

Ce travail s'est également centré principalement sur la parole des mères, avec un regard complémentaire de professionnelle, sans inclure directement celle des enfants ou d'autres acteurs institutionnels. Bien que ce choix soit assumé et cohérent avec l'objectif de donner voix à ces femmes, il constitue néanmoins une limite dans la compréhension globale des dynamiques familiales.

3.4 Ouvertures et perspectives de recherche

Cette recherche ouvre plusieurs pistes de réflexion pour de futurs travaux. Il serait pertinent de s'intéresser plus finement au vécu des mères en situation de dépendance, à différentes étapes de leur parcours, notamment lors des périodes de stabilisation, de rechute ou de rétablissement, afin de mieux comprendre comment leur identité maternelle se transforme, évolue et se redéfinit au fil du temps.

Par ailleurs, porter un regard attentif sur les politiques publiques, et sur leur mise en œuvre concrète en lien avec les dispositifs d'accompagnement existants, permettrait de questionner la manière dont la maternité en contexte de dépendance est reconnue,

soutenue ou parfois fragilisée, et d'identifier des pratiques institutionnelles plus humaines, plus respectueuses et moins stigmatisantes.

Sur le plan pratique, ce travail met en évidence l'importance de développer des espaces d'écoute et de soutien spécifiquement destinés aux mères concernées par l'addiction. Il apparaît également essentiel de renforcer la formation des professionnel·le·s du social et de la santé autour des questions de stigmatisation, de parentalité et d'éthique du care. Enfin, les politiques publiques gagneraient à reconnaître la maternité non pas uniquement comme un facteur de risque, mais aussi comme un levier potentiel de rétablissement et de reconstruction.

3.5 Réflexions personnelles

Ce Travail de Bachelor a constitué une expérience marquante tant sur le plan personnel que professionnel. Les rencontres réalisées et les récits partagés ont permis de déconstruire certains préjugés et de porter un regard plus nuancé sur la maternité en contexte d'addiction. Elles rappellent que derrière chaque situation se trouvent des femmes, des mères, avec des parcours singuliers, des souffrances mais aussi des forces et des espoirs.

La réalisation de ce travail a également permis de questionner et de faire évoluer notre posture professionnelle. Elle a renforcé l'importance d'une écoute attentive, d'une reconnaissance du vécu et d'une approche bienveillante dans l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité. En tant que futures travailleuses sociales, cette recherche nous a amenées à prendre conscience de l'impact que peuvent avoir nos représentations sur la relation d'aide, et de la nécessité de les interroger continuellement.

Donner la parole à ces mères, c'est reconnaître leur place, leur légitimité et leur humanité, mais aussi affirmer l'importance d'un travail social qui soutient sans juger et qui accompagne sans réduire les personnes à leurs difficultés. À notre échelle, ce travail contribue ainsi à faire évoluer le regard porté sur la maternité en situation de dépendance et à nourrir une pratique professionnelle plus réflexive et respectueuse.



Extrait du film Mamans de choc, *réalisé dans le cadre du projet porté par Rel'Aids. Image issue du Module d'approfondissement (MAP Addictions).*

BIBLIOGRAPHIE

Auteurs multiples

Canevascini, M., & Kleinhage, E. (2023). *Voix de mères en situation d'addiction : Stigmatisation, enjeux et recommandations.* Addiction Suisse.

Cassen, M., Facy, F., Pohier, E., Villez, M., & Delile, J.M. (2002). *Maternités et toxicomanies*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.

Cattacin, S., Lucas, B., & Vetter, S. (1995). *Modèles de politique en matière de drogue.* Zurich : Seismo.

Escots, S., & Suderie, G. (2013). *Revue de la littérature : Femmes et addictions.* Fédération Addiction.

Guedeney, N., & Guedeney, A. (2006). *L'attachement : Concepts et applications.* Paris : Masson.

Huc, D., & Tharin, A. (2025). *MAP Addictions, interventions sociales et préventions : entre politiques et réalités* [Module de cours]. Genève : HETS.

Jouët, E., & Las-Vergnas, O. (2024). *Journaux personnels en addictologie : recherche de traces lexicales du rétablissement au cours de la post-cure.*

Savary, J.-F., Tharin, A., Bach, R., Fazan, C., Durgnat, H., & Perriard, C. (2018). *Au-delà de la maladie : Le retour du travail social dans un monde précarisé – Le travail social dans les addictions en Suisse romande.*

Savary, J.-F., & Tharin, A. (2018). *Addictions : Réduction des risques et rétablissement.* Lausanne : GREA.

Simmat-Durand, L. (2001). *Grossesses avec drogues : Entre médecine et sciences sociales.*

Silva, M., Nogueira, M., & Oliveira, A. (2013). *Maternal experiences in the context of substance dependence. Journal of Substance*. : traduit par ChatGPT pour usage académique.

Livres : auteurs uniques

Badinter, E. (1980). *L'amour en plus : Histoire de l'amour maternel (XVIIe–XXe siècle).* Paris : Flammarion.

Besson, J. (2008). *Quelle relation entre spiritualité et addiction ?* Dépendances, 34.

Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte. Vol. 1 : L'attachement* (trad. fr.). Paris : Presses Universitaires de France. (Édition originale 1969).

Chenaux, J.-P. (1997). *La Suisse stupéfiée.* Lausanne : L'Âge d'Homme.

Cyrulnik, B. (2001). *Sous le signe du lien.* Paris : Odile Jacob.

Cyrulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards.* Paris : Odile Jacob.

Delphy, C. (2001). *L'ennemi principal : Penser le genre.* Paris : Syllepse.

Facy, F. (2004). *Maternités et toxicomanies.* Paris : INSERM.

Fontannaz, P. (2023). *Intervention des Mamans de choc et des Lionnes*. [Présentation – MAP Addictions]. Genève : HETS.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development.* Cambridge, MA : Harvard University Press. : traduit par ChatGPT pour usage académique.

Goffman, E. (1963). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps.* Paris : Les Éditions de Minuit.

Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité.* Toulouse : Érès.

Knibiehler, Y. (2007). *Histoire des mères et de la maternité en Occident.* Paris : Presses Universitaires de France.-

Lenzi, C. (2025). *Apport adultes : Réflexion sur la vulnérabilité, le care et l'autodétermination dans le champ du travail social* [Notes de cours, HETS Genève].

Molénat, F. (2000). *Grossesse et toxicomanie.* Paris : Érès.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable : Pour une politique du care.* Paris : La Découverte.

Winnicott, D. W. (1969). *L'enfant et sa famille* (trad. fr.). Paris : Payot. (Texte original 1956).

Zielinski, A. (2010). *L'éthique du care : Une nouvelle façon de prendre soin. Études*.

Zielinski, A. (2021). *L'éthique du care.* Paris : Presses Universitaires de France.

Supports institutionnels et ressources électroniques

Colombo, A. (2016). *La parentalité en situation de toxicodépendance dans le canton de Vaud : Mieux la comprendre, mieux l'accompagner* (Rapport de recherche). Haute école de travail social Fribourg.
https://www.hets-fr.ch/media/bucbkdhy/rapport-pst.pdf

Dentan, A. (2000). *Enjeux sociaux de l'accompagnement des toxicomanes.* GREA.
https://grea.ch/article-revue/enjeux-sociaux-de-laccompagnement-des-toxicomanes/

GREA – Groupement romand d'études des addictions. (2024). *Addiction.*
https://grea.ch/dossier/addiction/

Office fédéral de la santé publique (OFSP). *La politique suisse des quatre piliers en matière de drogue.*
https://www.bag.admin.ch/fr/la-politique-des-quatre-piliers

Rel'Aids. (2013). *Mamans de choc : Rapport final – Projet de développement du soutien à la parentalité des mères toxicomanes.*
https://www.infodrog.ch/files/content/impulsprojekte_fr/rapport-final-mamans-de-choc-relais.pdf

Relais Rel'ier Lausanne. (2020). *La politique suisse des quatre piliers en matière de drogue.*
https://relier.relais.ch/wp-content/uploads/2017/03/La-politique-des-4-piliers.pdf

RTS. (2020, 27 juin). *Le Letten, scène ouverte de la drogue à Zürich, fermait-il y a 25 ans ?*
https://www.rts.ch/info/economie/11073175-le-letten-scene-ouverte-de-la-drogue-a-zurich-fermait-il-y-a-25-ans.html

Tassin, J.-P. (2012, 3 mars). *Le circuit de la récompense.* GREA.
https://grea.ch/actualites/le-circuit-de-la-recompense/

ANNEXES

Annexe 1 : Pictogramme et stigmatisation des femmes enceintes





Annexe 2 : Grille d'entretien

Introduction
En tant que futures travailleuses sociales, ce qui nous tient à cœur, c'est de mieux comprendre les difficultés que vous pouvez rencontrer en lien avec la toxicomanie. L'objectif, c'est de vous offrir un espace pour exprimer ce que vous vivez, afin qu'on puisse, à notre échelle, être plus attentives à vos besoins et y répondre de manière plus juste et respectueuse.

Question liée à la grossesse :
1) Comment avez-vous vécu votre grossesse ? Est ce qu'il y eu des moments marquants pour vous pendant cette période en lien avec votre toxicomanie ? Pouvez-vous nous en donner deux en particulier ?

2) Avez-vous été confrontée à des discriminations de la part des professionnels de santé en raison de votre histoire d'addiction ? Avez-vous un exemple qui vous a marqué ?

Question liée à l'entourage :
3) Pouvez-vous nous parler de la manière dont se passent vos relations avec votre entourage aujourd'hui ? Y a-t-il des aspects particuliers liés à votre situation ?

4) Quelle a été votre réaction quant à l'annonce de votre grossesse ? Celle de vos proches ?

Question thématique sur le quotidien :
5) Quels défis avez-vous rencontrés en tant que maman, notamment en lien avec votre histoire d'addiction ?

6) Avez-vous déjà été confrontée à des situations stigmatisantes en raison de votre maternité et de votre parcours de femme toxico-dépendante? Comment vous êtes-vous sentie par rapport à cela ? Avez-vous un exemple concret ?

Questions thématique sur l'école :
7) Lorsque vous vous comparez à d'autres parents, avez-vous le sentiment de vivre la parentalité de la même manière, ou bien avec des difficultés particulières liées à votre situation ? Est-ce qu'on vous a déjà fait des remarques à ce sujet ?

8)Auriez-vous un exemple concret à nous partager ? Est-ce que cela vous à affecté sur votre propre perception de vous-même en tant que mère ?

Question rapport à l'enfant :
9) En tant que mère et femme toxicomane, comment naviguez-vous entre ces deux identités ?

10) J'imagine que ce n'est pas toujours simple d'être maman, et qu'il y a une forte pression dans la société autour de la maternité. Si vous êtes d'accord, j'aimerais que vous nous parliez de votre relation avec votre enfant. Comment vivez-vous ce lien, en tenant compte de votre parcours avec la toxicomanie ?

11) Est-ce qu'il y a eu des moments où vous avez senti que la stigmatisation liée à votre addiction a eu un impact sur votre relation avec votre enfant ? Est-ce que cela a pu créer des frustrations, ou au contraire, faire émerger des choses positives dans ce lien ?